

KEPENDUDUKAN INDONESIA

Ketimpangan Jender dalam Partisipasi Ekonomi: Analisis Data
Sakernas 1980-2012

Deshinta Vibriyanti

Tantangan dalam Koordinasi Jaminan Kesehatan Aceh

Edy Saputra

Perkiraan Dampak ACFTA terhadap Kesempatan Kerja pada
Industri Tekstil dan Produk dari Tekstil Di Indonesia

Zantermans Rajagukguk

Permasalahan Kesehatan dalam Kondisi Bencana: Peran Petugas
dan Partisipasi Masyarakat

Widayatun dan Zainal Fatoni

Strategi Bertahan Hidup Perempuan dalam Menghadapi Dampak
Perubahan Iklim

Ade Latifa dan Fitranita

JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

Jurnal Kependudukan Indonesia merupakan media informasi, komunikasi, dan pertukaran pemikiran mengenai masalah-masalah kependudukan, pengangguran dan ekologi manusia. Jurnal ini merupakan *peer-reviewed* jurnal Pusat Penelitian Kependudukan, Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (PPK-LIPI) yang diterbitkan dua kali dalam setahun. Artikel dapat berupa hasil penelitian, gagasan konseptual, tinjauan buku, dan jenis tulisan lain yang ditulis dalam bahasa Inggris atau bahasa Indonesia.

**Tanggung Jawab
dan Pimpinan Redaksi**

Haning Romdiati (Kepala PPK-LIPI/Director of PPK-LIPI)
Makmuri Sukarno
Titik Handayani
Widayatun
Rusli Cahyadi
Ade Latifa Soetrisno
Gutomo Bayu Aji
Ngadi
Vanda Ningrum
Zainal Fatoni
Deshinta Vibriyanti
Sutarno

**Revisi dan
Koreksi**

Gavin W. Jones, National University of Singapore-Singapore
Haruo Kuroyanagi, Sugiyama Jogakuen University-Japan
Djoko Hartono, Konsultan
Deny Hidayati, Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia
Terence H. Hull, Australian National University- Australia
Sukamdi, Universitas Gadjah Mada
Semiarto Aji Purwanto, Universitas Indonesia

Alamat Redaksi

Pusat Penelitian Kependudukan,
Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia
Widya Graha LIPI, lantai X
Jl. Jenderal Gatot Subroto No. 10 Jakarta Selatan 12190-Indonesia
Tromol Pos 250/JKT 1002,
Telp. +62 21 5207205, 5225711, 5251542 Pes/ext. 745, 720, 721
Fax: +62 21 5207205
E-mail: jki.ppklipi@yahoo.com
Web-site: kependudukan.lipi.go.id

Jurnal KEPENDUDUKAN INDONESIA

Ketimpangan Gender dalam Partisipasi Ekonomi: Analisis Data Sakernas 1980-2012

Deshinta Vibriyanti

Tantangan dalam Koordinasi Jaminan Kesehatan Aceh

Edy Saputra

Perkiraan Dampak ACFTA terhadap Kesempatan Kerja pada Industri Tekstil dan Produk dari Tekstil Di Indonesia

Zantermans Rajagukguk

Permasalahan Kesehatan dalam Kondisi Bencana: Peran Petugas dan Partisipasi Masyarakat

Widayatun dan Zainal Fatoni

Strategi Bertahan Hidup Perempuan dalam Menghadapi Dampak Perubahan Iklim

Ade Latifa dan Fitranita



LIPI

LEMBAGA ILMU PENGETAHUAN INDONESIA

DAFTAR ISI

Ketimpangan Jender dalam Partisipasi Ekonomi: Analisis Data Sakernas 1980 – 2002 <i>Deshinta Vibriyanti</i>	1-16
Tantangan dalam Koordinasi Jaminan Kesehatan Aceh <i>Edy Saputra</i>	17-26
Perkiraan Dampak ACFTA terhadap Kesempatan Kerja pada Industri Tekstil dan Produk dari Tekstil di Indonesia <i>Zanterman Rajagukguk</i>	27-36
Permasalahan Kesehatan dalam Kondisi Bencana: Peran Petugas dan Partisipasi Masyarakat <i>Widayatun dan Zainal Fatoni</i>	37-52
Strategi Bertahan Hidup Perempuan dalam Menghadapi Dampak Perubahan Iklim <i>Ade Latifa dan Fitranita</i>	53-63

KATA PENGANTAR

Jurnal Kependudukan Indonesia (JKI) adalah Jurnal *peer-reviewe* yang diterbitkan dua kali dalam setahun oleh Pusat Penelitian Kependudukan, Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (LIPI). Jurnal ini diterbitkan pertama kali tahun 1989 dengan nama Buletin PPT-LIPI. Pada tahun 2006, berubah nama menjadi Jurnal Kependudukan Indonesia dan telah terakreditasi di tingkat nasional. Artikel ilmiah yang diterbitkan JKI merupakan tulisan hasil kajian dan penelitian serta timbangan ilmiah, yang berkaitan dengan isu dinamika kependudukan, ketenagakerjaan, dan ekologi manusia.

Artikel ilmiah yang diterbitkan pada Volume 8 No 1 Tahun 2013 ini memuat lima artikel yang ditulis oleh peneliti dari berbagai institusi dengan tema antara lain Ketimpangan Jender, Kesempatan Kerja, Kesehatan, Dampak Bencana, dan Dampak Perubahan Iklim. Seluruh artikel ilmiah tersebut mengambil kasus di Indonesia dan ditulis dengan menggunakan Bahasa Indonesia.

Dua artikel dalam terbitan ini mengupas tentang masalah ketenagakerjaan. Pertama, membahas mengenai perkembangan ketenagakerjaan perempuan dalam pasar tenaga kerja di Indonesia dengan hasil temuan menyatakan bahwa perempuan seringkali menghadapi ketidakadilan dan diskriminasi di pasar kerja salah satunya terkait dengan upah. Kedua, membahas dampak ASEAN-China Free Trader Agreement (ACFTA) terhadap kesempatan kerja di Industri Tekstil di Indonesia.

Tema kesehatan juga diangkat oleh dua artikel yaitu tentang tantangan yang dihadapi dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan di Aceh dan peran petugas dan masyarakat dalam memberikan pelayanan kesehatan saat terjadinya bencana di Bantul. Terakhir penulis mengangkat tema mengenai strategi bertahan hidup perempuan dalam menghadapi dampak perubahan iklim dengan mengambil kasus di tiga daerah di Indonesia.

Atas semua sumbangan artikel ini, Redaksi mengucapkan terima kasih terutama kepada para penulis dan mitra bestari yang telah meluangkan waktu dan pikiran untuk mereview artikel dan menjadikannya artikel ilmiah yang tersaji dengan baik dalam edisi ini. Kepada tim pendukung JKI, Redaksi mengucapkan terima kasih atas segala bantuannya mulai dari penerimaan naskah sampai pada penerbitan edisi ini. Kami berharap artikel yang disajikan dapat berguna bagi para pembaca. Selamat membaca!

Salam Hangat,

Redaksi JKI

KETIMPANGAN JENDER DALAM PARTISIPASI EKONOMI: ANALISIS DATA SAKERNAS 1980 - 2013

(*GENDER INEQUALITY IN ECONOMIC PARTICIPATION: SAKERNAS DATA ANALYSIS 1980 – 2013*)

Deshinta Vibriyanti

Peneliti Ketenagakerjaan Pusat Penelitian Kependudukan – Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia
Nayla_dv@yahoo.co.id

Abstrak

Keterlibatan perempuan dalam kegiatan ekonomi merupakan daya dorong yang potensial bagi peningkatan perekonomian. Perempuan terbukti memiliki kontribusi yang cukup besar dalam peningkatan pendapatan rumah tangga. Tulisan ini mendeskripsikan perkembangan ketenagakerjaan perempuan dalam pasar tenaga kerja di Indonesia dengan menggunakan data sekunder yang bersumber dari data Sakernas tahun 1980, 1990, 2000, 2010 dan 2013 per bulan Februari. Studi ini menggarisbawahi terjadinya transformasi tenaga kerja dari sektor pertanian ke sektor non-pertanian pada dekade 1980an menuju tahun 1990 yang kemudian berpengaruh terhadap kondisi ketenagakerjaan secara umum. Perubahan ekonomi dan sosial budaya yang berkembang sejak tahun 1990an hingga kini membawa pengaruh pada Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK), lapangan pekerjaan utama, status dan jenis pekerjaan angkatan kerja perempuan. Selain itu tenaga kerja perempuan juga masih menghadapi tantangan kultural dan struktural yang cenderung memarjinalkan posisi perempuan di pasar kerja. Tenaga kerja perempuan seringkali menghadapi ketidakadilan dan diskriminasi di pasar kerja salah satunya terkait dengan upah. Data Sakernas menunjukkan rata-rata upah yang diterima buruh/karyawan perempuan lebih rendah 30 persen dibandingkan dengan buruh/karyawan laki-laki. Sekitar 60 persen angkatan kerja perempuan cenderung tidak tersentuh oleh undang-undang perlindungan tenaga kerja karena mereka bekerja pada sektor informal. Oleh karena itu perlu adanya perhatian dari pemerintah untuk dapat menciptakan lingkungan kerja yang adil dan aman bagi tenaga kerja perempuan guna meningkatkan partisipasi perempuan dalam kegiatan ekonomi.

Kata Kunci: Angkatan Kerja Perempuan, TPAK, Lapangan Pekerjaan, Status Pekerjaan, Jenis Pekerjaan, Upah.

Abstract

The involvement of women in economic activities is a potential driving force for the economic development. Women proved to have a significant contribution in the increasing of household income. This paper describes the development of the employment of women in the labor market in Indonesia by using secondary data from Sakernas year 1980, 1990, 2000, 2010 and 2013 per month of February. This study has highlighted the transformation of labor from the agriculture sector to the non-agriculture sector in the 1980s to the 1990s that subsequently affects the employment conditions in general. The changes in the economic and socio-cultural that have progressed since the 1990s until now have an impact on the Labor Force Participation Level (TPAK), the main employment, the status and type of the employment for women labor force. Aside from that, women labors still face cultural and structural challenges that tend to marginalize the position of women in the labor market. Female labors often have to deal with injustice and discrimination in the labor market, one of which related to wages. Sakernas data shows that the average wage received by female labors/employees is 30 percent lower than the male labors/employees. Moreover, approximately 60 percent of women in the labor force are not shielded by the Law of Labor Protection because they work in the informal sector. Hence the need for the government's attention to create a work environment that is fair and safe for female labors in order to increase the women's participation in the economic activities.

Key Words: *Women Labor Force, TPAK, Employment, Status of The Employment, Type of The Employment, Wage.*

PENDAHULUAN

Pada tahun 2000, Indonesia merupakan salah satu negara yang meratifikasi deklarasi Tujuan Pembangunan Milenium atau *Millennium Development Goals* (MDGs) yang terdiri dari delapan butir kesepakatan. Negara-negara yang tergabung dalam Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menargetkan bahwa pada tahun 2015 akan mengalami peningkatan kesejahteraan pada masyarakatnya melalui program pencapaian MDGs. Salah satu isi dari butir kesepakatan tersebut yang berkaitan dengan kesetaraan gender terdapat pada butir ke tiga yaitu "Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan". Kemudian pemerintah berusaha menjabarkan butir-butir kesepakatan menjadi target-target yang lebih praktis dan operasional. Target yang hendak dicapai adalah menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan tahun 2005 dan disemua jenjang sebelum tahun 2015. Kemudian target tersebut diukur melalui beberapa indikator yaitu: (1) Rasio anak perempuan di sekolah dasar; (2) Rasio anak perempuan di Sekolah Menengah Pertama; (3) Rasio anak perempuan di Sekolah Menengah Atas; (4) Rasio anak perempuan di Perguruan Tinggi; (5) Rasio melek huruf perempuan usia 15-24 tahun; (6) Kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan pada sektor non-pertanian; dan (7) Proporsi perempuan di kursi DPR.

Dalam laporan pencapaian MDGs tahun 2012, Indonesia memastikan bahwa berbagai kemajuan telah dicapai dalam upaya meningkatkan kesetaraan gender di semua jenjang dan jenis pendidikan. Pada bidang pendidikan, pada tahun 2011 rasio perempuan terhadap laki-laki di sekolah dasar dan sekolah menengah pertama berturut-turut sebesar 98,80 dan 103,45, sedangkan pada tingkat sekolah menengah atas sebesar 97,82. Rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki pun pada kelompok usia 15-24 tahun telah mencapai 99,95. Sedangkan pada bidang ketenagakerjaan, terlihat adanya peningkatan kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor non-pertanian dari 29,24 persen pada tahun 1990 meningkat menjadi sebesar 36,67 persen pada tahun 2011. Disamping itu, proporsi kursi yang diduduki oleh perempuan di lembaga terhormat DPR juga mengalami peningkatan menjadi 18,4 persen. Dapat dikatakan bahwa pemerintah merasa sudah berada pada jalur yang tepat (*on track*) menuju pencapaian kesetaraan gender tahun 2015 dengan status capaian dalam kategori 1 yaitu 'sudah tercapai'. Namun sejatinya angka-angka tersebut perlu dicermati secara kritis karena tidak sepenuhnya mencerminkan kondisi riil yang terjadi di tengah masyarakat.

Dibalik angka-angka capaian agregat yang dilaporkan oleh pemerintah tersebut, masih menyisakan pekerjaan rumah yang butuh jalan keluar antara lain kesenjangan antar daerah. Terbukti masih sekitar 60 persen atau 20 propinsi lagi yang memiliki kontribusi perempuan pada sektor non-pertanian lebih rendah dari rata-rata nasional. Propinsi yang memiliki kontribusi perempuan pada sektor non-pertanian terendah diantaranya: Kalimantan Timur (26,50%), Papua Barat (28,41%) dan Papua (29,67%). Di bidang pendidikan, rasio anak perempuan yang bersekolah dibandingkan dengan anak laki-laki menunjukkan pencapaiannya yang lebih baik jika dibandingkan dengan pencapaian sumbangan perempuan dalam kerja berupah di sektor non-pertanian yang hanya mencapai 36,67 persen. Hal tersebut mencerminkan suatu kondisi ketenagakerjaan yang masih jauh dari kesetaraan. Ditambah lagi capaian indikator proporsi kursi yang diduduki oleh perempuan di DPR yang rendah menjadi bukti bahwa perempuan dan laki-laki belum berada dalam posisi seimbang secara ekonomi, politik dan budaya.

Peran perempuan dalam pasar kerja semakin lama semakin diperhitungkan. Keterlibatan perempuan dalam kegiatan ekonomi dalam banyak studi terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup perempuan itu sendiri dan meningkatkan perekonomian keluarganya. Bahkan pada saat ini tidak jarang ditemui perempuan yang berperan sebagai pencari nafkah utama dalam keluarga. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Mariun (2004) mengenai kontribusi perempuan terhadap peningkatan pendapatan rumah tangga miskin membuktikan bahwa perempuan berkontribusi cukup signifikan yaitu sebesar 40 persen dari total pendapatan rumah tangga. Dalam hal ini kontribusi perempuan dapat disebut sebagai katup pengaman atau penopang bagi rumah tangga miskin untuk memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari. Namun sejalan dengan itu, Widodo (2004) melakukan sebuah studi mengenai pembagian kerja dan sumbangan pendapatan kaum perempuan pada keluarga miskin yang mengambil kasus di kota Cilegon, membuktikan bahwa kaum perempuan pada rumah tangga miskin mempunyai bobot pekerjaan yang lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki. Perempuan bekerja mengurus rumah tangga dan membantu mencari nafkah untuk mencukupi kebutuhan rumah tangga. Studi ini juga membuktikan bahwa perempuan cenderung memperoleh pendapatan rata-rata lebih rendah dari laki-laki walaupun mempunyai pendidikan, umur, status kawin, lapangan usaha dan jenis pekerjaan yang sama.

“Dari satu juta penduduk, tiga perlimanya adalah wanita dan anak perempuan. Wanita diberbagai tempat identik dengan upah yang rendah karena mereka terkonsentrasi pada jenis-jenis pekerjaan dengan upah rendah dan bahkan untuk jenis pekerjaan yang sama tidak jarang perempuan mendapatkan upah yang lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki. Meskipun pada kenyataannya wanita menghabiskan sekitar 70% dari waktu yang tidak dibayar untuk merawat keluarga, kontribusi mereka terhadap ekonomi global hampir tidak terlihat”
(*Taking Gender Equality Seriously, UN Development Programme, 2006*).

Berdasarkan temuan-temuan di atas maka tulisan ini berusaha menganalisa bagaimana perkembangan tenaga kerja perempuan di Indonesia dilihat dari partisipasi di pasar kerja, lapangan pekerjaan utama, status pekerjaan, jenis pekerjaan serta bentuk-bentuk perlindungan bagi angkatan kerja perempuan melalui perundang-undangan. Analisis dalam tulisan ini menggunakan sumber data dari Survei Angkatan Kerja Nasional (SAKERNAS)¹. Tulisan ini menggunakan data per sepuluh tahun (dasawarsa) yang dimulai dari tahun 1980 hingga tahun 2010. Kemudian dengan tujuan analisa kondisi ketenagakerjaan angkatan kerja perempuan terkini, maka tulisan ini juga menambahkan data-data Sakernas di tahun 2013 per bulan Februari.

SEJARAH PERGERAKAN PEREMPUAN DALAM EKONOMI

Masuknya perempuan dalam kegiatan ekonomi sebenarnya telah terjadi sejak jaman dulu. Bahkan di Eropa dan Amerika jauh sebelum revolusi industri terjadi perempuan telah bekerja di sektor pertanian baik sebagai pekerja keluarga maupun sebagai buruh, bahkan beberapa di pertambangan. Terjadinya revolusi industri kemudian membuka peluang kesempatan kerja bagi perempuan untuk masuk di sektor industri. Pada umumnya industri-industri yang berkembang pada masa itu seperti industri pemintalan, tekstil, logam dan produk-produk rumah tangga lainnya. Kesempatan kerja pada masa itu untuk perempuan (termasuk anak-anak) cukup besar mengingat tenaga kerja perempuan menawarkan

¹ Sakernas merupakan salah satu survei yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) yang menjadi salah satu acuan sumber data ketenagakerjaan di Indonesia. Survei dasar (*base line survey*) dilakukan pada tahun 1976 dan kemudian disusul Sakernas 1977 dan 1978

fleksibilitas, upah yang rendah dan mampu beradaptasi di tempat kerja yang berupah rendah. Selain itu perempuan memiliki *feminine skill* yang diasosiasikan sesuai dengan beberapa jenis pekerjaan di industri makanan, tekstil, perangkat makanan (pecah belah) dan pakaian jadi. Namun kondisi tenaga kerja perempuan pada saat itu sangat memprihatinkan. Jam kerja yang panjang dengan waktu istirahat yang pendek, ditambah lagi makanan yang sedikit dan tempat kerja yang penuh sesak oleh pekerja menjadikan kondisi kerja pada masa itu jauh dari kata nyaman dan sehat. Selain jumlah upah yang dibayarkan pada perempuan lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki, tenaga kerja perempuan juga menerima potongan upah yang besar jika mereka datang terlambat atau bekerja dengan lambat. Biasanya mereka mulai bekerja pukul 5 atau 6 pagi kemudian hanya diberikan waktu 30 menit kurang untuk makan siang serta sedikit waktu atau bahkan tidak diberikan kesempatan untuk makan malam. Banyak tenaga kerja perempuan yang lemah dan jatuh sakit bahkan berakibat pada kematian karena kurangnya asupan makanan selama mereka bekerja.

Kondisi yang tidak kurang menyedihkannya juga terjadi di kota-kota miskin di Eropa dimana tidak terdapat pabrik-pabrik yang membuka kesempatan kerja bagi perempuan. Untuk memenuhi kebutuhan hidup banyak perempuan yang terpaksa berprofesi sebagai penjaja seks komersial. Profesi ini dinilai cepat menghasilkan uang tanpa harus menunggu upah dalam hitungan minggu atau bulan. Selain itu bekerja sebagai pembantu rumah tangga juga menjadi pilihan kaum perempuan. Namun pekerjaan ini juga tidak luput dari kekerasan dan pelecehan seksual. Kondisi ini juga berakibat meningkatnya penyakit-penyakit seksual pada masa itu.

Berbagai-gerakan feminis yang tumbuh di masyarakat Eropa dan Amerika mulai membawa angin segar dan membuka mata dunia untuk memperhatikan nasib perempuan di pasar kerja. Pada pertengahan kedua dari abad 19 terjadi dua hal perubahan yang sangat signifikan pada kondisi ketenagakerjaan perempuan. Pertama, perkembangan jenis-jenis pekerjaan bagi perempuan semakin beragam. Seiring dengan mulai meningkatnya tingkat pendidikan perempuan dan membaiknya perekonomian dunia mendorong tenaga kerja perempuan masuk ke bidang-bidang pekerjaan seperti guru, perawat, kasir, pelayan toko, sekretaris, operator telepon dan lain sebagainya. Kedua, mulai menurunnya tingkat perkawinan bagi perempuan di usia kerja. Akibat dari terbukanya akses terhadap pendidikan bagi kaum perempuan, berimplikasi terhadap penundaan usia perkawinan dini.

Di Indonesia sendiri peran perempuan dalam perekonomian dan pembangunan terus berkembang. Dari abad ke 16 dimana kekuasaan Belanda melalui VOC selama kurang lebih tiga setengah abad di tanah air secara tidak langsung turut membuka kesempatan kerja perempuan bekerja sebagai buruh tani seperti di perkebunan teh, kopi, karet, tembakau dan juga dipertambangan. Walaupun pada saat itu kondisi tenaga kerja perempuan di tanah air jauh dari kata layak. Namun sejalan dengan waktu muncul gerakan-gerakan politik yang memperjuangkan hak-hak perempuan. Salah satu organisasi perempuan pertama yang lahir di Indonesia adalah Poetri Mardika yang berdiri atas bantuan Boedi Oetomo. Diikuti oleh bersatunya gerakan perempuan Indonesia dalam Kongres Perempuan I yang diadakan pada tanggal 22-25 Desember 1928 di Yogyakarta. Kongres ini melahirkan Perikatan Perkumpulan Perempuan Indonesia (PPPI) yang mengagendakan pendidikan untuk kaum perempuan, nasib yatim piatu dan janda, perkawinan anak-anak, reformasi undang-undang perkawinan, pentingnya meningkatkan harga diri perempuan, dan kejahatan kawin paksa. Selanjutnya pada kongres ke II PPPI pada tahun 1930 isu yang diangkat adalah perdagangan perempuan, hak suara perempuan, wacana perlu didirikannya kantor Penerangan Tenaga Kerja untuk Perempuan, dan penelitian sanitasi di desa serta tingginya angka kematian bayi. Jika diperhatikan isu-isu yang dimunculkan masih relevan dengan situasi perempuan saat ini. Hal tersebut merefleksikan kondisi perempuan yang masih termarginalkan, tidak setara dan diskriminasi masih berlangsung hingga kini di tanah air.

TINGKAT PARTISIPASI ANGKATAN KERJA PEREMPUAN

Sejalan dengan perkembangan ekonomi dan politik tanah air, kondisi perempuan khususnya dalam bidang ketenagakerjaan mulai membaik. Jika sebelumnya perempuan ditempatkan di ruang domestik saat ini perempuan telah masuk ke ruang publik dan terlibat langsung dalam kegiatan ekonomi dan politik. Hal tersebut ditunjukkan oleh proporsi angkatan kerja perempuan yang terus meningkat. Salah satu indikator ketenagakerjaan yang memberikan gambaran tentang penduduk yang aktif terlibat secara ekonomi dalam kegiatan sehari-hari adalah Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK). TPAK adalah persentase angkatan kerja terhadap penduduk usia kerja².

² Dalam Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) sendiri mengalami berbagai perubahan konsep variabel yang ditanyakan. Definisi usia kerja pada survei sebelum

Secara keseluruhan, tenaga kerja perempuan di Indonesia menurut hasil survei Sakernas tahun 1980 mencapai sekitar 32,65 persen dari seluruh angkatan kerja yang bekerja secara aktif. Sedangkan pada tahun 1990 tenaga kerja perempuan yang aktif menjadi 44,04 persen (Lihat Tabel 1). Dengan demikian, terdapat kenaikan pertumbuhan tenaga kerja wanita selama periode tahun 1980 – 1990 sekitar 11,39 persen. Kenaikan ini secara umum disebabkan oleh terjadinya transformasi pasar kerja yang ditandai dengan pergerakan tenaga kerja dari sektor pertanian ke sektor non-pertanian. Berkurangnya kesempatan kerja di sektor pertanian bagi perempuan menjadi salah satu faktor pendorong masuknya perempuan ke sektor industri dan jasa. Sebelum teknologi pertanian berkembang, tenaga kerja wanita masih banyak dimanfaatkan mulai dari proses menanam sampai proses pemanenan hasil pertanian. Namun setelah masuknya revolusi hijau dalam pertanian yang menggantikan tenaga-tenaga perempuan dengan teknologi mesin, maka peran perempuan dalam pasar kerja khususnya di sektor pertanian menjadi menurun dan berpindah ke sektor non pertanian. Menurut Horn (1975) dalam Bukit dan Bakir (1983) mekanisasi sektor pertanian di pedesaan yang menggunakan mesin penggilingan padi telah menggantikan penumbukan padi dengan tangan yang dilakukan oleh kaum perempuan di desa. Hal tersebut telah menghilangkan kesempatan kerja bagi ribuan buruh tani perempuan di berbagai daerah di pulau Jawa. Kemudian sistem tebasan yang menggantikan pola penuaian padi secara tradisional ikut mendorong buruh tani perempuan untuk mencari peruntungan di sektor lain.

Mayling Oey (1985) menyebutkan bahwa salah satu penyebab meningkatnya partisipasi angkatan kerja perempuan adalah tekanan ekonomi yang sulit. Menurut Mayling Oey, TPAK perempuan berbanding lurus dengan tingkat kemiskinan. Rumah tangga di pedesaan yang menggantungkan hidup dari pertanian menghadapi tekanan ekonomi yang sulit akibat menyempitnya lahan pertanian dan meningkatnya kesempatan kerja di sektor jasa dan industri. Hal tersebut mendorong perempuan masuk ke pasar kerja di sektor non-pertanian sebagai upaya memenuhi kebutuhan rumah tangga. Khususnya pada sektor jasa, kelompok perempuan lebih mudah masuk dan

tahun 2000 adalah penduduk berusia 10 tahun ke atas, kemudian sejak tahun 2000 hingga kini definisi tersebut berubah, usia kerja adalah penduduk yang berusia 15 tahun sampai 64 tahun.

berkembang karena sektor ini lebih fleksibel, artinya selain untuk menambah pendapatan rumah tangga, peran sebagai ibu rumah tangga masih dapat dilakukan (Soesilo, 1997).

Menurut Sinha (1965), perkembangan partisipasi tenaga kerja perempuan terhadap pembangunan akan mengikuti pola yang berbentuk huruf “U. Pada tahap pertama pembangunan, lapangan kerja di sektor pertanian akan menurun dan bergeser pada sektor lain seperti industri dan jasa. Hal ini akan mengurangi kesempatan kerja dan meningkatkan pengangguran bagi angkatan kerja perempuan. Kemudian setelah pembangunan mencapai suatu tahap tertentu dimana kondisi pendidikan dan perekonomian menjadi lebih baik akan mendorong perempuan untuk kembali masuk ke pasar kerja. Hal ini lah yang menyebabkan TPAK perempuan menjadi meningkat.

Tabel 1: Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja Menurut Jenis Kelamin

Tahun	Perempuan	Laki-laki
1980*	32,65	68,42
1990*	44,04	70,92
2000**	51,69	84,17
2010**	52,50	83,33
2013**	52,36	85,12

Keterangan: *) penduduk berumur 10 tahun atau lebih

**) penduduk berumur 15 tahun atau lebih

Sumber: Data Sakernas 1980, 1990, 2000, 2010, 2013 per bulan Februari

Memasuki tahun 2000 TPAK perempuan semakin membaik dengan laju pertumbuhan 7,65 persen. Namun jika dicermati kembali, sejak tahun 2000 hingga kini TPAK perempuan peningkatannya cenderung rendah, bahkan menurun sekitar 0,14 persen di tahun 2013. Kondisi ini perlu dicermati guna menganalisis penyebabnya dan menemukan akar permasalahannya. Stagnasi partisipasi perempuan pada saat ini dapat dilihat dari aspek ekonomi dan sosial budaya. Dari aspek ekonomi mengacu pada pernyataan yang diungkapkan Meyling Oey (1985) bahwa partisipasi angkatan kerja perempuan berbanding lurus dengan kemiskinan, sehingga menurunnya partisipasi angkatan kerja perempuan sebagai indikasi mulai membaiknya perekonomian keluarga. Perempuan tidak perlu lagi masuk pasar kerja karena tingginya upah yang diterima oleh laki-laki sebagai kepala keluarga dirasakan cukup untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga. Namun asumsi ini perlu didukung oleh penelitian lebih lanjut, karena adanya pengaruh tingkat inflasi menjadikan upah riil

yang diterima tidak menunjukkan peningkatan yang berarti.

Kemungkinan lain adalah diduga karena seiring meningkatnya pendidikan kaum perempuan terjadi pergeseran nilai di tengah masyarakat terkait peran perempuan. Banyak pasangan muda saat ini – umumnya dengan tingkat pendidikan yang tinggi – mulai memiliki pandangan dan pengetahuan tentang tumbuh kembang anak. Mereka mulai menyadari bahwa anak-anak mereka membutuhkan peran ibu yang sangat besar di usia keemasan (sekitar 0-8 tahun), karena pada masa tersebut anak akan mengalami tingkat perkembangan yang sangat drastis seperti perkembangan kognitif, emosi, motorik, fisik dan sosial yang sangat berpengaruh terhadap perkembangan kualitas hidup anak di masa depan. Pada masa keemasan ini anak akan sangat peka dan sensitif terhadap berbagai rangsangan dan pengaruh dari luar (psikologi perkembangan anak). Di tengah arus informasi dan globalisasi yang mengalir kuat, kembali memposisikan perempuan di ranah domestik menjadi salah satu pilihan bagi keluarga untuk “melindungi” anak-anak dari pengaruh negatif lingkungan. Kondisi inilah yang kemudian menghambat masuknya perempuan masuk ke pasar kerja.

Selanjutnya kemungkinan lain yang menjadi penyebab stagnannya partisipasi perempuan di pasar kerja adalah berkaitan dengan menurunnya keberhasilan program Keluarga Berencana. Beberapa dekade terdahulu pada masa dimana program Keluarga Berencana sangat sukses menurunkan angka kelahiran, jumlah anak yang sedikit berdampak pada menurunnya waktu perempuan yang tersita untuk mengurus anak dan rumah tangga sehingga memungkinkan perempuan untuk masuk ke pasar kerja. Menurut Bongart (1999), ketika TFR tinggi maka partisipasi perempuan dalam pasar kerja relatif rendah. Sebaliknya apabila TFR cenderung rendah maka partisipasi perempuan di pasar kerja akan meningkat. Dari hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 menunjukkan bahwa *Total Fertility Rate* (TFR) yaitu jumlah rata-rata anak yang dilahirkan oleh seorang perempuan pada akhir masa reproduksinya 2,6 per perempuan usia subur. Rata-rata TFR 2012 masih sama dengan 2007 dan gagal mencapai target 2,4 pada tahun ini. Dengan TFR 2,6, maka rata-rata pasangan usia subur di Indonesia rata-rata masih memiliki 3 hingga 4 orang anak. Kondisi demikian nantinya akan menghambat perempuan untuk bekerja karena besarnya alokasi waktu yang dibutuhkan untuk mengurus anak dan rumah tangga. Ditambah lagi gagalnya menurunkan *unmeet* sesuai target berarti masih banyak pasangan

usia subur yang belum mendapatkan pelayanan KB dan semakin meningkatkan kemungkinan rata-rata jumlah anak yang dimiliki oleh rumah tangga.

Walaupun secara umum partisipasi angkatan kerja perempuan memiliki kecenderungan naik tapi angka tersebut masih jauh berada di bawah partisipasi angkatan kerja laki-laki. Hal ini menunjukkan bahwa perempuan masih menemui hambatan untuk masuk ke pasar kerja dibanding dengan laki-laki. Sistem budaya yang terbentuk dalam masyarakat mempengaruhi cara pandang dan kedudukan perempuan sebagai tenaga kerja. Perempuan yang bekerja dianggap hanya untuk membantu mencari nafkah sehingga apabila dalam suatu kondisi suami-istri sama-sama bekerja, para istri biasanya lebih sering keluar dari pasar kerja apabila dihadapkan pada kondisi pembatasan. Masih banyak ditemui perusahaan yang memilih untuk tidak mempekerjakan tenaga kerja perempuan dikarenakan enggan membayar upah saat tenaga kerja perempuan tersebut cuti hamil dan melahirkan. Dalam hal tunjangan, perempuan yang telah menikah dan mempunyai anak sering diperlakukan sebagai pekerja lajang sehingga tidak berhak memperoleh tunjangan keluarga. Tidak jarang pula terjadi pemutusan hubungan kerja bagi perempuan yang disebabkan karena perempuan tersebut sedang dalam kondisi hamil. Kesempatan untuk berkembang dengan mengikuti pelatihan-pelatihan, konferensi, seminar-seminar lebih terbuka kepada laki-laki karena alasan domestik yang menjadi penghalang bagi perempuan untuk melakukan perjalanan dinas. Ditambah lagi berbagai kasus tindak kejahatan dan pelecehan seksual yang terjadi menambah daftar kondisi marginalnya perempuan di tempat kerja.

Namun jika berbicara mengenai angka partisipasi dari hasil survei, cara perhitungan angka partisipasi juga perlu dicermati. Dalam menghitung angka partisipasi perempuan dalam kegiatan ekonomi, reliabilitas data di sebagian besar negara berkembang telah lama menjadi perdebatan. Hal ini diduga karena kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh perempuan cenderung berada pada batas antara yang bernilai ekonomis dan non-ekonomis, dibandingkan dengan kegiatan ekonomi yang dilakukan laki-laki. Jika suatu kondisi menguntungkan secara ekonomi, perempuan juga kemungkinan besar akan bekerja secara paruh waktu (*part-time*) atau bekerja secara musiman (Kandiyoti, 1990). Berkaitan dengan data partisipasi angkatan kerja wanita tersebut, definisi mengenai bekerja yang diterapkan pada kegiatan survei dan sensus di Indonesia juga mempengaruhi besaran angkatan kerja wanita di Indonesia (Jones, 1981).

Keputusan untuk bekerja atau tidak, dapat dikatakan bias gender karena keputusan tersebut cenderung untuk laki-laki, dimana pengertian bekerja berada dalam konteks moneter dan ruang publik saja, bukan dalam konteks alokasi waktu. Bila dilihat dari analisis jam kerja tidak terlepas dari kerja produktif dan non produktif. Berbagai analisis ketenagakerjaan saat ini hanya menyetengahkan kerja produktif yaitu kerja yang menghasilkan uang. Misalnya definisi BPS (Badan Pusat Statistik) memandang kriteria bekerja hanya untuk mereka yang mencari uang atau untuk mencari penghasilan (Widodo, 2004). Sebaliknya perempuan nyaris tidak memiliki waktu santai karena tanggung jawab domestik yang melekat namun bernilai rendah secara moneter. Padahal dalam analisis ketenagakerjaan yang dikaitkan dengan isu gender, persoalan pekerjaan tidak hanya kerja produktif tetapi menyangkut kerja non-produktif. Moore dalam Supeli (1999) menyatakan bahwa segala hal yang dikerjakan oleh individu adalah baik untuk memenuhi kebutuhan subsisten, dipertukarkan atau diperdagangkan, menjaga kelangsungan keturunan dan kelangsungan hidup keluarga dan masyarakat. Dari definisi tersebut ditegaskan bahwa kerja tidak hanya menyangkut berbagai hal yang langsung berhubungan dengan penghasilan. Pekerjaan domestik rumah tangga termasuk tugas melanjutkan keturunan tercakup dalam definisi tersebut.

Jika melihat kondisi ekonomi ketenagakerjaan berdasarkan wilayah (desa-kota) terlihat bahwa TPAK di perdesaan secara umum lebih tinggi dibandingkan dengan di perkotaan. Pada tahun 2010 TPAK perdesaan sebesar 70,21 dan TPAK perkotaan sebesar 64,82. Artinya kesempatan kerja di perdesaan lebih tinggi dibandingkan dengan di perkotaan. Hal tersebut terbukti juga dengan TPAK wanita di desa lebih tinggi daripada di kota. Rendahnya partisipasi wanita dalam angkatan kerja di kota tidak hanya disebabkan oleh masih terbatasnya lapangan kerja di sektor non-pertanian bagi wanita, tetapi juga karena sifat dan pekerjaan di kota yang umumnya mengharuskan wanita meninggalkan rumah. Hal ini menimbulkan konflik antara tugas wanita sebagai istri dan ibu rumah tangga disatu pihak, dan tugasnya sebagai seorang pekerja di pihak lain. Di pedesaan kebanyakan wanita bekerja di pertanian keluarga dan tidak perlu bekerja di luar lingkungan keluarga atau dalam lingkungan yang asing bagi suami mereka. Tugas rumah tangga juga dapat dilakukan bersama-sama dengan pekerjaan mereka (Bukit dan Bakir, 1983). Perempuan di desa banyak melakukan kegiatan ekonomi dan produktif walaupun penghasilannya tidak sebesar di perkotaan. Selain itu jenis pekerjaan yang mayoritas di sektor informal memiliki jam kerja yang fleksibel sehingga tidak perlu meninggalkan

tugas domestik. Berbeda dengan karakteristik perempuan perkotaan yang rata-rata tergolong kelas menengah dengan pendidikan yang lebih baik memiliki kecenderungan untuk tidak masuk ke sektor publik. Selain disebabkan kesempatan kerja di sektor formal yang lebih kompetitif, pekerjaan di sektor formal juga kurang fleksibel bagi perempuan yang telah berkeluarga.

Kemungkinan lain rendahnya TPAK di perkotaan disebabkan oleh besarnya angka melanjutkan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi. Tingkat ekonomi yang lebih baik serta pengaruh lingkungan perkotaan yang lebih modern menyebabkan anak-anak perempuan di perkotaan memilih untuk melanjutkan pendidikan ke perguruan tinggi dari pada masuk ke pasar kerja. Sebaliknya, di perdesaan ditemui kecenderungan anak-anak lulusan SMA memutuskan untuk masuk ke pasar kerja dari pada melanjutkan pendidikan ke perguruan tinggi yang relatif berbiaya mahal. Pengaruh lingkungan dan kondisi keluarga yang kurang mampu “memaksa” perempuan untuk bekerja membantu perekonomian keluarga atau bahkan memutuskan untuk menikah.

LAPANGAN PEKERJAAN UTAMA

Pembagian penduduk yang bekerja dan perkembangannya dari masa ke masa menurut sektor sering dianalisa dengan membedakan menurut sektor tiga sektor pokok sektor A (pertanian), sektor M (industri) dan sektor S (perdagangan dan jasa) (Manning, 1990). Lapangan kerja utama pada studi ini secara umum di bagi menjadi tiga sektor yaitu: 1) Pertanian (Pertanian, Kehutanan, Perburuan, Perikanan), 2) Industri (Pertambangan, Industri,

besar. Hal tersebut ditunjukkan dengan 55,9 persen dari seluruh angkatan bekerja di sektor pertanian, sisanya bekerja di sektor industri dan sektor lainnya. Namun meskipun nampaknya sebagian besar penduduk yang bekerja terserap di sektor pertanian pada negara-negara agraris namun persentase dari produk nasional (GDP) yang disumbangkan sektor ini masih relatif kecil. Hal ini secara tidak langsung juga menunjukkan bahwa tingkat produktivitas sektor pertanian relatif rendah dibanding sektor lain. Pada tahun 1980an sumbangan sektor pertanian terhadap GDP paling rendah dibandingkan dengan sektor lain yaitu 30 persen, sementara sektor industri 33 persen dan sektor jasa 37 persen. Proporsi angkatan kerja yang dapat diserap di sektor industri pada tahap permulaan pembangunan di Indonesia masih relatif kecil. Mungkin hal ini agak sedikit bertentangan dengan teori-teori ekonomi yang menggarisbawahi perpindahan angkatan kerja dari pertanian ke industri. Kondisi ini menjelaskan bahwa tenaga kerja yang pindah dari sektor pertanian tidak memperoleh pekerjaan di sektor manufaktur dan kemudian terserap di sektor perdagangan dan jasa (Manning, 1990). Hal ini juga mencerminkan bahwa penduduk yang menggantungkan hidup di sektor pertanian banyak yang berada pada kantong kemiskinan.

Pada tahun 1990 pekerja di sektor pertanian menurun menjadi 49,9 persen, sedangkan di sektor industri dan jasa meningkat menjadi 50,1 persen. Menurut beberapa teori ekonomi, pembangunan biasanya disertai dengan perpindahan tenaga kerja dari sektor pertanian ke sektor industri dan jasa. Keberhasilan strategi pembangunan sering dikaitkan dengan kecepatan pertumbuhan sektor industri yang dianggap berkaitan erat dengan peningkatan produktivitas angkatan kerja (Manning, 1990).

Tabel 2: Persentase Angkatan Kerja Menurut Lapangan Pekerjaan Utamad an Jenis Kelamin, 2012-2013

Lapangan Pekerjaan Utama	Perempuan					Laki-Laki				
	1980	1990	2000	2010	2013	1980	1990	2000	2010	2013
Pertanian	53,78	56,25	21,26	39,18	34,28	56,98	55,63	16,76	40,31	35,52
Industri	12,38	12,37	29,84	14,40	14,91	7,46	14,60	39,37	20,20	24,14
Jasa	33,84	31,38	48,90	46,42	50,81	35,56	29,77	43,87	39,49	40,34
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Sumber: Data Sakernas 1980, 1990, 2000, 2010, 2013 per Februari

Listrik, gas dan air, Bangunan) dan 3) Jasa (Perdagangan, Transportasi, Keuangan, Jasa Kemasyarakatan). Struktur lapangan pekerjaan tahun 1980an ditandai dengan bergesernya tenaga kerja sektor produksi pertanian ke sektor produksi non pertanian dan jasa dengan muatan teknologi yang lebih

Dari data Sakernas belum terlihat pergerakan angkatan perempuan ke sektor non-pertanian di tahun 1980 menuju tahun 1990. Hal ini ditandai dengan masih tingginya persentase angkatan perempuan yang bekerja di sektor pertanian, sementara di sektor jasa cenderung menurun. Namun di tahun 2000 terjadi

penurunan jumlah angkatan kerja perempuan di sektor pertanian menjadi 21,26 persen, kemudian diikuti oleh peningkatan angkatan kerja di sektor industri sebesar 29,84 persen dan sektor jasa 48,90 persen. Jika dibandingkan dengan angkatan kerja laki-laki, pergeseran angkatan kerja antar sektor telah terjadi tahun 1980an menuju tahun 1990. Angkatan kerja sektor pertanian mulai berkurang dan diiringi meningkatnya angkatan kerja di sektor industri. Namun sektor jasa mengalami pengurangan angkatan kerja laki-laki sebanyak 5,8 % dari tahun 1980.

Menurut Todaro dalam Hakim (2011), terjadinya mobilitas tenaga kerja dari sektor pertanian menuju sektor industri disebabkan oleh adanya perbedaan tingkat upah di kedua sektor tersebut sektor pertanian mulai ditinggalkan oleh angkatan kerja antara lain karena sektor pertanian dinilai tidak dapat mendatangkan penghasilan dalam waktu singkat, membutuh modal yang relatif besar, tingkat resiko gagal panen yang tinggi, dan tingkat upah sektor non-pertanian yang lebih tinggi menjadi faktor penarik terjadinya mobilitas tenaga kerja. Memasuki tahun 2000 kondisi penyerapan tenaga kerja baik angkatan kerja laki-laki maupun perempuan menurut sektor relatif sama. Sektor jasa menjadi sektor yang menyerap tenaga kerja paling banyak sekitar 48 persen untuk angkatan kerja perempuan dan 43 persen untuk angkatan kerja laki-laki. Kemudian diikuti oleh sektor industri dan yang terakhir adalah sektor pertanian. Selanjutnya, sepanjang kurun waktu 2000-2010 terjadi perubahan dalam struktur ketenagakerjaan per sektor. Pada tahun 2010 sektor pertanian kembali menguat dengan menjadi penyerap tenaga kerja kedua terbesar setelah sektor jasa. Sedangkan sektor industri menjadi sektor penyerap tenaga kerja terendah baik bagi angkatan kerja laki-laki maupun angkatan kerja perempuan. Pada dasarnya kondisi perekonomian dalam negeri tidak terlepas dari pengaruh kondisi perekonomian global. Sekitar tahun 2007-2008, perekonomian dunia mengalami krisis yang menyebabkan melemahnya sektor industri dunia. Hal tersebut juga membawa dampak pada kondisi perekonomian dalam negeri. Melemahnya sektor industri mengakibatkan aliran tenaga kerja kembali masuk ke sektor pertanian. Karakteristik sektor pertanian yang cenderung bersifat informal dan tidak membutuhkan spesifikasi pendidikan dan keahlian yang tinggi, membuat sektor ini mampu menjadi penyelamat dalam menghadapi krisis ekonomi. Selain itu kebijakan pemerintah yang mulai memperhatikan masalah-masalah pertanian dalam rangka ketahanan pangan nasional juga turut mendorong memajukan sektor pertanian.

Kemudian dari data Sakernas terbaru tahun 2013 per Februari menunjukkan penurunan jumlah angkatan kerja di sektor pertanian. Pada tahun ini, membaiknya perekonomian dunia ditandai dengan menguatnya sektor industri dan meningkatnya penyerapan tenaga kerja di sektor ini. Khususnya bagi angkatan kerja perempuan, peningkatan angkatan kerja di sektor jasa menjadi penguat bahwa sektor ini mampu menyediakan lapangan pekerjaan yang sesuai dengan karakteristik tenaga kerja perempuan. Namun terdapat beberapa hal yang perlu dicermati dalam menganalisa perkembangan tenaga kerja menurut sektor. Alokasi penduduk yang bekerja menurut sektor ini dapat dipengaruhi oleh waktu sensus dan referensi waktu yang dipakai dalam sensus. Hal ini terutama disebabkan oleh fluktuasi musiman dalam penyerapan tenaga kerja disektor pertanian, terutama naiknya pada masa penggarapan tanah dan panen kemudian menurun pada masa lain (terutama turun pada musim *panceklik*) (Manning, 1990). Berapa ahli ekonomi ketenagakerjaan mengkritisi kelemahan dalam pertanyaan mengenai lapangan dan jenis pekerjaan, terutama di daerah perdesaan di negara sedang berkembang dimana belum banyak terjadi spesialisasi pekerjaan. Selain itu karakteristik pekerjaan di sektor pertanian yang bersifat musiman, jam kerja yang terbatas, serta mobilitas antar sektor yang tinggi membuat proses pendataan sering menuai kritikan.

STATUS PEKERJAAN UTAMA

Pergeseran struktur dan peningkatan mutu angkatan kerja, bukan saja terjadi dari sektor pertanian ke sektor non-pertanian, tetapi juga dari sektor informal ke sektor formal. Pekerja di sektor informal menurun dari sebesar 69,9 persen pada tahun 1980 menjadi 63,6 persen pada tahun 1990. Pekerja informal terdiri atas pengusaha yang berusaha tanpa buruh, pekerja yang berusaha dengan dibantu anggota rumah tangga atau buruh tidak tetap, dan pekerja keluarga. Di pihak lain pekerja di sektor formal, yaitu pekerja yang berusaha dengan buruh tetap dan buruh atau karyawan meningkat dari 30,1 persen pada tahun 1980 menjadi 36,4 persen pada tahun 1990. Pengaruh kondisi perekonomian global yang sedang mengalami krisis berdampak pada perekonomian dalam negeri khususnya sektor formal. Pada negara-negara dengan tingkat pertumbuhan pendudukan dan urbanisasi yang tinggi seperti Indonesia, ekonomi informal justru menjadi penyelamat dalam krisis ekonomi karena sektor ini mampu menyerap tenaga kerja dalam jumlah besar. Berdasarkan data Sakernas per Februari 2013, dari 114,02 juta orang yang bekerja, sebanyak 53,48 persen merupakan penduduk yang bekerja di sektor informal. (60,98 juta orang). Jika ditinjau berdasarkan perbedaan jenis kelamin, sektor formal masih

didominasi oleh angkatan kerja laki-laki, yang pada Februari 2013 persentasenya mencapai 64,59 persen (hampir dua pertiga bagian). Sementara itu menyoroti angkatan kerja perempuan, dari total 43,81 juta orang yang bekerja terdapat orang 57,14 persen yang bekerja pada sektor informal sedangkan sisanya 42,86 persen di sektor formal. Faktanya tidak sedikit juga perempuan di perkotaan yang tadinya bekerja di sektor formal kemudian berpindah ke sektor informal. Sektor ini dinilai lebih memiliki fleksibilitas terhadap waktu dan tempat, sehingga perempuan masih dapat mengurus rumah tangga dan juga membantu menambah penghasilan keluarga. Hal ini terbukti dengan pertumbuhan tenaga kerja perempuan yang berusaha dengan buruh tetap tumbuh relatif cepat khususnya di lapangan pekerjaan perdagangan. Sistem perdagangan secara online melalui media internet mendorong peningkatan jumlah pengusaha perempuan saat ini. Produk-produk kerajinan tangan, makanan, sandang, aksesoris dan lain sebagainya yang diproduksi oleh kaum perempuan dapat dengan mudah dipasarkan secara online tanpa harus bertatap muka dengan konsumen. Transaksi semacam ini dinilai lebih menguntungkan karena dapat menekan biaya sewa tempat untuk menjual produk. Selain itu juga berpeluang membuka kesempatan kerja bagi angkatan kerja lainnya.

Namun kondisi itu juga terjadi pada angkatan kerja laki-laki. Sedangkan pada angkatan kerja laki-laki didominasi oleh angkatan kerja yang berstatus buruh atau karyawan. Hal ini mencerminkan efek dari mobilitas tenaga kerja dari sektor pertanian menuju sektor industri dan jasa.

Selanjutnya perubahan yang signifikan terjadi pada angkatan kerja perempuan pada tahun 1990. Dari tahun 1980 menuju tahun 1990, semua jumlah angkatan kerja perempuan menurun di setiap status pekerjaan, kecuali meningkat pada status bekerja sebagai pekerja tidak dibayar atau pekerja keluarga. Peningkatan pada status kerja ini cukup signifikan yaitu sekitar 18 persen dari 29,57% menjadi 47,73% di tahun 1990. Ditemukan suatu gejala bahwa perempuan di daerah perdesaan harus bekerja membantu suami di pertanian dikarenakan rendahnya tingkat pendapatan keluarga di sektor ini, sehingga angkatan kerja perempuan banyak yang berstatus menjadi pekerja keluarga tidak dibayar. Kondisi ini didukung oleh data Sensus Penduduk tahun 1980 yang menunjukkan bahwa TPAK angkatan kerja perempuan di perdesaan lebih tinggi (35,17) dibandingkan dengan TPAK perempuan di perkotaan (24,18). Hal ini disebabkan karena perempuan dengan tingkat pendidikan yang rendah di perdesaan relatif

Tabel 3: Persentase Penduduk Bekerja Menurut Status Pekerjaan Utama dan Jenis Kelamin

No.	Status pekerjaan	Perempuan					Laki-Laki				
		1980 ¹⁾	1990	2000	2010	2013	1980 ¹⁾	1990	2000	2010	2013
1.	Bekerja Sendiri	21,56	16,60	18,30	17,74	16,58	27,47	21,64	23,64	19,87	16,91
2.	Berusaha dengan ART/ BuruhTdk Tetap	23,86	12,82	13,09	13,43	11,16	27,20	30,51	28,98	24,80	20,64
3.	Berusaha dengan Buruh Tetap	1,09	0,34	1,26	1,33	1,79	2,70	1,06	2,91	3,74	4,62
4.	Buruh/Karyawan	23,26	22,51	28,34	25,96	33,55	30,64	31,13	35,94	30,27	38,26
5.	Pekerja Bebas Pertanian ²⁾	-	-	-	5,70	4,09	-	-	-	6,01	4,57
6.	Pekerja Bebas Non-Pertanian ²⁾	-	-	-	2,24	2,11	-	-	-	6,60	7,83
7.	Pekerja Tidak dibayar	29,57	47,73	39,02	33,60	30,72	12,10	15,66	8,53	8,72	7,16
	Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Ket: ¹⁾ perhitungan usia kerja dimulai dari usia 10 tahun, ²⁾ baru mulai ditanyakan pada survei tahun 2005

Sumber: SP 1980, Sakernas 1990, 2000, 2005, 2010, 2013

Tabel 3 menunjukkan status pekerjaan utama angkatan kerja laki-laki dan perempuan. Pada tahun 1980 terlihat bahwa komposisi jumlah angkatan kerja perempuan hampir merata di setiap status pekerjaan kecuali pada status berusaha dengan buruh tetap.

memiliki kesempatan kerja yang lebih luas dibandingkan dengan di perkotaan. Biasanya angkatan kerja di perdesaan bersedia bekerja apa saja, sedangkan di daerah perkotaan cenderung memilih pekerjaan sesuai dengan tingkat pendidikannya.

Memasuki tahun 2000 perubahan kembali terjadi pada komposisi angkatan kerja perempuan berdasarkan status pekerjaan³. Persentase angkatan kerja perempuan di setiap status pekerjaan meningkat seiring dengan menurunnya persentase status sebagai pekerja keluarga tak dibayar. Jumlah angkatan kerja perempuan yang berstatus sebagai buruh/karyawan meningkat hingga hampir 6% di tahun 2000. Pertumbuhan pekerjaan yang pesat di daerah perkotaan diindikasikan dengan adanya pergerakan tenaga kerja dari sektor informal ke sektor formal.

Perubahan ini dipengaruhi oleh kondisi perekonomian dalam dan luar negeri. Krisis ekonomi dunia yang terjadi pada tahun 2008 membawa dampak langsung pada sektor formal sehingga terjadi penurunan angkatan kerja perempuan yang berstatus sebagai buruh dan karyawan di tahun 2010. Selain itu pada survei Sakernas tahun 2005, ditambahkan dua status baru dalam struktur pekerjaan utama yaitu pekerja bebas di pertanian dan pekerja bebas di non-pertanian berpengaruh terhadap besaran komposisi di masing-masing status pekerjaan. Mulai tahun 2010 kelompok angkatan kerja terbesar mulai berubah dari kelompok status pekerja keluarga tidak dibayar menjadi kelompok status bekerja sebagai buruh atau karyawan. Jumlah angkatan kerja yang berstatus buruh atau karyawan meningkat sekitar 7,6 persen dari 25,96 persen di tahun 2010 menjadi 33,55 persen. Hal ini merupakan dampak dari usaha pemerintah untuk terus menumbuhkan kesempatan kerja di sektor formal.

Data di atas menunjukkan bahwa persentase *unpaid worker* bagi perempuan masih sangat tinggi dibandingkan dengan laki-laki yaitu berkisar 30 persen dari total angkatan kerja perempuan sedangkan pada angkatan kerja laki-laki hanya sekitar 7 persen di tahun 2013. Kondisi ini sejalan dengan pembahasan dalam teori ekonomi mikro bahwa kegiatan yang tidak berhubungan dengan pasar kerja dipandang rendah biaya dan dikesampingkan karena diperoleh dari sumber-sumber yang tidak bernilai moneter. Karakteristik perempuan yang diasosiasikan terbatas pada ruang domestik menjadikan tenaga kerja perempuan dinilai tidak melakukan kegiatan produksi. Tenaga kerja perempuan yang bekerja membantu

³ Terjadi perubahan konsep tentang status pekerjaan pada tahun 2001 dari 5 kategori menjadi 7 kategori, yaitu: 1) Berusaha sendiri; 2) Berusaha dibantu buruh tidak tetap/buruh tak dibayar; 3) Berusaha dibantu buruh tetap/buruh dibayar; 4) Buruh/karyawan/pegawai; 5) Pekerja bebas di pertanian; 6) Pekerja bebas di non pertanian; 7) Pekerja tak dibayar.

suami atau anggota rumah tangga lainnya dalam bekerja atau berusaha (bertani, berdagang dan lain sebagainya) tidak diukur secara moneter. Perempuan hanya dianggap sebagai membantu mencari nafkah walaupun tidak jarang ditemukan penghasilan istri lebih banyak memenuhi kebutuhan keluarga. Pola pikir masyarakat sosial masih mengkondisikan ketergantungan perempuan terhadap laki-laki.

Kondisi tenaga kerja perempuan lebih cenderung terlibat pada kegiatan-kegiatan yang berada pada batas antara yang bernilai ekonomis dan non ekonomis dibandingkan dengan kegiatan ekonomis yang dilakukan oleh laki-laki. Jika suatu kondisi menguntungkan secara ekonomi, perempuan kemungkinan akan bekerja secara paruh waktu (*part-time*) atau bekerja secara musiman (Blumberg, 1989). Dari kenyataan tersebut tidak mengherankan bila status sebagai pekerja tidak dibayar banyak dijumpai pada kelompok tenaga kerja perempuan.

JENIS PEKERJAAN UTAMA

Pembagian kerja secara seksual tidak hanya dikotomi bidang domestik dan publik saja, tetapi dalam bidang publik pun terjadi segmentasi yang menempatkan perempuan dan laki-laki pada segmen yang berbeda (Abdullah, 1995). Karena keterbatasan data, maka tulisan ini hanya menampilkan data Sakernas mengenai jenis pekerjaan yang dimulai dari tahun 2001. Beberapa penyesuaian dilakukan berkaitan sistem klasifikasi internasional terutama menyangkut jenis pekerjaan atau klasifikasi jabatan karena beberapa pekerjaan yang tercantum dalam klasifikasi Internasional tidak cocok dengan jenis pekerjaan yang ada di Indonesia.

Dari tahun 2001 hingga saat ini jenis pekerjaan sebagai tenaga usaha pertanian, kehutanan, perburuan dan perikanan masih merupakan jenis pekerjaan yang paling banyak digeluti oleh angkatan kerja baik laki-laki maupun perempuan. Namun dalam perkembangannya, jenis pekerjaan sebagai tenaga usaha pertanian ini selalu mengalami penurunan hingga saat ini. Bagi angkatan kerja perempuan, berkurangnya angkatan kerja yang berprofesi sebagai tenaga usaha pertanian diiringi dengan meningkatnya jumlah pekerja di jenis pekerjaan lainnya. Pekerjaan sebagai tenaga usaha pertanian mampu menyerap 34,10 persen angkatan kerja perempuan. Jenis pekerjaan yang kedua yang banyak dilakukan oleh tenaga kerja perempuan adalah sebagai tenaga usaha penjualan dan periklanan, pada tahun 2013 sebanyak 26,17 persen. Diikuti oleh jenis pekerjaan sebagai tenaga produksi operator, alat-alat angkatan dan

pekerja kasar menduduki urutan ketiga yaitu sebanyak 16,73 persen.

Jika dibandingkan dengan jenis pekerjaan angkatan kerja laki-laki maka terdapat kesamaan tiga besar jenis pekerjaan yang banyak digeluti oleh angkatan kerja perempuan. Hanya saja pada urutan yang berbeda yaitu tenaga usaha pertanian (34,78 persen), tenaga produksi operator, alat-alat angkutan dan pekerja kasar (33,66 persen) dan urutan ketiga yang banyak digeluti oleh angkatan kerja laki-laki adalah tenaga usaha penjualan, dan periklanan sebanyak 14,02 persen. Hal yang menarik dari data tabel di bawah menunjukkan jenis pekerjaan 1 (tenaga profesional, teknisi dan sejenisnya) lebih banyak dikerjakan oleh tenaga kerja perempuan (9,63%), sedangkan angkatan kerja laki-laki pada jenis pekerjaan ini hanya sebanyak 5,30%. Hal ini merupakan dampak dari meningkatnya tingkat pendidikan perempuan sehingga jenis pekerjaan ini banyak dilakukan oleh perempuan. Begitu juga dengan jenis pekerjaan sebagai tenaga usaha jasa juga

lebih banyak dilakukan oleh tenaga kerja perempuan. Namun untuk jenis pekerjaan sebagai tenaga kepemimpinan dan ketatalaksanaan masih lebih banyak dilakukan oleh laki-laki.

Perbedaan jenis pekerjaan pada dasarnya tidak terlepas dari pengaruh akar sosial budaya tradisional. Perempuan diasosiasikan sebagai suatu kelompok yang memiliki karakteristik feminim yang menyebabkan terjadinya proses identifikasi pekerjaan-pekerjaan publik yang sesuai dengan sifat wanita. Hal ini dapat terlihat dari jenis-jenis pekerjaan yang digeluti oleh tenaga kerja perempuan antara lain dibidang jasa seperti sekretaris, pelayan, pembantu rumah tangga, resepsionis, tukang urut dan lain sebagainya. Laki-laki biasanya lebih banyak memilih pekerjaan yang banyak menggunakan otot sementara perempuan lebih banyak memilih pekerjaan yang berkaitan dengan kecermatan, ketelatenan dan kehati-hatian. Di sektor pertanian misalnya, pekerjaan mengolah tanah (mencangkul, menggaru, meratakan tanah) dilakukan oleh laki-laki, sementara pekerjaan menanam, membersihkan rumput dan memanen adalah pekerjaan perempuan.

Tabel 4: Persentase Angkatan Kerja Menurut Jenis Pekerjaan dan Jenis Kelamin

Jenis Pekerjaan Utama	Perempuan			Laki-Laki		
	2001	2010	2013	2001	2010	2013
0/1	4,50	6,77	9,63	2,96	4,54	5,30
2	0,12	0,40	0,44	0,34	1,13	1,32
3	4,08	4,95	5,81	5,05	4,09	5,34
4	23,90	25,46	26,17	14,06	14,03	14,02
5	6,24	7,21	7,07	4,06	5,00	4,84
6	44,46	38,94	34,10	43,10	39,64	34,78
7/8/9	16,66	16,20	16,74	29,79	30,73	33,66
xx/0	0,04	0,05	0,05	0,67	0,83	0,75
Jumlah	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Keterangan:

- *0/1. Tenaga Profesional, teknisi dan yang sejenis,
- 2. Tenaga kepemimpinan dan ketatalaksanaan,
- 3. Tenaga Tata Usaha dan yang sejenis,
- 4. Tenaga Usaha Penjualan, dan periklanan
- 5. Tenaga Usaha jasa
- 6. Tenaga usaha pertanian , kehutanan, perburuan dan perikanan
- 7/8/9. Tenaga produksi operator, alat-alat angkutan dan pekerja kasar,
- xx/0. Lainnya

Sumber: Data Sakernas tahun 2001, 2010, 2013

Kecenderungan sosial yang mengorientasikan laki-laki ke ranah publik sementara perempuan ke ranah domestik telah memproduksi ketimpangan dalam penguasaan akses-akses kehidupan, salah satunya adalah pendidikan. Pandangan-pandangan yang terbentuk di masyarakat sosial adalah tempat laki-laki adalah dipasar kerja oleh karena itu membutuhkan pendidikan yang lebih baik, sedangkan tempat perempuan adalah di rumah karena itu tidak membutuhkan pendidikan yang lebih baik. Kalaupun perempuan harus masuk ke pasar kerja, rendahnya pendidikan secara otomatis akan mengarahkan perempuan pada jenis-jenis pekerjaan kasar yang berupah rendah.

Secara teoritis, pendidikan bagi wanita akan meningkatkan penawaran dan permintaan terhadap tenaga kerja mereka. Status pendidikan penduduk yang bekerja dapat menunjukkan syarat-syarat kerja serta keterampilan yang dibutuhkan pada sektor dan jenis pekerjaan tertentu. Menurut Boserup (1970) yang dikutip oleh Bukit dan Bakir, pendidikan akan memperbaiki status, kemampuan dan keahlian seorang wanita. Hal ini meningkatkan kemampuan bersaing dan meningkatkan permintaan terhadap jasa jasanya di pasar tenaga kerja. Di samping itu, pendidikan juga meningkatkan aspirasi dan harapan seorang wanita tentang penghasilan dan kehidupan yang lebih baik, dan hal ini lebih mendorongnya untuk masuk angkatan kerja.

Secara umum dapat terlihat peningkatan pendidikan angkatan kerja baik laki-laki maupun perempuan selama dekade 1980-2013 cukup signifikan. Ini terbukti dari persentase angkatan kerja yang tidak/belum pernah sekolah dan yang tidak/belum tamat SD mengalami penurunan yang drastis dari tahun 1980 hingga kini. Jika dianalisa berdasarkan ilmu ekonomi, peningkatan TPAK perempuan disebabkan oleh sisi penawaran maupun dari sisi permintaan. Dari sisi penawaran, peningkatan TPAK perempuan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan yang semakin membaik serta penerimaan sosial yang mulai terbuka terhadap perempuan yang bekerja, khususnya perempuan yang sudah menikah. Peningkatan jumlah angkatan kerja perempuan yang pendidikan tertinggi SLTA kejuruan meningkat tajam dari tahun 1980 (2,81%) menjadi 14,87 persen di tahun 1990. Dan di tahun 2013 angkatan kerja perempuan yang berpendidikan tertinggi universitas bahkan lebih tinggi (7,85%) dari pada angkatan kerja laki-laki (6,30%).

Namun demikian, masuknya perempuan ke pasar kerja masih menemukan kendala-kendala baik secara budaya, sosial maupun politik. Perempuan masih

menemui ketidaksetaraan perlakuan di pasar kerja dibanding dengan kelompok laki-laki. Salah satunya ketidaksetaraan yang sering terjadi adalah perbedaan tingkat upah antara laki-laki dan perempuan pada kualifikasi dan jenis pekerjaan yang sama. Rata-rata tingkat upah yang diterima seorang laki-laki nikah 8 sampai 4 persen lebih besar dari rata-rata tingkat upah perempuan nikah, kadang-kadang mereka sering dianggap sebagai pekerja cadangan (Suryadarma, 2005).

Tabel 5: Rata-rata Upah/Gaji Bersih Selama Sebulan Buruh/Karyawan Menurut Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Rata-Rata Upah Perbulan (Rupiah)			
	1990	2000	2010	2013
Perempuan	58.261	326.035	1.113.694	1.409.200
Laki-laki	105.066	481,308	1.458,424	1.799.845

Sumber: Dara Sakernas 1990, 2000, 2010, 2013 per Februari

Tabel 5 menunjukkan rata-rata upah/gaji bersih yang diterima buruh/karyawan menurut jenis kelamin. Studi ini tidak menampilkan data upah pada tahun 1980 karena ketidakterdediaan data yang disebabkan oleh belum ditanyakannya variabel rata-rata upah/gaji buruh/karyawan pada survei 1980. Dari tabel di atas terlihat sejak tahun 1990 hingga kini rata-rata upah/gaji yang diterima oleh buruh/karyawan perempuan selalu lebih rendah dibandingkan dengan buruh/karyawan laki-laki. Rata-rata kesenjangan upah yang diterima tenaga kerja perempuan dan tenaga kerja laki-laki sekitar 30 persen setiap dekade. Konstruksi sosial yang menempatkan wanita pada struktur subordinat dalam berbagai kegiatan ekonomi telah menjadi penghalang utama bagi perempuan untuk memperoleh kesempatan yang lebih baik (Abdullah, 1995). Konstruksi sosial terlebih dahulu melalui suatu proses identifikasi terhadap apa-apa yang sesuai dengan karakteristik perempuan dan kemudian tercermin pada pekerjaan-pekerjaan marjinal yang dikerjakan oleh perempuan. Proses identifikasi ini pada dasarnya merupakan proses pemaknaan eksistensi diri perempuan itu sendiri. Artinya perempuan sendiri memiliki andil yang cukup besar dalam proses interaksi dan negosiasi perannya dalam sosial. Asosiasi perempuan dengan kegiatan domestik dan *life of cycle* (daur hidup) yang dimiliki oleh perempuan yang memiliki unsur reproduksi yang lebih lama (melahirkan, menyusui, memelihara) menjadi salah satu penyebab ketimpangan-ketimpangan dalam ekonomi. Tingkat absensi perempuan yang tinggi karena peran reproduksi

seringkali dijadikan alasan untuk tidak memilih tenaga kerja wanita, atau menempatkan wanita dalam pekerjaan yang marjinal, atau memberikan upah yang lebih rendah dibandingkan laki-laki (dalam jenis pekerjaan yang sama) atau dengan kata lain mobilitas tenaga kerja perempuan yang tinggi dimanfaatkan sebagai mekanisme untuk menekan upah.

Diskriminasi dalam hal pengupahan menjadi contoh yang menarik untuk diangkat. Meskipun perempuan mengerjakan jenis pekerjaan yang sama dengan yang dikerjakan oleh laki-laki, perempuan kadang mendapatkan upah yang lebih rendah dibandingkan dengan yang diterima oleh laki-laki atau masalah tunjangan keluarga bagi pekerja perempuan yang tidak diperhitungkan. Diskriminasi semacam itu tidak selalu disebabkan oleh kapasitas perempuan yang terbatas (tingkat pendidikan dan keterampilan), tetapi seringkali disebabkan oleh faktor ideologi (Caraway, 1999).

Jika berbicara pada level rumah tangga, studi yang dilakukan oleh Widodo pada tahun 2004 membuktikan bahwa pendapatan perkapita rumah tangga dengan KRT (Kepala Rumah Tangga) perempuan lebih kecil dibandingkan dengan pendapatan rumah tangga dengan KRT laki-laki. Perbedaan ini menjadi sangat logis ketika KRT laki-laki dimungkinkan untuk mendapat tambahan pendapatan dari pasangannya (istri), sedangkan KRT perempuan tidak mendapatkan tambahan pendapatan dari pasangannya karena pada umumnya KRT perempuan berstatus janda ataupun jika dibantu dengan ART lain yang bekerja, pendapatan KRT perempuan masih berada dibawah pendapatan KRT laki-laki. Perempuan cenderung memperoleh pendapatan lebih rendah dari laki-laki walaupun mempunyai pendidikan, umur, status kawin, jenis pekerjaan dan lapangan usaha yang sama. Terdapat apa yang disebut dengan *ideological discount rate*, yaitu sesuatu yang harus dibayar oleh perempuan pada saat ingin sejajar dengan laki-laki. Jadi jika seorang perempuan ingin memasuki suatu bidang pekerjaan dan ingin sejajar dengan laki-laki, ia tidak hanya harus memiliki kemampuan yang sama dengan laki-laki tetapi ia juga harus membayar biaya ideologis tambahan. Penampilan dan daya tarik merupakan modal penting dalam membayar biaya ideologi tersebut. (Abdullah, 1995).

PERLINDUNGAN TENAGA KERJA PEREMPUAN

Dari data Sakernas tahun 2013 per Februari tercatat jumlah angkatan kerja laki-laki berjumlah 70,2 juta jiwa dan angkatan kerja perempuan berjumlah 43,8

juta jiwa. Jumlah angkatan kerja perempuan tersebut diprediksi akan terus mengalami peningkatan sejalan dengan peningkatan kebutuhan hidup dengan perubahan perilaku masyarakat menuju perilaku *matrealistis*. Selain tuntutan kebutuhan ekonomi, eksistensi perempuan, peningkatan pendidikan, kemajuan teknologi, komunikasi dan transportasi serta arus globalisasi membuat tuntutan tersebut terus berkembang. Untuk kepentingan pertumbuhan perekonomian negara diperlukan partisipasi dari seluruh unsur masyarakat, termasuk peran dan partisipasi perempuan. Untuk itu dibutuhkan jaminan perlindungan dari pemerintah agar setiap orang mendapatkan kesempatan yang seluas-luasnya untuk berkontribusi. Salah satu cara untuk memberi kesempatan yang sama kepada perempuan adalah dengan kesetaraan gender dalam ketenagakerjaan. Sebagaimana yang telah dijelaskan di atas tenaga kerja perempuan merupakan kelompok yang rentan terhadap diskriminasi gender di pasar kerja, selain upah yang lebih rendah dibandingkan dengan tenaga kerja laki-laki, seringkali juga perempuan yang menikah dianggap sebagai lajang, karena mendapat nafkah dari suami dan terkadang terkena potongan pajak, atau masa kerja yang lebih pendek karena persoalan reproduksi. Untuk itu pemerintah perlu melindungi tenaga kerja perempuan dengan kebijakan yang memberikan rasa aman terhadap tenaga kerja perempuan..

Pelaksanaan perlindungan hukum terhadap pekerja perempuan berpedoman pada Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan khususnya Pasal 76, 81, 82, 83, 84, Pasal 93, Kepmenaker No. 224 tahun 2003 serta Peraturan Perusahaan atau perjanjian kerja bersama perusahaan yang meliputi:

a. Perlindungan Jam Kerja

Perlindungan dalam hal kerja malam bagi pekerja wanita (pukul 23.00 sampai pukul 07.00). Hal ini diatur pada pasal 76 Undang-Undang Nomor 13 tahun 2003. Tetapi dalam hal ini ada pengecualiannya yaitu pengusaha yang mempekerjakan wanita pada jam tersebut wajib:

1. Memberikan makanan dan minuman bergizi
2. Menjaga kesusilaan dan keamanan selama di tempat kerja
3. Menyediakan antar jemput bagi pekerja perempuan yang berangkat dan pulang bekerja antara pukul 23.00 – 05.00.

Tetapi pengecualian ini tidak berlaku bagi pekerja perempuan yang berumur di bawah 18 tahun ataupun perempuan hamil yang berdasarkan keterangan dokter berbahaya bagi kesehatan dan keselamatan

kandungannya apabila bekerja antara pukul 23.00 – 07.00. Dalam pelaksanaannya masih ada perusahaan yang tidak memberikan makanan dan minuman bergizi tetapi diganti dengan uang padahal ketentuannya tidak boleh diganti dengan uang.

b. Perlindungan dalam masa haid

Pada Pasal 81 Undang-Undang Nomor 13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan mengatur perlindungan dalam masa haid. Perlindungan terhadap pekerja wanita yang dalam masa haid tidak wajib bekerja pada hari pertama dan kedua pada waktu haid dengan upah penuh. Dalam pelaksanaannya lebih banyak yang tidak menggunakan haknya dengan alasan tidak mendapatkan premi hadir.

c. Perlindungan Selama Cuti Hamil

Sedangkan pada pasal 82 Undang-Undang Nomor 13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan mengatur masalah cuti hamil. Perlindungan cuti hamil bersalin selama 1,5 bulan sebelum saatnya melahirkan dan 1,5 bulan sesudah melahirkan dengan upah penuh. Ternyata dalam pelaksanaannya masih ada perusahaan yang tidak membayar upah tenaga kerja perempuan secara penuh. Bahkan banyak pekerja perempuan di pabrik yang rentan terhadap PHK dikarenakan tidak mempunyai ikatan formal dari perusahaan tempat bekerja karena alasan-alasan gender, seperti sebagai pencari nafkah tambahan, pekerja sambilan dan juga alasan faktor reproduksinya, seperti menstruasi, hamil, melahirkan dan menyusui.

d. Pemberian Lokasi Menyusui

Pasal 83 Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan mengatur masalah ibu yang sedang menyusui. Pemberian kesempatan pada pekerja wanita yang anaknya masih menyusui untuk menyusui anaknya hanya efektif untuk yang lokasinya dekat dengan perusahaan.

Kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan perlindungan hukum terhadap pekerja perempuan adalah adanya kesepakatan antara pekerja dengan pengusaha yang kadang menyimpang dari aturan yang berlaku, tidak adanya sanksi dari peraturan perundangan terhadap pelanggaran yang terjadi dan faktor pekerja sendiri yang tidak menggunakan haknya dengan alasan ekonomi. Namun demikian, perempuan sendiri masih belum banyak yang sadar bahwa hak-haknya dilindungi dan bahwa hal tersebut mempunyai pengaruh terhadap kehidupan perempuan. Agar langkah ini dapat efektif maka pemerintah harus

lebih giat lagi melakukan pengawasan terhadap regulasi hubungan kerja buruh/karyawan dengan perusahaan dan menyelesaikan setiap pertikaian dengan adil.

Diakui memang perlindungan yang dilakukan oleh pemerintah melalui undang-undang tersebut masih bias pada sektor formal. Padahal jumlah angkatan kerja yang bekerja di sektor informal sekitar 60 persen dari total seluruh angkatan kerja. Hal tersebut menunjukkan bahwa sektor informal mampu menyediakan kesempatan kerja yang lebih luas dibandingkan dengan sektor formal, namun artinya tidak terjangkau atau terlindungi oleh Undang-Undang Ketenagakerjaan sebab Undang-Undang Ketenagakerjaan di Indonesia baru mencakup pekerja-pekerja di sektor formal. Jika ditinjau berdasarkan perbedaan jenis kelamin, maka sektor formal masih didominasi oleh dua pertiga bagian kelompok angkatan kerja laki-laki. Kelompok pekerja yang mayoritas tidak terlindungi adalah kelompok angkatan kerja perempuan. Padahal pada kenyataannya sektor informal merupakan garda depan penyelamat perekonomian bagi negara-negara dengan tingkat pertumbuhan penduduk dan urbanisasi yang tinggi seperti Indonesia ketika digempur oleh krisis ekonomi global.

KESIMPULAN

Dari hasil pemaparan di atas dapat disimpulkan bahwa karakteristik tenaga kerja perempuan di Indonesia saat ini ditinjau berdasarkan partisipasi (TPAK), kualitas pendidikan maupun tingkat upah masih rendah dibandingkan dengan tenaga kerja laki-laki. Transformasi tenaga kerja dari sektor pertanian ke sektor non-pertanian pada dekade 1980an menuju tahun 1990 berpengaruh terhadap kondisi ketenagakerjaan secara umum dan ketenagakerjaan perempuan khususnya.

Pada periode tahun 1980an menuju tahun 1990, angkatan kerja perempuan mulai berpindah dari sektor pertanian menuju sektor non-pertanian. Hal tersebut terlihat pada awal tahun 2000an jumlah tenaga kerja perempuan yang terkonsentrasi pada lapangan pekerjaan di sektor jasa meningkat tajam. Karakteristik sektor jasa yang dinilai fleksibel terhadap peran domestik perempuan membuat sektor ini banyak dilakoni oleh tenaga kerja perempuan. Status pekerjaan angkatan kerja perempuan pun mengalami perubahan. Sejak tahun 1980 hingga tahun 2010 status bekerja sebagai pekerja keluarga tidak dibayar merupakan status kerja paling banyak digeluti oleh tenaga kerja perempuan yaitu berkisar antara 30 hingga sekitar 40 persen dari total angkatan kerja

perempuan. Namun semakin lama terlihat kecenderungan penurunan jumlah tenaga kerja perempuan yang berstatus pekerja tak dibayar diiringi dengan meningkatnya jumlah angkatan kerja yang masuk ke sektor formal yaitu berstatus sebagai buruh/karyawan. Walaupun secara persentase jumlah angkatan kerja perempuan tidak dibayar masih tergolong tinggi.

Pada kenyataannya perempuan seringkali dianggap hanya sebagai pencari nafkah tambahan bagi keluarga walaupun terkadang pendapatan yang dihasilkan oleh perempuan lebih besar dibandingkan dengan pasangannya. Perempuan lebih mudah memasuki pasar kerja terutama pada sektor informal. Sementara laki-laki justru cenderung bekerja tidak tetap, artinya laki-laki lebih banyak bekerja pada bidang yang tidak pasti (kadang-kadang bekerja, kadang-kadang tidak). Oleh karena itu jika dilihat dari perannya maka perempuan yang bekerja secara tetap lebih memberikan makna bagi keluarga dalam pemenuhan kebutuhan hidup.

Namun pada prakteknya tenaga kerja perempuan sering mengalami ketidakadilan di tempat kerja, seperti tingkat upah yang rendah, tidak mendapatkan tunjangan keluarga bagi pekerja perempuan, hubungan kerja yang tidak pasti sehingga mudah di PHK, tidak memperoleh hak cuti hamil dan melahirkan, pelecehan di tempat kerja atau diskriminasi lainnya. Masalah tenaga kerja perempuan menjadi kompleks ketika peraturan perundang-undangan yang dibuat oleh pemerintah guna melindungi tenaga kerja sendiri berbenturan dengan hambatan kesulitan perekonomian buruh/karyawan. Tenaga kerja perempuan menjadi 'incaran' perusahaan-perusahaan yang berorientasi keuntungan untuk menekan biaya produksi. Tenaga kerja perempuan disosiasikan sebagai tenaga kerja berupah rendah yang kemudian memungkinkan perusahaan-perusahaan bersaing dalam pasar bebas yang kompetitif. Dalam kondisi ekonomi pasar yang tarik ulur antara perusahaan dan buruh/karyawan, diharapkan pemerintah lebih aktif menjembatani hubungan kerja yang harmonis melalui kebijakan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Namun tantangan ketenagakerjaan bagi kelompok perempuan belum berhenti sampai di sana. Perundang-undangan yang dibentuk oleh pemerintah hanya menyentuh mereka yang bekerja di sektor formal saja, sedangkan 60 persen tenaga kerja perempuan bekerja disektor informal. Oleh karena itu merupakan pekerjaan yang besar buat pemerintah yaitu menciptakan kondisi ketenagakerjaan yang kondusif bagi perempuan sehingga mudah terserap ke sektor formal yang memiliki jaminan perlindungan bagi tenaga kerjanya.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, Irwan. 1995. "Reproduksi Ketimpangan Gender: Partisipasi Wanita dalam Kegiatan Ekonomi", *Prisma*, 6 Juni.
- Blumberg, Rae Lesser. 1989. *Making the Case for the Gender Variable*, Washington, DC: AID
- Bukit, D. dan Bakir, Z. 1983. Partisipasi Angkatan Kerja Indonesia: Hasil Sensus Penduduk tahun 1971-1980 *dalam Partisipasi Angkatan Kerja, Kesempatan kerja dan Pengangguran di Indonesia*. dalam Zainab Bakir dan Criss Manning (Ed). Yogyakarta: Pusat Penelitian dan Studi Kependudukan Universitas Gadjah Mada.
- Caraway, Teri. 1999. "Feminisasi Sektor Manufaktur, Menuju Sebuah Pendekatan Baru", *Jurnal Perempuan*, edisi 11, Mei-Juli
- Corner, Lorraine. 1996. *Woman, Men and Economics: The Gender-differentiated Impact of Macroeconomics*, New York: UNIFEM.
- Hakim, Lukmanul. 2011. "Perkembangan Tenaga Kerja Wanita Di Sektor Informal: Hasil Analisa Dan Proxy Data Sensus Penduduk". *Among Makarti*, Vol.4 No.7, Juli
- Jones, Gavin W. 1981. "Labour force development since 1961", dalam Anne Booth dan Peter McCawley (eds), *The Indonesia economy under Suharto*. Singapore, Oxford University Press.
- Kandiyoti, Deniz. 1990. "Women and rural development policies: The changing agenda", *Development and Change* 21 (1) Januari
- Manning, Chris. 1990. "Kegiatan Ekonomi Angkatan Kerja Di Indonesia" *Lokakarya Analisa Data Sensus Penduduk 1980 Di Universitas Brawijaya*. Malang 22 Februari-12 Maret 1982.
- Maeyling Oey. 1985. "Perubahan Pola Kerja Kaum Wanita di Indonesia selama dasawarsa 1970. Sebab dan Akibatnya". *Prisma*, Vol 10
- Mariun, Badrun. N. 2004. "Kontribusi Perempuan pada Peningkatan Pendapatan Rumah Tangga Miskin: Studi kasus di 4 Kabupaten/Kota", *Warta Demografi*, No. 3
- Mason, Kareb O. 1995. *Gender and Demographic Change: What We Do Know?*, Liege: IUUSP.

- Sinha, J.N. 1965. "Dynamics of Female Partisipatiion in Economic Activity in Developing Economy". *Belgrade. Proceedings of The World Population Conference IV.*
- Soesilo, T. Danny.1986. *Karakteristik Tenaga Kerja Wanita di Sektor Jasa: Analisa Data Sensus Penduduk tahun 1971-1980.* Yogyakarta: Fakultas Geografi UGM
- Suardiman,Siti Supartini.2001.*Perempuan Kepala Rumah Tangga.*Yogyakarta: Penerbit Jendela.
- Supelli, Karlina Leksono. 1999. "Upaya Memahami Kerja Perempuan", *Jurnal Perempuan*, edisi 11, Mei-Juli
- Suryadarma, Daniel, Asep Suryahadi, dan Sudarno Sumarto. 2005. "The Measurement and Trends of Unemployment in Indonesia: The Issue of Discouraged Workers". Jakarta: SMERU
- UNDP.1980. *Report of the world conference of the UN Decade for Women: Equality Development and Peace.* New York: Oxford University Press
- UNDP.2006. *Taking Gender Equality Seriously.* New York: Oxford University Press
- Widodo, Purwanto Teguh. 2004. "Pembagian Kerja dan Sumbangan Pendapatan Kaum Perempuan pada Keluarga Miskin (Studi Kasus di Kota Miskin)",*Warta Demografi*, No.4

TANTANGAN DALAM KOORDINASI JAMINAN KESEHATAN ACEH

(THE CHALLENGES IN THE COORDINATION OF ACEH'S HEALTH INSURANCE)

Edy Saputra *)

Staf Peneliti Pusat Kajian dan Pendidikan dan Pelatihan Aparatur IV Lembaga Administrasi Negara di Banda Aceh.
edyes_sa@yahoo.com

Abstrak

Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) merupakan jaminan kesehatan dengan konsep jaminan kesehatan semesta dan diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial. JKA diberlakukan bagi seluruh penduduk Aceh guna mengatasi kendala biaya berobat penduduk yang masih memerlukan perbaikan kesehatan akibat konflik bersenjata selama 30 tahun. Dalam pelaksanaannya, pengorganisasian JKA menghadapi berbagai permasalahan baik pada masa persiapan hingga implementasi program. Permasalahan terbesar adalah mengkoordinasi berbagai unsur organisasi yang terlibat dalam pelaksanaan JKA, unsur organisasi tersebut meliputi; Pemerintahan Aceh, Akademisi, PT. Askes, organisasi dan profesi kesehatan, serta civil society. Tulisan ini bertujuan untuk menganalisis berbagai tantangan dalam koordinasi pelaksanaan JKA dengan pendekatan metode Fokus Group Diskusi dan wawancara yang dilakukan pada tahun 2012. Hasil kajian menunjukkan bahwa permasalahan yang dihadapi dalam koordinasi JKA antara lain; lemahnya pemahaman terhadap Grand Desain JKA, ketidakjelasan alur hubungan kerja antar masing-masing unsur organisasi terkait, perbedaan persepsi dalam memaknai dan menerapkan pedoman pelaksana, serta tidak ada standar dan petunjuk teknis koordinasi JKA. Terkait dengan permasalahan tersebut, penulis merekomendasikan antara lain; menguatkan pemahaman grand desain program kepada berbagai unsur organisasi terkait, mengoptimalkan sosialisasi dan diseminasi pedoman pelaksana kepada unsur organisasi terkait, memformulasi hubungan-hubungan kerja antar pengorganisasian, menyusun dan mendiseminasikan standar operasional prosedur tentang koordinasi program antar pengorganisasian JKA, dan menyelenggarakan rapat Tripartit per-triwulan.

Kata Kunci: Jaminan Kesehatan Aceh, Tantangan Koordinasi, Pengorganisasian, Pedoman Pelaksana.

Abstract

Aceh's Health Insurance (JKA) is a health insurance with the concept of universal health insurance and is organized through social insurance mechanisms. JKA is applied for the whole population of Aceh in order to overcome the constrains of cost barriers for the population that still require an improvement as a result of a 30 years armed conflict. In practice, JKA still faces various problems both in the preparation period as well as the implementation of the programs. The biggest problem is coordinating various elements of the organizations that are involved in the implementation of the JKA, these organizational elements include; the Government of Aceh, the academics, PT. Askes, and the organizations and health professionals as well as the civil society. This paper aims to analyze the challenges of coordinating the implementation of JKA through the approach of the Focus Group Discussions method and interviews that were conducted in 2012. The results of the study showed that the problems that were faced in coordinating JKA, among others; lack of understanding of the JKA's Grand Design, the obscurity of the working relationships between each of the elements related to the organization, the differences in the perception of interpreting and implementing the guidelines, and the fact that there was no coordination of standards and technical guidelines of the JKA. Related to these problems, the authors recommend, among others; to strengthen the understanding of the grand design of the programs related to the various elements of the organization, to optimize the socialization and dissemination of guidelines to the related organizations, to formulate working relationships between organizations, to arrange and disseminate the standard operating procedures for the coordination between the JKA programs, and to conduct Tripartit meeting per - quarter yearly.

Key Words: Aceh's Health Insurance, Coordination challenges, Organizing, Guidelines.

*) Penulis mengucapkan terimakasih kepada DR. Raldi Hendro Koestoer (Peneliti di P2K LIPI) atas masukan yang diberikannya dalam tulisan ini.

PENDAHULUAN

Jaminan kesehatan masyarakat merupakan bagian dari program jaminan kesejahteraan sosial nasional. Dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) disebutkan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan untuk menjamin pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan bagi pesertanya. Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional agar dapat dinikmati diseluruh wilayah Indonesia, kemudian diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial agar sumber pendanaannya jelas dan terukur. Meskipun jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional, namun tidak mengurangi peran daerah untuk mengelola jaminan kesehatan yang berbasis lokal. Ditambah lagi, seiring dengan desentralisasi bidang kesehatan sebagai salah satu urusan wajib Pemda¹, maka daerah bertanggung jawab dalam mengupayakan pembangunan kesehatan bagi penduduknya. Perbedaan sosio-ekonomi antar daerah melahirkan beragam upaya pemenuhan hak kesehatan bagi penduduknya. Bagi daerah yang mempunyai dukungan sumber daya dan dana yang memadai, dapat mengembangkan bentuk penjaminan kesehatan dengan berbagai cakupannya (baik bersifat preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif) kepada seluruh penduduknya.

Untuk konteks daerah Aceh, Pemerintahan Aceh pada tahun 2010 telah menerapkan program jaminan kesehatan Aceh atau yang lebih dikenal dengan sebutan program JKA. Program ini diberlakukan bagi seluruh penduduk Aceh yang belum memiliki program jaminan kesehatan apapun, kecuali untuk peserta Jamkesmas (melalui strategi integrasi pembayaran). Penerapan JKA adalah sebagai respon Pemerintah Aceh untuk mengatasi keterbatasan penduduk dalam membayar biaya pengobatan terutama untuk fasilitas-fasilitas kesehatan di RS. Tercatat mencapai 29 persen penduduk Aceh yang tidak memiliki jaminan kesehatan (Dinas Kesehatan Aceh, 2011), mereka kewalahan dalam membayar biaya pengobatan terutama biaya rawat inap dan biaya operasi di RSUD. Selain itu penerapan JKA merupakan perintah Undang-Undang Nomor 11 tahun 2006 Tentang Pemerintahan Aceh (selanjutnya disebut dengan UU PA) yang mewajibkan kepada Pemerintah Aceh, Kabupaten dan Kota untuk memenuhi hak dasar penduduk Aceh mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu berdasarkan standar pelayanan minimal,

¹ Lihat Pasal 7 Ayat 2 huruf b Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota

tanpa diskriminasi dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal².

Penerapan JKA bertujuan untuk meningkatkan akses kepada seluruh penduduk Aceh terhadap layanan kesehatan yang berkualitas, termasuk mengatasi kendala keterbatasan dalam membayar biaya pengobatan dan pelayanan pada fasilitas RS. Dari sisi mengatasi keterbatasan pembiayaan, penerapan JKA telah berhasil membantu membiayai penduduk Aceh untuk berobat secara gratis pada fasilitas kesehatan (terutama pada RSUD Kabupaten dan Kota, RSU Rujukan dr. Zainoel Abidin (RSUZA) di Banda Aceh, dan juga pada sebagian RSU rujukan di Medan dan Jakarta. Hal tersebut terlihat sejak diberlakukan 1 Juni 2010, yang telah meningkatkan pasien JKA pada setiap RSUD Kab/Kota, terutama pada RSUZA Banda Aceh³ yang rata-rata melayani hampir 1.000 pasien per hari, kenaikan angka kunjungan pasien RSUD terjadi sejak berlakunya program pengobatan gratis Jaminan Kesehatan Aceh (Waspada.2010).

Tingginya apresiasi penduduk Aceh dalam memanfaatkan JKA, sudah terjadi pada tahun-tahun awal penerapan JKA. Sejak juni 2010 sampai dengan Desember 2011, jumlah peserta JKA sudah mencapai sebanyak 2.147.972 jiwa atau 44,73 persen dari total penduduk Aceh sebanyak 4.802.137 jiwa. Jumlah penerima JKA tersebut terdiri dari 856.359 jiwa (peserta JKA integrasi Jamkesmas) dan 1.291.613 jiwa (JKA Murni). Distribusi peserta JKA tersebar di 23 Kabupaten/Kota, dapat diperhatikan pada tabel 1.

Distribusi peserta JKA terbanyak berada di Kabupaten Pidie yaitu sebesar 307.833 jiwa atau sebesar 14,33 persen dari total peserta JKA, sedangkan Kabupaten dan Kota dengan jumlah peserta paling sedikit adalah Kota Sabang yaitu 12.675 atau sebesar 0,533 persen dari total peserta JKA. Tinggi dan rendahnya distribusi jumlah peserta JKA di suatu daerah, dipengaruhi oleh besar dan kecilnya jumlah sebaran penduduk di daerah-daerah tersebut, serta jumlah kapita kepesertaan Askes dan Jamsostek yang tidak ditanggung oleh JKA.

Tingginya apresiasi dan minat penduduk Aceh terhadap JKA menandakan kebutuhan dan harapan tinggi penduduk terhadap layanan kesehatan yang berkualitas/bermutu dan terjangkau secara gratis.

² Lihat Pasal 225 Ayat 1 Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh.

³ Rumah Sakit Umum dr. Zainoel Abidin merupakan Rumah Sakit Rujukan Provinsi Aceh yang berada di Ibukota Provinsi Aceh.

Kehadiran JKA telah menjadi solusi mengatasi kendala biaya dalam berobat yang perlu dilanjutkan, mengingat masyarakat juga telah merasakan manfaat berobat secara gratis, yang mana jika tidak berlanjut dikhawatirkan dapat menjadi potensi konflik ketidakpercayaan terhadap program-program Pemerintah Aceh di masa transisi konflik Aceh.

Tabel.1. Jumlah Peserta Jaminan Kesehatan Aceh Tahun 2010-2011

No	Kab/Kota	Peserta		Total	Persentase
		JKA Jamkesmas	JKA Murni		
1	Banda Aceh	18.612	63.749	82.361	3,83
2	Sabang	1.199	11.476	12.675	0,59
3	Aceh Besar	60.699	157.673	218.372	10,17
4	Pidie Jaya	31.527	77.919	109.446	5,10
5	Pidie	97.432	210.401	307.833	14,33
6	Simeulu	24.300	21.586	45.886	2,14
7	Aceh Singkil	16.401	29.969	46.370	2,16
8	Aceh Selatan	100.028	43.544	143.572	6,68
9	Aceh Barat	15.423	70.362	85.785	3,99
10	Aceh Barat Daya	60.534	26.272	86.806	4,04
11	Nagan Raya	20.210	36.047	56.257	2,62
12	Aceh Jaya	11.479	34.785	46.264	2,15
13	Subussalam	15.139	10.830	25.969	1,21
14	Langsa	23.089	30.524	53.613	2,50
15	Aceh Timur	117.091	77.167	194.258	9,04
16	Aceh Tamiang	54.227	79.863	134.090	6,24
17	Aceh Tenggara	6.513	24.162	30.675	1,43
18	GayoLues	5.502	19.544	25.046	1,17
19	Lhoksemaawe	47.341	40.792	88.133	4,10
20	Aceh Utara	50.091	104.978	155.069	7,22
21	Bireun	52.133	69.959	122.092	5,68
22	Aceh Tengah	20.437	32.428	52.865	2,46
23	BenerMeriah	6.952	17.583	24.535	1,14
		856.359	1.291.613	2.147.972	100,00

Sumber: PT. Askes (Persero) Cabang Banda Aceh 2011

Untuk maksud partisipasi (kepemilikan program secara bersama) serta kelancaran penyelenggaraan program JKA, Pemerintah Aceh melibatkan berbagai unsur organisasi yang meliputi unsur Gubernur Aceh, Sekda Aceh, Dinas Kesehatan Aceh, Bappeda Aceh, RSUZA, Tim Asistensi Gubernur Bidang Kesehatan, Legislatif Aceh, Akademisi, Lembaga Profesi di Bidang Kesehatan, Civil Society, Media Massa, dan PT. Askes (Persero) sebagai pelaksana teknis program, yang dilembagakan dalam Pengorganisasian JKA. Namun demikian pelibatan berbagai unsur organisasi tersebut, dalam pelaksanaannya belum berjalan koordinasi secara terpolo dan berkesinambungan. Kondisi tersebut menimbulkan beragam persoalan yang cenderung berulang-ulang terjadi dan terlambat dalam penyelesaiannya. Diantara persoalan tersebut adalah misalnya dalam penyusunan desain program dan penyusunan Pedoman Pelaksana (Manlak) JKA tahun 2010 maupun revisi Manlak JKA tahun 2011 yang belum terlibat seluruh unsur organisasi,

berulangunya kasus keterlambatan pembayaran dana klaim ke Rumah Sakit dan penyaluran dana kapitasi Puskesmas (2010 dan 2011), belum efektifnya sistem pemberian pelayanan rujukan dari Puskesmas, belum validnya data kepesertaan JKA, serta miskomunikasi antara Tim Pengawas dengan penyedia kesehatan dalam pengawasan kepada peserta JKA, dan antara Tim Pengawas dengan tim koordinasi dalam hal mekanisme publikasi hasil pengawasan pelayanan JKA (PKP2A IV LAN, 2010).

Sehubungan dengan persoalan tersebut, dan belum banyak studi yang meninjau tentang implementasi koordinasi pengorganisasian JKA, maka tulisan ini bertujuan mendeskripsikan tentang pola koordinasi penyelenggaraan JKA termasuk tantangan-tantangan pelaksanaan koordinasi program JKA. Manfaat dari tulisan ini diharapkan dapat berkontribusi terhadap perbaikan koordinasi JKA ke depan. Untuk mendukung tulisan ini, Penulis melakukan analisis terhadap data primer berupa point-point penting dari pengelola JKA yang diperoleh melalui *Fokus Group Diskusi* di Banda Aceh. FGD dihadiri oleh Narasumber dari Ketua Komisi F DPRD Bidang Kesehatan, Humas JKA unsur Dinkes, Kepala PT. Askes Cabang Banda Aceh, Direktur Rumah Sakit Zainal Abidin, Perwakilan Kepala Puskesmas di wilayah kerja Kota Banda Aceh, Tim Pengawas JKA, unsur tokoh masyarakat, dan media massa (2012). Kemudian untuk mendukung data primer tersebut, juga dilakukan telaahan data skunder berupa hasil penelitian PKP2A IV LAN, dokumen dan pemberitaan media massa.

KEBIJAKAN DAN DESAIN JAMINAN KESEHATAN ACEH

Jaminan kesehatan semesta atau dikenal dengan *Universal Health Coverage* merupakan sistem layanan kesehatan dimana setiap orang di dalam populasi memiliki akses yang adil terhadap pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, sesuai dengan kebutuhan, dengan kualitas yang bermutu serta dengan biaya yang terjangkau. Hal demikian sesuai dengan Cakupan Universal yang mengandung dua elemen inti: (1) akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu bagi setiap warga; dan (2) perlindungan risiko finansial saat menggunakan pelayanan kesehatan (WHO, 2005).

Program JKA didesain sebagai Jaminan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage*) yang berlaku bagi seluruh penduduk Aceh yang belum memiliki jaminan kesehatan apapun, tanpa memandang status sosial, ekonomi, jenis kelamin dan agama. Secara yuridis program JKA diatur dalam UU No. 11 tahun

2006 Tentang Pemerintahan Aceh (UU PA) dan Qanun⁴ No. 04 Tahun 2010 Tentang Kesehatan Aceh. Dalam kedua ketentuan tersebut, mewajibkan Pemerintah Aceh, Kabupaten dan Kota untuk menyelenggarakan upaya penjaminan kesehatan bermutu bagi setiap penduduknya. Pasal 224 Ayat (1) UU PA disebutkan bahwa “*Setiap penduduk Aceh mempunyai hak yang sama dalam memperoleh pelayanan kesehatan dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal*”. Kemudian dalam Pasal 225 Ayat (1) disebutkan bahwa “*Pemerintah Aceh dan Pemerintah Kabupaten dan Kota wajib memberikan pelayanan kesehatan berdasarkan standar pelayanan minimal sesuai dengan peraturan perundang-undangan, sepanjang tidak bertentangan dengan Syari’at Islam*”.

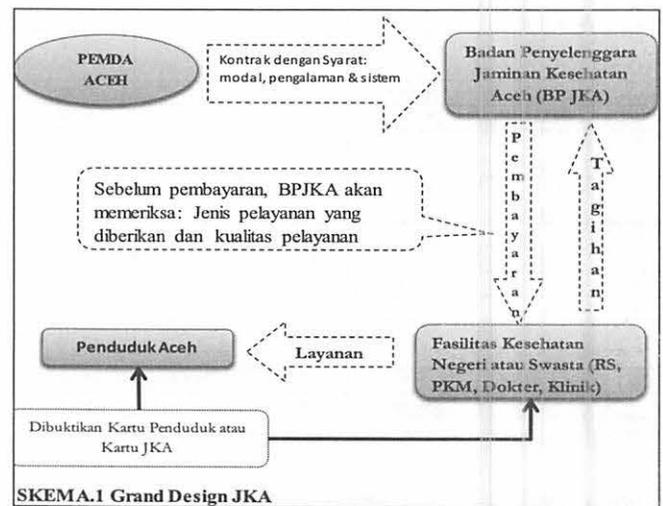
JKA memakai sistem pendanaan perorangan, yang menggunakan pola pengelolaan asuransi kesehatan (Pasal 1 huruf 31 Qanun No. 04 Tahun 2010). Sebagai subsistem pendanaan kesehatan perorangan, Pemerintah Aceh berupaya mengeser tanggung jawab pembiayaan kesehatan oleh perorangan penduduk Aceh menjadi tanggung jawab kolektif Pemerintahan Aceh. Strategi pembiayaannya melalui pengalokasian sejumlah anggaran terlebih dahulu untuk tahun berjalan kepada fasilitas kesehatan milik pemerintah maupun swasta⁵ sebelum pelayanan diberikan ke peserta JKA. Dengan demikian penduduk Aceh yang menjadi peserta JKA tidak perlu membayar biaya pelayanan kesehatan ketika hendak dan selesai berobat. Peserta JKA dibebaskan membayar iuran untuk mendapatkan segala jenis jenjang dan manfaat pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis, mereka cukup datang ke fasilitas kesehatan dengan membawa identitas diri (KTP dan/atau KK) dan persyaratan lainnya yang ditentukan (surat rujukan) untuk mendapatkan jenis pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medisnya.

Adapun kepesertaan JKA terdiri dari: (1) peserta JKA murni (yaitu penduduk Aceh yang belum dijamin dalam program jaminan kesehatan apapun); dan (2) peserta JKA yang telah mempunyai Jamkesmas (peserta JKA Jamkesmas). Untuk peserta JKA Jamkesmas, pembiayaannya dilakukan melalui integrasi pendanaan APBA dan APBN. Sedangkan yang tidak ditanggung dalam program JKA adalah peserta Askes Sosial, peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPK) Jamsostek, dan Pejabat Negara.

⁴ Qanun adalah nama lain dari Peraturan Daerah (Perda). Istilah Qanun merupakan salah satu ke-khususan dalam penyebutan produk hukum di Pemerintahan Aceh.

⁵ Untuk tahun 2010,2011, dan 2012 alokasi pembiayaan masih kepada fasilitas kesehatan negeri.

Dalam Grand Desain Penyelenggara program, JKA dikelola oleh Badan Penyelenggara JKA (BP JKA) yang dibentuk sebagai lembaga tersendiri. Namun karena BP JKA belum terbentuk maka sejak 2010, 2011 dan 2012 pengelolaan program dilakukan oleh PT. Askes (Persero), yang telah memenuhi syarat-syarat meliputi : (i) terdapat cakupan kantor cabang yang luas (*Portabilitas*); (ii) memiliki pengalaman minimal 5 (lima) tahun dalam mengelola asuransi sosial; (iii) memiliki cadangan modal; (iv) memiliki sistem informasi manajemen dan pelayanan memadai. Sebagai pengelola teknis program JKA, PT. Askes melakukan validasi dan verifikasi data kepesertaan JKA, pembayaran dan penagihan atas jasa pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta JKA. Sebelum membayar jasa kesehatan kepada fasilitas kesehatan, maka terlebih dahulu memeriksa jenis pelayanan yang diberikan dan kualitas layanan. Lebih lanjut desain alur program JKA dapat diperhatikan pada gambar 1 berikut;



Gambar 1. Skema Grand Desain Jaminan Kesehatan Aceh

PENGORGANISASIAN JAMINAN KESEHATAN ACEH

Dewasa ini penyelenggaraan pelayanan publik membutuhkan kerjasama dan *Joined Mobilisation of Resources* dengan berbagai aktor diluar pemerintahan. Pelayanan publik dewasa ini tidaklah menjadi domain monopoli pemerintah semata-mata. Kehadiran dan partisipasi elemen-elemen masyarakat menjadi sebuah tuntutan untuk transparansi, akuntabilitas, dan profesionalitas penyelenggaraan kualitas pelayanan publik.

Salah satu pelayanan publik yang memerlukan dan menerapkan *Joined Of Resources* adalah dalam

program JKA di Aceh. Terlihat dalam penyelenggaraan program JKA yang melibatkan berbagai unsur organisasi dengan karakteristik sektor tugas dan fungsi yang berbeda-beda, yang kemudian dilembagakan dalam Pengorganisasian JKA, yang terdiri dari: (i) Tim Koordinasi tingkat Provinsi dan Kabupaten/Kota; (ii) Badan Penyelenggara JKA (dalam hal ini masih dilaksanakan oleh PT. Askes Persero); (iii) Tim Pengawas tingkat Provinsi, Kabupaten/Kota dan Kecamatan; dan (iv) Sekretariat bersama unsur Dinas Kesehatan dan PT. Askes (Persero). Lebih lanjut struktur kelembagaan JKA dapat diperhatikan pada tabel 2 berikut⁶:

Jenjang	Kelembagaan	Unsur-Unsur
Provinsi	Tim Koordinasi	Gubernur, Sekda, Dinkes Aceh, PT Askes (Persero) Regional I. Ka. Bappeda, Ka. DPKKA, Dir. RSUZA, Karo. Hukmas, Karo. Isra, Tim Asistensi Gubernur, Akademis. Ket. Komisi F DPRPA Bidang Kesehatan*
	Sekretariat	Dinkes (unit-unit), dan PT. Askes (Persero) Cabang Banda Aceh
	Badan Penyelenggara JKA	PT Askes (Persero)
	Tim Pengawas	Gubernur, Sekda, Akademisi, Dokter & unsur medis.
Unsur Pemerintah Aceh		
Kab/Kota	Tim Koordinasi	Bupati/Walikota, Sekdakab, Ka. Dinkes Kab/Kota, Kacab. PT. Askes (Persero), Ketua Komisi bidang kesehatan DPRK, Ka. Bappeda, Dir. RSUD.
	Sekretariat	Dinkes kab/kota dan PT. Askes (persero) Kab/Kota.
	Tim Pengawas	Ka. Dinkes & Organisasi Medik dan Non Medik, LSM, dan Tokoh Masyarakat
Kecamatan	Tim Validasi	Unsur Kecamatan dan Desa
	Tim Pengawas	Unsur Kecamatan dan Unsur Dinkes Kab/Kota

*) Keterlibatan Ketua Komisi F DPRPA bidang Kesehatan disebutkan hanya ada pada Manlak 2010, sedangkan pada Manlak Revisi tahun 2011 tidak termasuk lagi sebagai Tim Koordinasi Provinsi. (Penulis tidak menggali lebih lanjut).

Dilihat dari struktur pengorganisasian JKA, dapat klasifikasi 3 (tiga) kelembagaan utama (*core*) penyelenggaraan JKA dengan bentuk tugas dan tanggung jawab yang berbeda-beda, yaitu meliputi (i) Tim Koordinasi; (ii) BP JKA; dan (iii) Tim Pengawas. Kemudian dibentuk 1 (satu) Sekretariat JKA yang berfungsi sebagai *Supporting Unit* program JKA.

Tim Koordinasi berfungsi sebagai regulator dalam penyelenggaraan JKA, yang bersama-sama dengan unsur tim lain merumuskan kebijakan program, mengevaluasi progres program, dan menelaah

kebutuhan anggaran dan keberlanjutan program. Badan Penyelenggara JKA (PT. Askes Persero) bertugas melaksanakan manajemen kepesertaan, manajemen pelayanan kesehatan, dan manajemen keuangan. Sedangkan Tim pengawas melakukan pengawasan dan kendali mutu kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peserta JKA, dan memantau kesesuaian pelaksanaan program JKA dengan Pedoman Pelaksana JKA. Kemudian untuk kelancaran pelaksanaan tugas setiap kelembagaan tersebut dibentuk tim sekretariat program JKA yang unturnya terdiri dari Dinas Kesehatan Aceh dan PT. Askes (Persero) Cabang Banda Aceh. Sebagai supporting unit program, Sekretariat JKA berfungsi sebagai pelaksana dibidang administratif program dan pusat data dan informasi (kehumasan).

Dengan multi unsur sektor organisasi yang terlibat dalam program JKA (*heterogenitas*) merupakan strategi Pemerintah Aceh untuk melahirkan rasa kepemilikan program secara bersama. *Heterogenitas* tersebut ditandai dengan upaya menghimpun dan mengatur sumber daya dalam Pengorganisasian JKA. Namun yang harus dicatat adalah semakin heterogennya unsur dalam sebuah pengorganisasian maka semakin kompleks juga proses koordinasi antar organisasi yang harus dilakukan. Pada konteks tersebut dibutuhkan pembagian dan kejelasan tugas dan fungsi secara detail, perlu disepakati bentuk koordinasi, serta rencana tindak lanjut dari hasil koordinasi yang telah disepakati bersama.

Karakteristik *heterogenitas* dalam pengorganisasian JKA, disatu sisi dari aspek kebijakan merupakan nilai positif terhadap pengakuan prinsip-prinsip demokrasi dan partisipasi publik. Akan tetapi dari aspek implementasi, koordinasi penyelenggaraan program JKA masih ditemukan beragam kelemahan dalam metode dan tindak lanjut hasil koordinasi. Kondisi tersebut dapat ditelaah dari dinamika penyelenggaraan program JKA sejak tahapan perencanaan maupun implementasi program.

DINAMIKA KOORDINASI DAN PERMASALAHANNYA

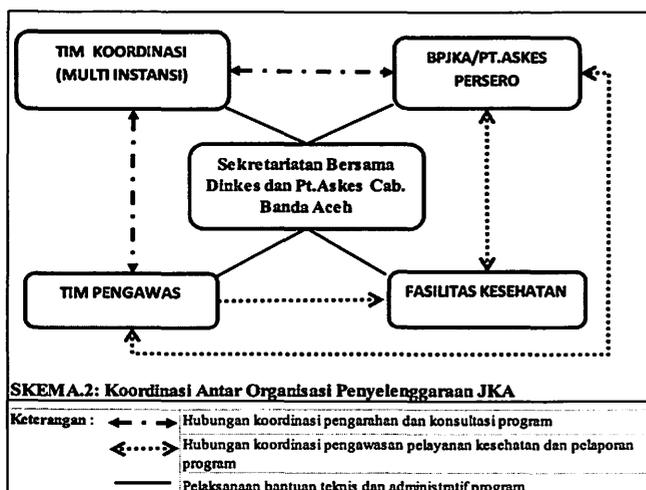
Salah satu komponen terpenting dalam pengorganisasian adalah adanya hubungan-hubungan koordinasi yang baik antar organisasi untuk terciptanya keselarasan dan kesatuan usaha (Terry dan Rue. 1992). Dalam sebuah pengorganisasian, koordinasi dimaknai serangkaian proses yang menghubungkan, mengintegrasikan dan menyelaraskan berbagai bentuk kepentingan organisasi yang terlibat, untuk mewujudkan tujuan yang telah

⁶ Disarikan dari Peraturan Gubernur Aceh Nomor 56 Tahun 2011 tentang Revisi Pedoman Pelaksana JKA 2011

disepakati. Pentingnya koordinasi pada dasarnya merupakan salah satu aspek dalam pengendalian program⁷.

Dalam penyelenggaraan sebuah program yang terlibat multipihak, untuk terlaksananya koordinasi yang efektif maka perlu dibangun kesamaan persepsi, keterlibatan aktif seluruh unsur organisasi mulai dari perencanaan, pelaksanaan dan monitoring dan evaluasi, dan pelebagaan bentuk-bentuk komunikasi dan pertemuan secara berkala. Pendekatan dan mekanisme dalam koordinasi tersebut diarahkan kepada : (1) koordinasi terpadu, yakni keterpaduan pekerjaan yang menunjukkan keadaan yang saling mengisi dan memberi; (2) koordinasi berkesinambungan, yaitu rangkaian kegiatan yang saling menyambung, selalu terjadi, selalu diusahakan dan selalu ditegaskan adanya keterkaitan dengan kegiatan sebelumnya; dan (3) strategi kepanitiaan (*committee*) dalam bentuk-bentuk pertemuan berkala (*operational meeting*). Pertemuan *committee* penting untuk mendiskusikan progress program, dan menemukan kesepakatan bersama untuk keberlanjutan program.

Terkait dengan program JKA, untuk mewaahi *heterogenitasnya* pengorganisasian JKA, dibangun pola koordinasi dalam bentuk forum pertemuan berkala membahas tentang : (i) Perumusan dan penetapan kebijakan JKA; (ii) Analisis kebutuhan tarif dan prosedur pelayanan; (iii) validasi atas laporan pengawasan program; (iv) analisis kebutuhan pembiayaan program; (v) monitoring dan evaluasi. Pelaksanaan koordinasi bertujuan untuk sinkronisasi penyelenggaraan program dan pengambilan rencana tindak lanjut program. Lebih lanjut skema koordinasi JKA dapat diperhatikan pada skema 2 berikut:



⁷(<http://govmedikz-edikz.blogspot.com/2011/01/koordinasi-pemerintahan.html>).

Ruang lingkup koordinasi dilakukan dalam hal: (i) pengarah dan konsultasi program, yang terjadi antara Tim Koordinasi, PT. Askes dan Tim Pengawas; dan (ii) hubungan koordinasi dalam hal pengawasan pelayanan kesehatan, yang terjadi diantara PT. Askes, Tim Pengawas dan RSU. Namun, implementasi hubungan-hubungan koordinasi tersebut masih menimbulkan berbagai permasalahan. Kondisi tersebut terlihat dari tahapan Penyusunan, Pelaksanaan dan Pengawasan program JKA.

a. Permasalahan Pada Tahapan Penyusunan Program JKA

Penyelenggaraan JKA sudah mengalami beragam dinamika persoalan sebelum JKA efektif diterapkan 1 Juni 2010, kondisi tersebut dapat ditelaah dari beberapa hal, yaitu:

- 1) Belum tersedia database peserta JKA. Belum ada pemilahan jumlah penduduk Aceh yang sudah mempunyai Jaminan Kesehatan dengan belum. Salah satu dampak negatifnya adalah terjadi peningkatan jumlah data penduduk Aceh semenjak JKA diterapkan. Dalam rentang satu tahun (2010-2011) dari 4.486.570 jiwa (BPS, 2010) penduduk Aceh meningkat menjadi 4.802.137 Jiwa (Dinkes Aceh, 2011), artinya terjadi peningkatan sebesar 315.567 jiwa. Kondisi tersebut berpotensi terjadi ketidaktepatan sasaran penerima layanan JKA.
- 2) Penyusunan pedoman pelaksana (Manlak) JKA⁸ 2010 belum melibatkan peran aktif unsur organisasi JKA. Bahkan unsur RSU sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan kepada peserta JKA kurang terlibat dalam penyusunan draf dan pembahasan Manlak.
- 3) Penetapan dan pendistribusian Manlak 2010 terlambat dilakukan. Dampaknya adalah RS memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien JKA selama 3 (tiga) bulan terhitung dari Juni s.d Agustus 2010 tanpa Manlak JKA. Direktur RSU dr. Zainoel Abidin Banda Aceh (2011) menyatakan bahwa⁹:

“...Dalam penyusunan Manlak 2010 dan Revisi 2010, pihak Rumah Sakit dan penyedia kesehatan

⁸ Manlak adalah pedoman umum pelaksanaan pelayanan JKA yang memuat pengaturan jenis-jenis pelayanan kesehatan kepada peserta JKA (bukan dokumen yang memuat rincian tugas masing-masing organisasi dan mekanisme pelaksanaan tugas tersebut dilakukan).

⁹ Wawancara dengan dr. Taufik Mahdi, Sp. OG. Tanggal 10 Juli 2012.

lainnya kurang dan terbatas dilibatkan. Padahal, kami merupakan pihak pertama yang akan menerapkan Manlak JKA kepada pasien JKA. Akibatnya, kami mengalami kesulitan dalam memaknai dan memenuhi pedoman layanan kepada pasien JKA, sehingga yang terjadi adalah klaim-klaim atas jasa pelayanan yang telah kami berikan tidak dapat dibayarkan oleh PT. Askes (Persero), karena menurut mereka tidak sesuai Manlak”.

- 4) Pengenalan program JKA kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Direktur RSUD Kabupaten/Kota dilakukan pada tanggal 27 Mei 2010 di Banda Aceh (yang artinya 3 hari sebelum JKA efektif diterapkan per 1 Juni 2010), dan pertemuan kedua dilakukan pada 20 Agustus 2010. Menurut pimpinan PT. Askes (Persero) Kantor Aceh Tengah menyebutkan bahwa ¹⁰:

“..Program JKA tidak diawali dengan sosialisasi secara efektif, seluruh jajaran PT. Askes (Persero) se-Aceh dikumpulkan pada 29 s.d. 30 Mei 2010 di Banda Aceh. Hasil pertemuan tersebut, mengharuskan Kami untuk melaksanakan program JKA mulai 1 Juni 2010, meskipun belum ada Manlak resminya”.

b. Permasalahan Pada Tahapan Pelaksanaan dan Pengawasan Program

Dalam masa pelaksanaan dan pengawasan program berjalan, berbagai dinamika permasalahan yang terjadi antara lain adalah:

- 1) Dalam penyusunan Manlak JKA edisi revisi tahun 2011 belum melibatkan seluruh unsur pengorganisasian JKA secara aktif. Kemudian juga, pengesahan dan Manlak Revisi 2011 tersebut terlambat dilakukan yaitu pada November 2011.
- 2) Proses validasi dan verifikasi database kepesertaan JKA disebabkan karena terlambatnya kerjasama program antara Pemerintah Aceh dengan PT. Askes (Persero) yaitu pada 2010 (saat program berjalan).
- 3) Dalam penyusunan Daftar Obat Tambahan (DOT) JKA 2011 sebagai pengganti obat yang tidak tersedia dalam Daftar Platform Harga Obat (DPHO) Askes, belum sepenuhnya melibatkan partisipasi aktif PT. Askes (Persero) dan tim Medik RS. Sedangkan pada satu sisi jika ada

penggantian maupun penambahan obat sebagai pengganti DPHO Askes haruslah disusun melibatkan PT. Askes (Persero). Menurut PT. Askes bahwa kandungan unsur obat dalam DOT sebenarnya sudah terdapat dalam DPHO Askes, hanya saja nama/merek obatnya yang berbeda.

- 4) Pembayaran dana klaim pelayanan kesehatan oleh Rumah Sakit dan dana Kapitasi Puskesmas mengalami keterlambatan.
- 5) Pelayanan rujukan kesehatan ke RS dari Puskesmas belum berjalan efektif. Kondisi tersebut mengakibatkan pembulanan pasien JKA pada setiap RSU, terutama di RSUZA Banda Aceh. Prosedur dan syarat pemberian surat rujukan belum sepenuhnya didasarkan kebutuhan medis pasien, melainkan diberikan atas permintaan pasien (APP). Selain itu terhadap pasien rujukan, juga perkembangan mediknya tidak dilaporkan kembali (*feedback*) ke Puskesmas.
- 6) Permasalahan pada tahapan pengawasan program, ditemukan dalam hal pelaporan hasil pengawasan layanan kesehatan JKA oleh Tim Pengawas. Pelaporan hasil pengawasan belum disepakati mekanisme terkait verifikasi dan publikasi hasil temuan. Selama ini hasil pengawasan dipublikasi melalui media massa, tanpa terlebih dahulu adanya proses verifikasi bersama-sama dengan Dinkes, PT. Askes dan Tim Koordinasi.

POLA KOORDINASI DAN FAKTOR PENYEBAB

a. Pola koordinasi

Berbagai dinamika permasalahan dalam penyelenggaraan JKA semenjak perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan program menandakan bahwa proses koordinasi antar pengorganisasian JKA belum terpolakan dan berkesinambungan. Koordinasi cenderung dilakukan jika sudah terjadi permasalahan di lapangan. Selain itu proses koordinasi belum melibatkan keseluruhan unsur organisasi. Koordinasi cenderung terjadi diantara Dinkes Aceh, RS dr. Zainoel Abidin Banda Aceh, dan PT. Askes (Persero) Cabang Banda Aceh. Pola koordinasi yang terjadi selama ini belum mampu mewartakan dan mempertemukan keseluruhan unsur tim pengorganisasian JKA dalam forum-forum bersama secara rutin dan berkala. Ketua Komisi F bidang kesehatan DPRA (2011)

¹⁰ Wawancara dengan dr. Rini. Tanggal 11 Juli 2012

menyebutkan bahwa¹¹:

“... Penyelenggaraan JKA belum ada kondisi yang jelas dalam mekanisme koordinasi program. Di antara tim masing-masing jalan sendiri tidak ada saling koordinasi, misalnya tim pengawas, tidak berkoordinasi dengan tim koordinasi dan dinas kesehatan dan rumah sakit dalam publikasi hasil-hasil pengawasan. Ini kesannya kita saling menuding diri sendiri. Tim Pengawas menuding Rumah Sakit, dan sebagainya, seharusnya sebelum di ekpose harus dibahas untuk verifikasi kebenarannya terlebih dahulu”.

b. Faktor Yang Mempengaruhi Pola Koordinasi JKA

Belum efektifnya pelaksanaan koordinasi antar pengorganisasian Jaminan Kesehatan Aceh (JKA) disebabkan faktor-faktor sebagai berikut:

- 1) Perencanaan Desain program belum melibatkan keseluruhan unsur tim pengorganisasian JKA.
- 2) Sosialisasi program terlambat dilakukan kepada penyelenggara JKA baik di tingkat Provinsi maupun Kabupaten/Kota, sosialisasi dilakukan dalam rapat yang dihadiri oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, Manajemen Rumah Sakit Umum Daerah, dan Manajemen PT. Askes. Sosialisasi dilakukan 3 hari sebelum program JKA efektif diterapkan per 1 Juni 2010.
- 3) Terjadi perbedaan persepsi diantara unsur organisasi penyelenggaraan JKA dalam memaknai pedoman pelaksana JKA. Kondisi ini disebabkan karena terlambatnya pengesahan dan distribusi Manlak ke seluruh unsur organisasi. Distribusi Manlak dilakukan pada September 2010, sedangkan JKA sudah diterapkan sejak 1 Juni 2010.
- 4) *Heterogenitasnya* unsur dan sektor organisasi yang terlibat dalam pengorganisasian JKA, belum didukung dengan kejelasan uraian tugas dan kewenangan di masing-masing unsur.
- 5) Belum ditetapkan organisasi yang bertanggung jawab memfasilitasi/ melaksanakan forum-forum koordinasi bersama. Hingga saat ini, meskipun Tim Koordinasi telah dibentuk, akan tetapi fungsi fasilitasi koordinasi masih melekat kepada Dinkes

Aceh sebagai Satuan Perangkat Kerja Aceh (SKPA), yang merupakan pelaksana teknis dan penanggung jawab pengelolaan bidang kesehatan di daerah.

KESIMPULAN

Komitmen Pemerintahan Aceh dalam menciptakan kemudahan akses layanan kesehatan kepada Masyarakat Aceh direalisasikan dalam bentuk program kesehatan gratis Jaminan Kesehatan Aceh (JKA), yang menganut konsep cakupan *Universal Health Coverage* (terutama bagi penduduk yang belum dijamin sama sekali dalam jaminan kesehatan yang lainnya, kecuali untuk peserta JKA), dan dikelola menggunakan sistem asuransi sosial, serta berlaku untuk seluruh peserta JKA dalam ruang lingkup teritorial Indonesia.

Sebagai sebuah layanan kesehatan cakupan semesta, JKA dalam perencanaan dan implementasinya masih ditemukan beragam kelemahan. Dalam penyusunan program (Pra JKA) adalah dalam hal (i) belum tersedianya database calon peserta JKA; (ii) lemahnya intensitas dan kualitas sosialisasi program; (iii) rendahnya penguatan kapasitas SDM pengorganisasian JKA; serta (iv) belum adanya bentuk dan mekanisme koordinasi yang terpola. Sedangkan dalam masa pelaksanaan dan pengawasan program adalah dalam hal: (i) belum adanya mekanisme pengawasan dan pelaporan hasil pengawasan layanan kesehatan JKA secara formal; dan (ii) perbedaan persepsi pada sebagian unsur penyelenggaraan JKA dalam memaknai Manlak JKA.

Pelibatan multi unsur dalam pengorganisasian JKA merupakan upaya menciptakan rasa kepemilikan dan tanggung jawab bersama atas program JKA, dan sebagai kontrol publik terhadap penyelenggaraan JKA. Akan tetapi karena lemahnya pemahaman terhadap Manlak, Ketidakjelasan tugas dan fungsi masing-masing tim, dan belum tersediaan bentuk, mekanisme dan organisasi yang bertanggung jawab menyelenggarakan/memfasilitasi Koordinasi justru menyebabkan ketidaklancaran program JKA. Ketidaklancaran tersebut telah mempengaruhi dan menyebabkan: (i) keterlambatan pembayaran klaim RS dan dana kapitasi ke Puskesmas; (ii) belum selesainya penyusunan database kepesertaan JKA; (iii) belum tersedianya mekanisme pengawasan dan pelaporan program.

Berbagai dinamika permasalahan dalam penyelenggaraan JKA yang disebabkan oleh faktor koordinasi yang belum terpola dan berkesinambungan,

¹¹ Petikan hasil pernyataan dalam Focus Group Diskusi tanggal 15 Oktober 2011 di Pusat Kajian Pendidikan dan Pelatihan Aparatur IV LAN-Aceh

terbukti telah menyebabkan ketidaklancaran pelaksanaan program, kondisi tersebut juga berpotensi terhadap keberlanjutan Program JKA ke depan. Berdasarkan dinamika tersebut, tulisan ini menyarankan: (i) Sekretariat bersama Dinas Kesehatan Aceh dan PT. Askes penting untuk mengambil peran untuk melakukan sosialisasi program dan diseminasi Manlak JKA kepada seluruh unsur penyelenggaraan JKA (terutama kepada Tim Koordinasi dan Tim Pengawas serta pihak RS dan Puskesmas); (ii) Perlu dibentuk forum pertemuan tripartit berkala pertriwualn (antara Tim Koordinasi, Tim Pengawas dan PT. Askes (Persero)); (iii) forum pertemuan Tripartit perlu melahirkan formulasi pola dan agenda koordinasi berkala pengorganisasian JKA; (iv) kemudian untuk mewadahi keterlibatan pihak Kab/Kota, maka penyampaian hasil-hasil kesepakatan bersama di tingkat Provinsi perlu disampaikan kepada Kabupaten dan Kota serta Kecamatan; (v) Perlu ada sinergi antara Program JKA dan Unit Kesehatan Masyarakat Dinkes agar tercipta keseimbangan layanan yg bersifat kuratif-rehabilitatif dan promotif-preventif; (vi) Dinas Kesehatan Aceh perlu melakukan supervisi kepada Puskesmas untuk mengefektifkan pemberian surat layanan rujukan JKA.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah. Sit. 2011. Dialectical Model Dalam Jejaring Kebijakan (Policy Network). *Jurnal Transformasi Administrasi*, Vol. I No.02: 113-119.
- Bangun. Sastroy. 2010. Rumah Sakit Zainal Abidin Alami Kenaikan Kunjungan. http://www.waspada.co.id/index.php?option=com_content&view=article&id=140071:rsuza-alami-kenaikan-kunjungan&catid=13:aceh&Itemid=26. Diakses tanggal 22 Oktober 2012.
- Dinas Kesehatan Aceh. 2011. Laporan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Aceh. Banda Aceh.
- Hermawan. Medika. 2011. Koordinasi Pemerintahan. <http://govmedikzmedikz.blogspot.com/2011/01/koordinasi-pemerintahan.html>. Diakses 6 Juli 2012.
- Lumingkewas. Alfons. 2011. Makalah Pengantar Manajemen Koordinasi Dan Rentang Manajemen. <http://www.scribd.com/doc/55330267/Koordinasi-Dan-Rentang-Manajmen>. Diakses 6 Juli 2012.
- Pusat Kajian dan Pendidikan dan Pelatihan Aparatur IV Lembaga Administrasi Negara. 2011. Efektifitas Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Aceh. Banda Aceh.
- Terry, G.R. dan Leslie, W.R. 1992. *Dasar-dasar Manajemen*, Jakarta: Bumi Aksara.
- WHO. 2005. Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System. *Technical Brief For Policy-Makers*. Number 1, 2005. World Health Organization, Department of Health Systems Financing, Health Financing Policy.
- Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2006 tentang Pemerintahan Aceh.
- Peraturan Pemerintah Nomor 38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota.
- Permendagri Nomor 33 Tahun 2008 tentang Pedoman Hubungan Kerja Organisasi Perangkat Daerah dalam Penyelenggaraan Pemerintahan daerah.
- Qanun Aceh Nomor 04 Tahun 2010 tentang Kesehatan Aceh.
- Peraturan Gubernur Aceh Nomor 65 Tahun 2011 tentang Pedoman Pelaksana Jaminan Kesehatan Aceh.
- Perjanjian Kerja Sama Antara Pemerintah Aceh dengan PT. Askes (Persero) Nomor 09/PKS/2010 dan 154/KTR/0610 pengelolaan Manajemen Jaminan Kesehatan Aceh.

PERKIRAAN DAMPAK ACFTA TERHADAP KESEMPATAN KERJA PADA INDUSTRI TEKSTIL DAN PRODUK DARI TEKSTIL DI INDONESIA

(*THE ESTIMATED IMPACT OF ACFTA ON EMPLOYMENT OPPORTUNITIES IN THE TEXTILE INDUSTRY AND TEXTILE PRODUCTS IN INDONESIA*)

Zantermans Rajagukguk

Profesor Riset pada Pusat Litbang Ketenagakerjaan, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi
kingucok@yahoo.com

Abstrak

ASEAN-China Free Trader Agreement (ACFTA) merupakan bahan pembicaraan dan kajian yang menarik. Banyak kalangan yang melihatnya sebagai suatu langkah maju yang akan memberikan dampak positif bagi kesempatan kerja, tetapi tidak sedikit pula yang berpandangan sebaliknya, terutama dampaknya terhadap Industri Tekstil dan Produk dari tekstil (TPT). Tulisan ini merupakan ringkasan dari penelitian yang dilakukan oleh Penulis sebagai Peneliti pada Pusat Litbang Ketenagakerjaan, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi. Pendekatan analisa yang akan dilakukan dalam memperkirakan dampak ACFTA adalah *Dynamic Social Accounting Matrix (DySAM) Analysis* (menganalisa trade-output-employment), sebuah pendekatan yang mendapat perhatian belakangan ini. Dari hasil simulasi melalui pendekatan DySAM yang digunakan menunjukkan bahwa tanpa ada dukungan nyata berupa kebijakan insentif untuk memitigasi dampak ACFTA, maka penurunan bea masuk (tariff) impor sebagai konsekuensi dari penerapan ACFTA akan memberikan dampak negatif baik terhadap output maupun penyerapan tenaga kerja pada Industri TPT. Hasil simulasi menunjukkan bahwa semakin banyak penurunan bea masuk, semakin banyak pula penurunan output dan penyerapan tenaga kerja. Berdasarkan kesimpulan tersebut di atas, maka pemerintah dan seluruh pihak terkait perlu melakukan berbagai langkah, baik yang bersifat pencegahan maupun penanggulangan terhadap dampak pelaksanaan ACFTA.

Kata Kunci: Perdagangan Bebas, Kesempatan Kerja, Indonesia.

Abstract

ASEAN-China Free Trade Agreement (ACFTA) does not only serve as talking point but also works as an interesting study. Some circles see it as a step forward that will provide a positive impact for the employment, however, there are others who think otherwise, especially when it comes to its impact on the textile industry and products (TPT). This paper is a summary of the research that was conducted by the author as a researcher for the Center for Employment Research, the Ministry of Manpower and Transmigration. The analytical approach that will be taken in estimating the impact of ACFTA is the Dynamic Social Accounting Matrix (DySAM) Analysis (analyzing the trade-output-employment), an approach that currently receives a lot of attention. From the results of the simulation using the DySAM approach, it shows that without any real support in the form of incentive policies to mitigate the impact of ACFTA, the reduction in import duties (tariff) as a consequence of the implementation of ACFTA will give a negative impact on the output as well as the employment in the textile industry. The simulation results show that the greater the fall in import duties, the more the reduction in the output and the employment. Based on the above conclusions, the government and all the stakeholders need to take various measures, in both the prevention as well as the mitigation of the impact of the implementation of the ACFTA.

Key Words: Free trade, Employment opportunities, Indonesia.

PENDAHULUAN

Memasuki tahun 2000 an, Indonesia menggerakkan langkah kakinya lebih jauh di dalam kancah perjanjian perdagangan bebas dengan mengikatkan diri pada perjanjian perdagangan bebas antara Negara-negara ASEAN dimana Indonesia adalah salah satu anggota ASEAN, dan bersama dengan Negara China, yakni ASEAN-China Free Trade Agreement (ACFTA).

Pada dasarnya ACFTA adalah suatu mekanisme perdagangan bebas antara China dan ASEAN, dimana rintangan perdagangan antara ASEAN dan China seperti bea masuk dihapuskan, yang akan membantu menurunkan biaya, meningkatkan volume perdagangan dan meningkatkan efisiensi ekonomi. Perjanjian ini sudah ditanda-tangani, dan sebagian sudah berjalan. Untuk sektor yang sudah siap (*early harvest package*) khususnya sektor pertanian dan perikanan sudah berjalan sejak tahun 2004, melalui Normal Track I (NT-I) sudah berjalan sejak tahun 2005, dan mencapai tarif 0% pada tahun 2010. Normal Track II (NT-II) akan mencapai tariff 0% pada tahun 2012. Sedangkan untuk produk yang dikategorikan sensitif (*sensitive list atau SL*) dijadwalkan akan selesai pada tahun 2018.

ACFTA benar-benar menarik perhatian banyak orang dan kalangan. Hal ini terbukti dari cukup banyaknya studi atau kajian yang berupaya mengupas dampak ACFTA terhadap kesempatan kerja. Dari *evidence base* ini dapat diperoleh suatu petunjuk ilmiah bahwa secara umum ACFTA akan memberi manfaat bagi Negara-negara yang terlibat di dalamnya. Namun secara khusus sekaligus ditunjukkan pula bahwa ada beberapa sektor yang akan mengalami defisit lapangan kerja, seperti Industri Tekstil dan Produk dari Tekstil (TPT). Hal ini menjadi menarik karena kondisi yang akan dialami oleh Industri TPT tersebut akan memberi goncangan yang berarti di dalam negeri, karena Industri TPT adalah salah sektor padat karya dan menampung tenaga kerja dengan keterampilan rendah. Oleh karena itu, untuk mencari keyakinan berdasar *evidence base*, sub sektor apa saja di dalam sektor Tekstil yang akan paling merasakan dampak negative ACFTA, perlu dilakukan studi mendalam yang lebih spesifik mengenai dampak ACFTA terhadap kesempatan kerja pada Industri TPT, khususnya yang termasuk dalam kategori NT-II.

Tulisan ini merupakan ringkasan dari penelitian yang dilakukan oleh Penulis sebagai Peneliti pada Pusat Litbang Ketenagakerjaan, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi. Pendekatan analisa yang akan dilakukan dalam memperkirakan dampak ACFTA adalah *Dynamic Social Accounting Matrix (DySAM)*

Analysis (menganalisa trade-output-employment), sebuah pendekatan yang mendapat perhatian belakangan ini.

POLEMIK SEKITAR ACFTA

ACFTA sudah menjadi bahan pembicaraan dan kajian yang menarik. Banyak kalangan yang melihatnya sebagai suatu langkah maju yang akan memberikan dampak positif bagi kesempatan kerja, tetapi tidak sedikit pula yang berpandangan sebaliknya. Oleh karena itu, pada bagian ini akan diuraikan bagaimana silang pendapat yang terjadi.

Seperti dikatakan oleh Sekjen ASEAN, melalui pelaksanaan ACFTA akan tercipta suatu kawasan yang memiliki 1,7 miliar konsumen atau sepertiga dari populasi dunia¹, dengan Produk Domestik Bruto (PDB) US\$ 6,4 triliun atau sekitar sepersembilan total PDB dunia. Selain itu, di kawasan ini akan tercipta pertumbuhan perdagangan tahunan selama periode 2003 – 2008 mencapai 24,2%. Oleh karena itu pantas jika saat ini ACFTA menjadi bentuk kerjasama regional terbesar di dunia selain Uni Eropa dan *North America Free Trade Agreement (NAFTA)*. Lebih lanjut dikatakan bahwa ACFTA akan membantu menurunkan biaya, meningkatkan volume perdagangan dan meningkatkan efisiensi ekonomi. Selain itu juga akan menjamin stabilitas di Asia Timur dan memberikan kesempatan baik negara anggota ASEAN maupun China untuk mempunyai peranan lebih besar dalam perdagangan internasional yang memberikan keuntungan bersama.

Kekuatan ACFTA dapat juga dilihat dari besaran *Foreign Direct Investment (FDI)* China di ASEAN selama tahun 2008 yang mencapai US\$ 2,18 miliar atau meningkat delapan kali lipat dibandingkan tahun 2003. Sementara itu, investasi ASEAN di China pada tahun yang sama sebesar US\$ 5,46 triliun atau meningkat hampir dua kali lipat. Fakta-fakta ini menunjukkan besarnya potensi pasar ACFTA, sehingga diharapkan akan terjadi peningkatan perdagangan bilateral, peningkatan PDB, peningkatan efisiensi ekonomi, penurunan biaya produksi, dan peningkatan investasi tidak hanya bagi China sebagai penggagas tetapi tentunya juga bagi negara-negara ASEAN termasuk Indonesia sebagai mitra dagang. Di samping itu, manfaat pelaksanaan ACFTA bagi terciptanya kesempatan kerja di Negara-negara yang

¹Peningkatan jumlah penduduk selama periode 2000 – 2009 sebesar 7,9% terutama berasal dari China dan Indonesia yang merupakan negara dengan jumlah penduduk terbanyak di kawasan ini, merupakan suatu indikasi dari besarnya potensi pasar ACFTA terutama di China dan Indonesia.

terlibat, dapat dilihat dari ringkasan kesimpulan dari beberapa studi yang terkait dengan pelaksanaan ACFTA sebagai berikut :

Tabel 1. Beberapa penelitian terdahulu mengenai ACFTA

PENELITI	METODE	TEMUAN
ILO, 2009	DySAM	Secara umum ACFTA akan mencipta-kan kesempatan kerja lebih banyak daripada kesempatan kerja yang hilang.
		Salah satu sektor yang akan mengalami defisit kesempatan kerja adalah TPT.
Park et.al, 2008	Trading Indicator and GTAP	Secara keseluruhan ACFTA akan meningkatkan perdagangan, output, dan kesejahteraan regional.
		Dampak pada tiap-tiap Negara akan bervariasi.
		Sangat bermanfaat bagi Negara seperti Singapura, Malaysia, Indonesia, dan Thailand daripada Negara-negara miskin lainnya seperti Kamboja, Laos.
		Prospek pelaksanaan ACFTA sangat optimistik.
Park, 2007	Kualitatif	ASEAN merupakan pasar yang sangat potensial bagi ekspor China, dan juga sumber impor alternatif.
		China merupakan pasar potensial bagi ekspor ASEAN terutama barang-barang modal.
		ACFTA akan memberikan manfaat ekonomi yang signifikan bagi China dan ASEAN.
Jang & McKibbin, 2008	GTAP	China akan memperoleh manfaat lebih besar daripada ASEAN.
UACT	GTAP	China dan ASEAN akan sama-sama memperoleh manfaat ekonomi.
		Indonesia, Malaysia, Singapura akan memperoleh manfaat dari ekspor.

Sementara itu, pada sisi lain, sejak awal, sudah muncul pula pendapat yang berseberangan dari berbagai pihak. Mereka berpendapat bahwa penerapan ACFTA akan berdampak negatif bagi Indonesia, terutama pada produk Industri tertentu, khususnya TPT². Bila ditelusuri lebih mendalam, pesimisme ini didasarkan pada kekuatan Industri TPT China sebelum dan saat

pelaksanaan ACFTA. Faizal Basri³ misalnya. berpendapat bahwa penerapan ACFTA akan merusak Industri nasional, karena produk China yang terkenal murah akan menjadi saingan terberat produk kita, yang selanjutnya akan memicu pemutusan hubungan kerja (PHK) massal. Senada dengan itu, Djimanto dari Apindo memperkirakan seperempat dari 30 juta tenaga kerja akan kehilangan lapangan kerja, yaitu 7,5 juta pekerja. Syamsul Hadi (pakar Hubungan Internasional UI)⁴. juga mengingatkan hal ini. Menurutnya, sekarang ini sekitar 62% dari tenaga kerja kita bekerja di sektor informal seperti usaha kecil menengah. Ketika perusahaan ditutup dan Industri menjadi importir saja, akan semakin banyak porsi tenaga kerja informal di Indonesia. Contohnya adalah pangsa pasar Industri TPT Indonesia di dalam negeri yang saat ini semakin mengalami penurunan. Pada tahun 2005, penguasaan Industri TPT lokal terhadap pasar domestik mencapai 57% namun anjlok menjadi 23% pada tahun 2008.

Kalangan Legislatif di daerah juga turut menyampaikan kekhawatirannya. Hasyim, Anggota Komisi C DPRD Kota Medan⁵. mengatakan bahwa ACFTA akan berdampak negatif terhadap pengusaha di Sumatera Utara, khususnya di kota Medan. Sebab bebas bea masuk yang diberlakukan sejak Januari 2010 ini akan berdampak kepada sistem perekonomian di daerah ini. Dengan berlakunya ACFTA, perdagangan di Medan akan didominasi oleh barang-barang produksi negeri China. Sebelum adanya ACFTA saja, terangnya, harga barang-barang produk China sudah cukup murah.

Dengan adanya pemberlakuan ACFTA, maka harga barang-barang produksi China akan lebih murah lagi, Secara tidak langsung, hal ini akan berdampak kepada sistem perdagangan di kota Medan, dan mengganggu aktivitas para pengusaha. ACFTA akan mengganggu usaha Industri di Medan, baik itu usaha besar, maupun usaha mikro, kecil, dan menengah, perdagangan bebas ini, jelasnya, akan menembus semua sektor perdagangan, sehingga dikhawatirkan akan banyak perusahaan Industri yang bangkrut, karena tidak mampu bersaing dengan produk China. Hal ini, tentu saja, akan berdampak jangka panjang dengan terjadinya peningkatan jumlah pengangguran. Begitu pula halnya dengan kalangan Eksekutif di daerah. Wakil Gubernur Jawa Timur Syaifullah Yusuf⁶. juga khawatir akan dampak pelaksanaan ACFTA di

³Kompas, Oktober 2009.

⁴Kompas, April 2010.

⁵Waspada Online, Februari 2010.

⁶Antara Jawa Timur Online, Agustus 2010.

²Dapat dilihat dalam Buku Putih Balitfo tentang Dampak ACFTA terhadap Kesempatan Kerja, yang diserahkan kepada Menakertrans pada awal 2010.

daerahnya. Menurutnya, keberadaan UMKM di Jawa Timur akan terpukul. Oleh karena itu, Pemprov Jawa Timur akan melakukan upaya mendorong UMKM untuk bisa bertahan dan bersaing menghadapi persaingan di pasar bebas, antara lain dengan memberikan kemudahan kredit permodalan kepada pelaku usaha mikro, kecil dan menengah dengan bunga ringan dan persyaratan perizinan yang mudah.

Poppy Dharsono, salah satu pelaku bisnis Indonesia juga berpendapat sama, dan ia menambahkan bahwa keadaan akan semakin buruk bagi Industri Indonesia bila pemerintah tidak memberikan dukungan melalui kebijakan pembiayaan perbankan dan fasilitasi dukungan lainnya. Pengusaha di China bisa mendapatkan kredit dengan bunga hanya 3% per-tahun, sementara di Indonesia sekitar 12% sampai 15% per-tahun⁷. Lebih lanjut menurut Prasetyo Atmosudidjo Ketua Komunitas UMKM DI Yogyakarta⁸, dengan diberlakukannya ACFTA persaingan produk akan berbeda dengan persaingan sebelumnya. Sebelum China masuk perdagangan dunia, pesaing Indonesia adalah Eropa, Amerika, dan Jepang yang tidak memproduksi barang UMKM, sehingga tidak merugikan kita, Berbeda dengan China yang merupakan pesaing berat dalam dunia usaha karena juga menguasai bidang UMKM. Produk-produk China yang tergolong pesaing berat antara lain batik, kerajinan kayu, bambu, keramik, dan jamu. UMKM DI Yogyakarta yang menghasilkan produk itu akan ikut terkena imbas, apalagi produk jamu China pada 2009 sudah menguasai 40% pangsa pasar di Indonesia. Padahal, UMKM adalah sektor yang sangat padat karya. Untuk DI Yogyakarta saja, UMKM bisa menyerap 99% tenaga kerja, dan secara nasional mencapai 97% dari total unit usaha. Hal ini yang perlu mendapat perhatian pemerintah untuk menyelamatkannya," katanya.

Beberapa studi dan atau analisa yang pernah dilakukan belakangan ini juga menunjukkan bahwa Indonesia belum siap menghadapi perdagangan bebas. Menurut *Managemenet Development* dalam *World Competitiveness Yearbook 2006-2008*, daya saing Indonesia merosot ke peringkat 52 dari 55 negara. Sementara dalam laporan *Doing Business 2013* menyebutkan bahwa daya saing Indonesia berada di peringkat 50 dari 144 negara lebih rendah dari Singapura (peringkat 2), Malaysia (peringkat 25), dan Thailand yang berada pada peringkat 38.

⁷Suara Karya, Maret 2010.

⁸Antara Yogyakarta Online, Juni 2010.

Dengan menggunakan *Revealed Comparative Advantage (RCA)*, analisa yang dilakukan oleh Kementerian Perindustrian pada tahun 2009 telah mengukur produk-produk Industri Indonesia yang mempunyai daya saing dan tidak mempunyai daya saing terhadap produk sejenis dari luar negeri⁹. Ini berarti, juga tidak mempunyai daya saing terhadap produk-produk Industri China dalam rangka ACFTA. Hal ini dilakukan dengan mengevaluasi peranan komoditas tertentu dalam total perdagangan internasional. Secara umum, produk TPT memiliki daya saing yang tidak kuat. ada tahun yang sama, Ina Primiana (ISEI Jabar) dalam analisisnya menyimpulkan bahwa produk TPT Indonesia secara umum akan kalah bersaing dengan produk China. Implikasinya: akan banyak Industri TPT yang terancam kelangsungannya, akibatnya PHK, dan akibatnya akan menambah pengangguran¹⁰. Inti dari semua studi atau analisa di atas adalah bahwa Industri TPT Indonesia akan menghadapi kendala dalam keberlangsungannya, sehingga harus mendapat perhatian khusus.

DYNAMIC SOCIAL ACCOUNTING MATRIX (DYSAM) ANALYSIS

DySAM adalah sebuah pendekatan yang didasarkan pada SAM statis dan beberapa data *time series* perekonomian pendukung lainnya. DySAM dapat memberikan gambaran perekonomian suatu wilayah melalui neraca ekonomidan secara *up to date* serta runtut waktu, sehingga dengan DySAM dapat diperoleh sistem data SAM suatu wilayah yang terbaru. Dengan menggunakan DySAM, peneliti akan memiliki matriks pengganda neraca yang berbeda untuk setiap periode yang selanjutnya akan sangat berguna untuk membandingkan kondisi ekonomi antar dua periode atau lebih.

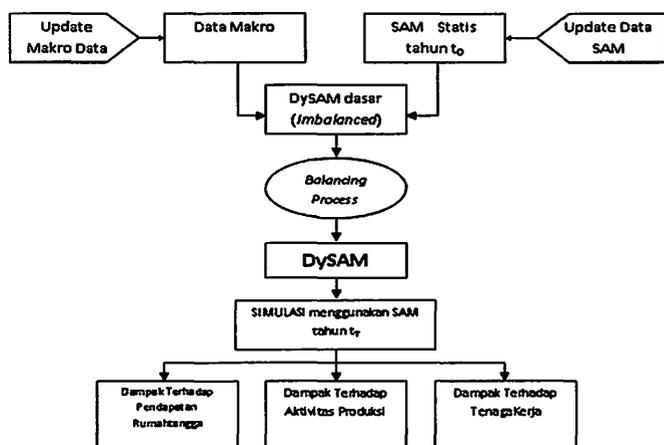
Seperti diketahui, SAM merupakan sistem neraca ekonomi yang bersifat *money-metric* dan *double-entry* yang mencatat seluruh transaksi antar pelaku, institusi dan produksi yang terjadi dalam suatu perekonomian dalam periode waktu tertentu. SAM menggambarkan informasi terkait input dan output, konsumsi rumah tangga, subsidi yang diberikan pemerintah untuk produksi dan institusi, pengiriman uang pekerja (*remittance*), serta ekspor dan impor, dan lain-lain. SAM dapat menjadi kerangka kerja untuk menggambarkan dan menganalisis struktur sosial-

⁹Jadi, analisa ini berlaku secara umum, terlepas dari ada atau tidaknya ACFTA.

¹⁰Belum diketahui model yang digunakan dalam menganalisa dampak.

ekonomi dalam perekonomian. SAM adalah alat analisis yang dapat mensimulasikan potensi dampak dari kebijakan ekonomi terhadap pekerjaan dan distribusi pendapatan dengan menggunakan analisis *multiplier*.

Kerangka kerja DySAM secara sederhana dapat dilihat pada Gambar. 3.2. Secara umum, kerangka kerja ini dibagi menjadi dua bagian, yaitu updating SAM dan simulasi. Untuk melakukan updating SAM diperlukan empat tahapan pekerjaan, sedangkan untuk melakukan simulasi dengan menggunakan updating SAM digunakan kerangka kerja yang sudah dijelaskan sebelumnya.



Gambar 1. Kerangka kerja Dynamic Social Accounting Matrix

Adapun keempat tahapan pekerjaan untuk melakukan updating SAM adalah sebagai berikut:

- (1) Melakukan pemutakhiran data makro dan data sektoral sehingga diperoleh data makro dan sektoral secara time series untuk periode t_0 hingga t_T . Adapun data-data makro dan sektoral yang digunakan antara lain adalah: (i) sektor riil (suplai, produksi dan permintaan); (ii) anggaran pemerintah; (iii) uang dan kredit; (iv) *balance of payments*; (v) populasi; dan (vi) data sektoral and PDB nominal dan ketenagakerjaan.
- (2) Menyiapkan data SAM yang akan digunakan sebagai data dasar SAM statis periode t_0 .
- (3) Membentuk DySAM dasar dengan menggunakan informasi yang berasal dari data makro dan juga berbagai informasi yang berasal dari SAMstatis.
- (4) Melakukan proses *balancing* yang dimaksudkan untuk memperoleh SAM yang memenuhi syarat keseimbangan dan tersedia secara runtut waktu (SAM untuk periode t_0 hingga t_T).

Selanjutnya, untuk melakukan simulasi menggunakan DySAM, perlu diperhatikan beberapa langkah berikut:

- (1) Mendefinisikan instrument dengan memilih variable eksogen yang sesuai dengan tujuan penelitian;
- (2) Dengan menggunakan matriks pengganda neraca dan variable eksogen yang terpilih, aplikasikan persamaan [2] untuk melihat dampak ekonomi dari suatu kebijakan terhadap perekonomian, khususnya pendapatan faktor produksi, pendapatan rumah tangga dan pendapatan sektor produksi;
- (3) Mengaplikasikan persamaan [4] untuk melihat dampak ekonomi dari suatu kebijakan terhadap tenaga kerja.

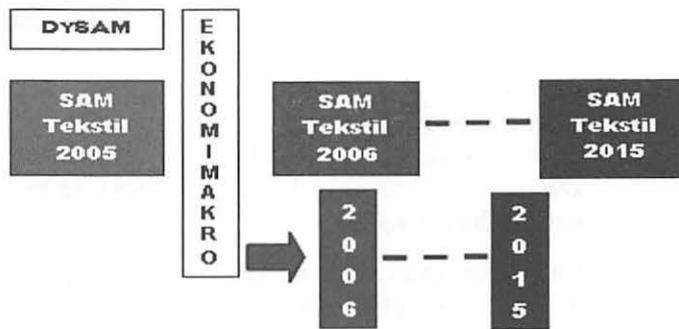
Cara menjadikan agar SAM bersifat dinamis adalah dengan pembentukan dummy SAM di tahun-tahun penelitian. Cara pembentukan dummy SAM adalah dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- (1) Disusun matrik SAM Tekstil 2005
 - (2) Dari matrik tersebut menghasilkan matrik multiplier SAM 2005, yaitu dengan melakukan inverse dari matrik $(I - A)$, dimana $(I - A)$ adalah matrik identitas dikurangi matrik koefisien. Matrik identitas adalah matrik dengan nilai diagonal sama dengan 1 dan lainnya 0. sedangkan matrik koefisien adalah matrik yang diperoleh dari hasil pembagian setiap sel dalam matrik SAM dengan total kolomnya.
 - (3) Selanjutnya dilakukan berapa perkiraan total permintaan tekstil di tahun 2006. Perkiraan dilakukan dengan time series berdasarkan data Industri besar, sedang, dan PDB sub sektor Industri TPT (untuk tahun 2011 sampai 2014 dilakukan estimasi dengan trend, dimana untuk sementara ini menggunakan trend 2009-2010 karena data bea masuk yang tersedia hanya untuk tahun tersebut).
 - (4) Kemudian dilakukan perkalian antara matrik inverse (multiplier) SAM Tekstil 2005 (1) dengan perkiraan total permintaan Tekstil 2006 (2), sehingga diperoleh perkiraan output/nilai produksi seluruh sektor SAM pada tahun 2006. Hasil output tersebut dikatakan sebagai dampak output akibat adanya perubahan permintaan Tekstil.
- Penerjemahan output seluruh sektor dalam SAM tidak sama untuk masing-masing kelompok neraca. Untuk faktor produksi dikenal dengan balas jasa faktor produksi, untuk institusi dikenal dengan pendapatan, dan untuk sektor dikenal dengan output. Sehingga apabila output

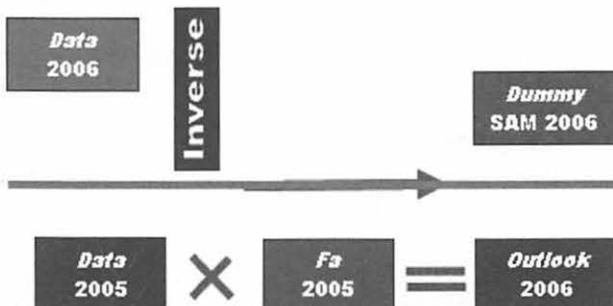
di setiap sektor dikalikan dengan koefisien tenaga kerja, maka akan diperoleh perkiraan penyerapan tenaga kerja di tahun 2006.

- (5) Selanjutnya dilakukan pembuatan dummy SAM 2006, yaitu dengan memperkirakan matrik transaksi antar sektor dengan menggunakan metode RAS dengan berdasarkan transaksi antar sektor dalam SAM 2005.
- (6) Setelah diperoleh dummy SAM 2006, maka langkah selanjutnya adalah membuat matrik multiplier SAM 2006 dengan melakukan inverse dari matrik $(I - A)$.
- (7) Kemudian dilakukan perkalian antara matrik inverse (multiplier) dummy SAM Tekstil 2005 (5) dengan perkiraan total permintaan Tekstil 2007 (6), sehingga diperoleh perkiraan output / nilai produksi seluruh sektor SAM pada tahun 2007. Hasil output tersebut dikatakan sebagai dampak output akibat adanya perubahan permintaan Tekstil. Dari perkiraan output setiap sektor dikalikan dengan koefisien tenaga kerja, maka akan diperoleh perkiraan penyerapan tenaga kerja di tahun 2007.
- (8) Proses pembuatan dummy SAM, inverse, perkalian dengan estimasi permintaan Tekstil dan hasil perkiraan output tenaga kerja dilakukan sampai tahun 2015.

Gambaran sederhana dari langkah-langkah diatas dapat dilihat pada Gambar. 2 yang menjelaskan gambaran ringkas penyusunan DySAM; dan Gambar. 3 yang menjelaskan penyusunan dummy SAM 2006.

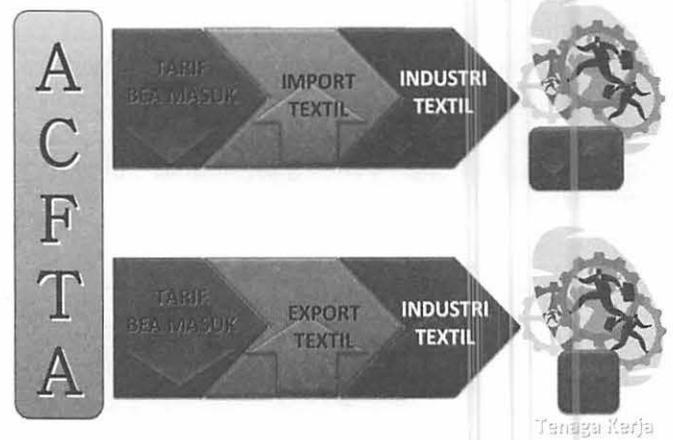


Gambar 2. Bagan ringkas penyusunan DySAM



Gambar 3. Bagan penyusunan dummy SAM 2006 PERKIRAAN DAMPAK TERHADAP INDUSTRI TPT KATEGORI NT-II

Secara sederhana, alur pikir dampak ACFTA terhadap kesempatan kerja di industri TPT dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 4. Alur pikir dampak ACFTA terhadap kesempatan kerja

Dalam tulisan ini, sektor TPT dikelompokkan menjadi lima sektor Tekstil. Sedangkan klasifikasi DySAM nya diklasifikasikan menjadi 119 sektor, yakni:

- | | |
|---|----|
| (1) Faktor produksi tenaga kerja sektor | 16 |
| (2) Faktor produksi bukan tenaga kerja sektor | 1 |
| (3) Institusi rumahtangga sektor | 10 |
| (4) Institusi perusahaan sektor | 1 |
| (5) Institusi pemerintah sektor | 1 |
| (6) Sektor produksi sektor | 28 |
| (7) Margin perdagangan dan angkutan sektor | 2 |
| (8) Komoditi domestik sektor | 28 |
| (9) Komoditi impor sektor | 28 |
| (10) Neraca kapital sektor | 1 |
| (11) Pajak tidak langsung neto sektor | 2 |
| (12) Luar negeri sektor | 1 |

Untuk memudahkan melihat hasil analisis, maka terlebih dahulu dibuat agregasi/rekapitulasi sektor yang lebih menggambarkan output/pendapatan dari transaksi sektor, yaitu menyederhanakan jumlah sektor

dari 119 sektor menjadi 22 sektor. Sektor lain tidak lagi disajikan karena lebih pada proses transaksi antar sektor. Klasifikasi rekapitulasi sektor termaksud dapat dilihat dengan jelas pada Tabel.2.

(3) peningkatan output seluruh sektor tersebut akan meminta tambahan faktor produksi, baik tenaga kerja maupun bukan tenaga kerja, sehingga pada akhirnya akan mendorong adanya peningkatan

Tabel 2. Klasifikasi rekap sektor DySAM Tekstil Indonesia

Uraian			
Faktor Produksi	Tenaga kerja	Pertanian	1-4
		Produksi, Operator Alat Angkutan, Manual dan buruh kasar	5-8
		Tata Usaha, Penjualan, Jasa-Jasa	9-12
		Kepemimpinan, Ketatalaksanaan, Militer, Profesional dan Teknisi	13-16
	Bukan tenaga kerja	17	
Institusi	Rumahtangga	18-27	
	Perusahaan	28	
	Pemerintahan	29	
Sektor Produksi	Pertanian	30-34	
	Pertambangan	35-36	
	Industri Tekstil jadi, kecuali Pakaian Jadi	38	
	Industri Barang rajutan	39	
	Industri Pakaian Jadi	40	
	Ind. Kapuk, Benang, kain tenun dan batik, bulu tiruan	41	
	Ind. Penyamakan kulit, barang dari kulit dan alas kaki	42	
	Industri Lainnya	37,43-45	
	Listrik, Gas Dan Air Minum	46	
	Konstruksi	47	
	Perdagangan, Restoran dan Hotel	48-50	
	Angkutan dan Komunikasi	51-53	
	Lembaga keuangan, Real Estate dan Jasa Perusahaan	54-55	
	Jasa-jasa	56-57	

Berdasarkan penjelasan tersebut di atas, maka penyajian seluruh simulasi dari perubahan-perubahan bea masuk impor dan simulasi kebijakan lainnya, akan disajikan dalam bentuk klasifikasi ini. Sedangkan klasifikasi rekap yang lengkap akan disajikan hanya sebagai lampiran, baik DySAM nya maupun hasil simulasinya. Selanjutnya, angka permintaan Tekstil tersebut kemudian dikalikan dengan matrik multiplier DySAM tahun sebelumnya, sehingga diperoleh output seluruh sektor dari tahun 2006 - 2015.

Rekapitulasi hasil simulasi dampak kenaikan permintaan Tekstil tanpa adanya perubahan tarif impor menunjukkan adanya peningkatan output di seluruh sektor. Secara runtut dapat dikatakan bahwa:

- (1) pertumbuhan permintaan Tekstil akan mendorong pertumbuhan output Tekstil untuk memenuhi kebutuhan tersebut,
- (2) selanjutnya, meningkatnya output Tekstil akan mendorong pertumbuhan output sektor lain terutama yang merupakan bahan baku dan bahan penolong Industri Tekstil, yang berarti output seluruh sektor akan bergerak naik,

balas jasa faktor produksi tenaga kerja maupun bukan tenaga kerja,

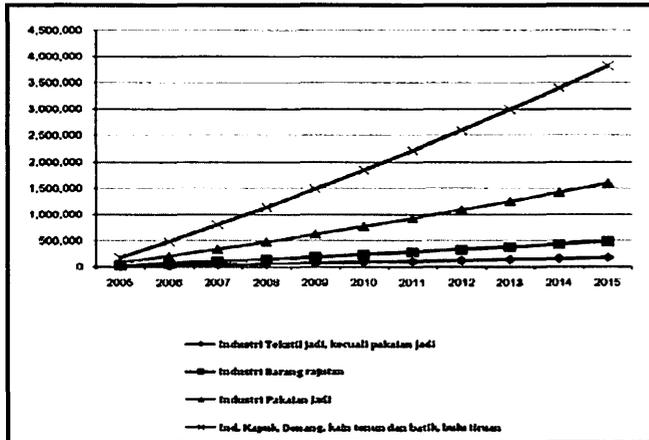
- (4) peningkatan balas jasa faktor produksi tersebut akhirnya menjadi pendapatan institusi rumahtangga, perusahaan dan pemerintah. Adanya peningkatan pendapatan tersebut akan mendorong institusi untuk melakukan pertumbuhan konsumsi oleh institusi.
- (5) peningkatan konsumsi tersebut akan mendorong pertumbuhan output seluruh sektor, kemudian mendorong permintaan faktor produksi, lalu meningkatkan pendapatan institusi dan mendorong konsumsi. Dan seterusnya, berputar terus makin lama efeknya makin kecil.

Berikut ini akan disajikan dampak ACFTA terhadap output dan penyerapan tenaga kerja pada Industri TPT 2010 - 2015 sebagai hasil simulasi DySAM. Seperti telah disampaikan sebelumnya, penyajian hasil analisis ini akan dibagi menjadi tiga, yakni: tanpa ada penurunan bea masuk impor (kondisi business as usual), ada penurunan bea masuk sebesar 1%, dan ada penurunan bea masuk sebesar 5%.

DAMPAK TERHADAP OUTPUT SEKTOR

a. Bila Tidak Ada Penurunan Bea Masuk

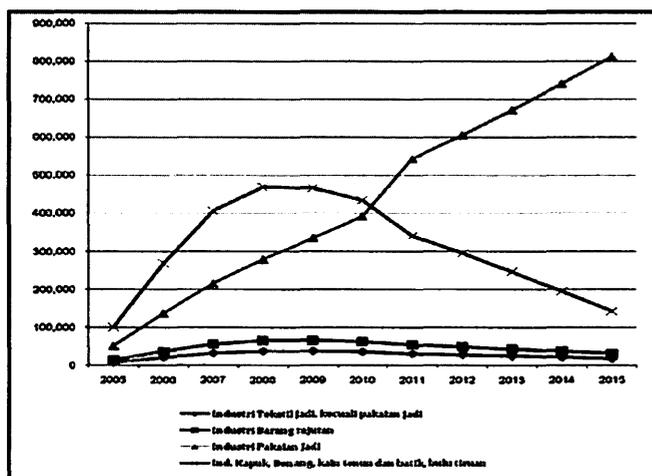
Seperti terlihat pada Grafik. 1, bila bea masuk tidak mengalami penurunan, maka akan terjadi peningkatan output terus menerus pada Industri TPT, dimana kelompok yang mengalami pertumbuhan paling tinggi adalah kelompok Pakaian Jadi yakni sebesar 2 860,8%.



Grafik 1. Output Industri TPT tanpa ada penurunan bea masuk tahun 2010-2015 (Rp milyar)

b. Bila Bea Masuk Turun 1%

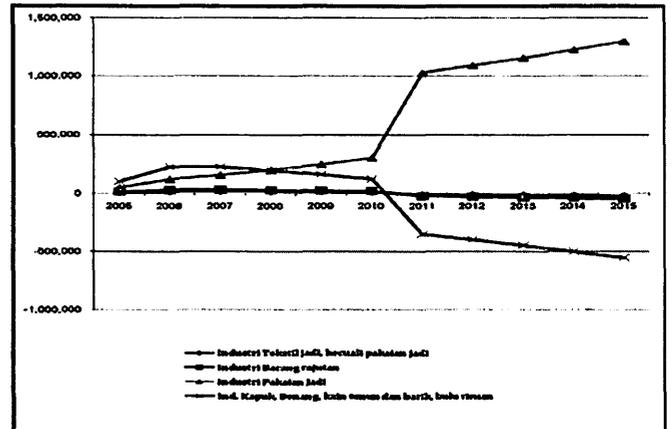
Apabila bea masuk impor produk TPT ke Indonesia diturunkan sebesar 1%, maka sejak tahun 2010 pertumbuhan output Industri TPT akan mengalami perlambatan. Seperti terlihat pada Grafik. 2, perlambatan pertumbuhan output terus terjadi sampai pada tahun 2015, bahkan ada kecenderungan dari tahun 2011-2015 produksi terlihat konstan.



Grafik 2. Output Industri TPT bila bea masuk turun 1% tahun 2010-2015 (Rp milyar)

c. Bila Bea Masuk Turun 5%

Grafik 3 menunjukkan bahwa bila bea masuk diturunkan sebesar 5%, akan terjadi pergerakan penurunan yang hampir sama dengan penurunan bea masuk 1%, dimana output seluruh kelompok Industri TPT cenderung mengalami penurunan sejak tahun 2010 sampai 2015, akan tetapi gerak penurunannya lebih tajam.

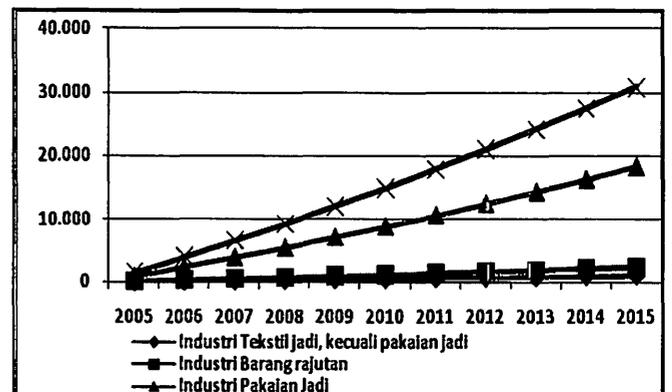


Grafik 3. Output Industri TPT bila bea masuk turun 5% tahun 2010-2015 (Rp milyar)

DAMPAK TERHADAPPENYERAPAN TENAGA KERJA

a. Bila Tidak Ada Penurunan Bea Masuk

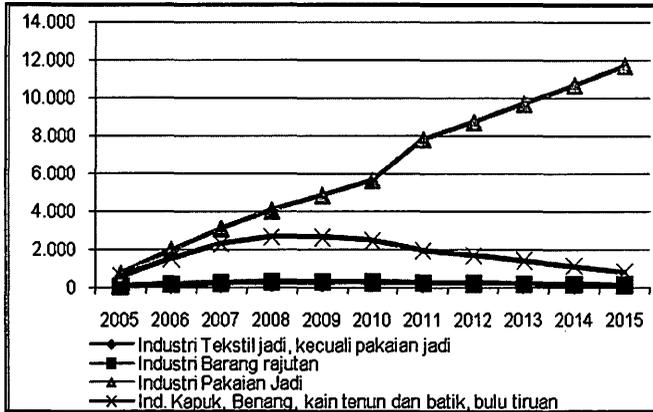
Bila bea masuk impor tidak mengalami penurunan, maka jumlah penyerapan tenaga kerja akan meningkat terus dari tahun ke tahun. Seperti terlihat dengan jelas pada Grafik. 4, kelompok Benang, Kain dan Bulu Tiruan merupakan kelompok Industri yang menyerap tenaga kerja paling banyak. Selain itu, kelompok ini juga mengalami pertumbuhan yang paling tinggi selama kurun waktu 2005-2015. Kelompok Pakaian Jadi merupakan kelompok Industri yang menyerap jumlah tenaga kerja terbesar kedua.



Grafik 4. Penyerapan tenaga kerja Industri TPT tanpa ada penurunan bea masuk tahun 2010-2015 (ribu orang)

b. Bila Bea Masuk Turun 1%

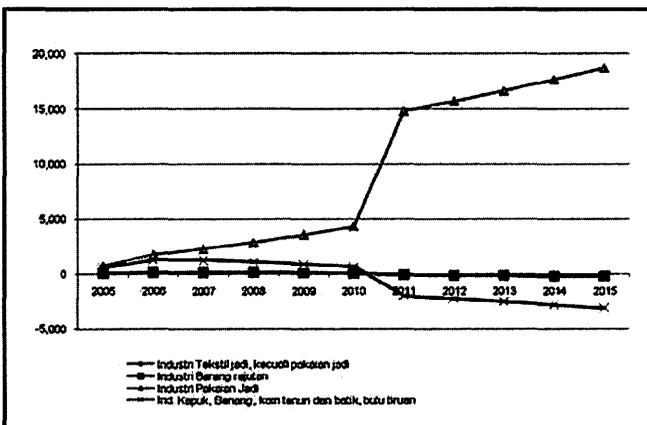
Grafik 5 menunjukkan bahwa bila bea masuk diturunkan sebesar 1%, maka secara umum sejak tahun 2012 sampai 2015 akan terjadi penurunan penyerapan tenaga kerja di Industri TPT kelompok Penyamakan Kulit, kelompok Barang dari Kulit, dan kelompok Sepatu.



Grafik 5. Penyerapan tenaga kerja Industri TPT bila bea masuk turun 1% tahun 2010-2015 (ribu orang)

c. Bila Bea Masuk Turun 5%

Seperti terlihat pada Grafik 6, bila bea masuk mengalami penurunan 5%, akan terjadi penurunan penyerapan tenaga kerja di kelompok Penyamakan Kulit, kelompok Barang dari Kulit, dan kelompok Sepatu sejak tahun 2012. Penurunan ini lebih tajam dibandingkan dengan apabila bea masuk hanya turun sebesar 1%.



Grafik 6. Penyerapan tenaga kerja Industri TPT bila bea masuk turun 5% tahun 2010-2015 (ribu orang)

Dalam simulasi di atas, diasumsikan bahwa China benar-benar memanfaatkan penurunan tarif atau bea masuk impor, dan melakukan ekspor ke Indonesia secara optimal. Akibat yang sama juga akan dihadapi oleh Indonesia meskipun seandainya China hanya mengekspor Pakaian Jadi atau bila koefisien impor

Tekstil dari China = 0 (tidak ada impor), dimana Industri Pakaian Jadi Indonesia akan menghadapi masalah, karena bersaing dengan Pakaian Jadi dari China, sementara bahan baku untuk Industri Pakaian Jadi Indonesia tidak ada. Keadaan akan lebih baik bagi Indonesia seandainya bila koefisien impor Pakaian Jadi dari China = 0 (tidak ada impor), dan ada impor Tekstil (relatif), dimana Industri Pakaian Jadi Indonesia masih dapat berjalan tanpa saingan dari China, sementara Tekstil yang diimpor dari China akan menjadi bahan baku bagi Industri Pakaian Jadi Indonesia.

KESIMPULAN

Pada dasarnya, secara teoritis, dan yang sangat diharapkan oleh para pengagasnya, pelaksanaan ACFTA ditujukan untuk hal-hal yang positif bagi negara-negara yang terlibat di dalamnya. Cukup banyak manfaat yang dapat dipetik dari pelaksanaan ACFTA, namun beberapa diantaranya yang terpenting adalah: (a) memperkuat dan meningkatkan kerjasama ekonomi, perdagangan dan investasi antara ASEAN dan China; (b) secara progressif melakukan liberalisasi dan promosi perdagangan barang dan jasa, juga menciptakan rejim investasi yang transparan, liberal dan fasilitatif; (c) mengeksplorasi bidang-bidang baru dan mengembangkan ukuran-ukuran yang sesuai untuk mempererat kerjasama ekonomi antara ASEAN-China; (d) memfasilitasi integrasi ekonomi yang lebih efektif bagi negara anggota baru ASEAN dan menjembatani kesenjangan antara ASEAN-China.

Secara khusus, manfaat yang dapat diperoleh Indonesia dari ACFTA cukup banyak, namun yang terpenting adalah: (a) akses untuk produk perdagangan di pasar China; dan (b) peningkatan investasi dan Indonesia sebagai basis produksi (impor bahan baku dan barang modal naik dari 83,7% dari seluruh impor pada tahun 2000 menjadi 91% pada tahun 2008). Namun demikian, dari hasil simulasi melalui pendekatan DySAM yang digunakan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa tanpa ada dukungan nyata berupa kebijakan insentif untuk memitigasi dampak ACFTA, maka penurunan bea masuk (tariff) impor sebagai konsekwensi dari penerapan ACFTA akan memberikan dampak negatif baik terhadap output maupun penyerapan tenaga kerja pada Industri TPT. Hasil simulasi termaksud dengan jelas menunjukkan bahwa semakin banyak penurunan bea masuk, semakin banyak pula penurunan output dan penyerapan tenaga kerja.

Dengan demikian, kekhawatiran beberapa kalangan terhadap penerapan ACFTA harus diterima secara bijak agar tidak terlanjur terbawa arus teralu jauh

tanpa ada upaya perbaikan dalam aspek kebijakan. Bagaimanapun, hasil simulasi ini dapat diartikan sebagai suatu kemungkinan yang harus diperhatikan secara serius karena Industri TPT tergolong sektor yang padat karya.

Bila hasil simulasi yang dilakukan benar-benar menjadi kenyataan, atau setidaknya menunjukkan kecenderungan yang sama di waktu mendatang, maka itu berarti Industri TPT akan menghadapi situasi yang berbahaya. Lebih spesifik, situasi seperti ini akan sangat mendistorsi kesempatan kerja di Indonesia. Oleh karena itu jelaslah ada sesuatu yang harus disesuaikan dalam pelaksanaan ACFTA di Indonesia, sehingga penerapannya bermanfaat bagi pembangunan Indonesia.

Berdasarkan kesimpulan tersebut di atas, maka pemerintah dan seluruh pihak terkait perlu melakukan berbagai langkah, baik yang bersifat pencegahan maupun penanggulangan terhadap dampak pelaksanaan ACFTA. Sehubungan dengan itu, tulisan ini menyampaikan beberapa saran yang diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan bagi seluruh pihak terkait dalam pelaksanaan ACFTA, khususnya pada Industri TPT sebagai berikut:

1. Mengoptimalkan program stimulus.
2. Meningkatkan dan mengembangkan program bantuan permodalan, produksi, dan pemasaran bagi pengusaha Industri TPT, khususnya yang berskala kecil dan menengah, dengan tingkat bunga serendah mungkin.
3. Menggalakkan program cinta produk dalam negeri.
4. Meningkatkan dan mengembangkan pelatihan keterampilan kerja bagi pekerja dan pencari kerja.

DAFTAR PUSTAKA

Badan Pusat Statistik. 2010. Statistik Indonesia 2009. Jakarta.

Deepanwita, D. 2009. China's Relations with Developing Asia: Integration Through Trade. Disampaikan pada, Presentasi pada *IDEAS-RIS Workshop on Nature and Implications of Expanding Presence of India and China for Asia November 2009*. New Delhi, India.

Ernst, Cristoph dan Ralf Peters. 2010. FTA Indonesia-China: What is the Impact on Employment?. A Dysam Analysis. Jakarta: International Labour Organization.

Feng Xiao-ming. 2002. China and ASEAN Can Share the Prosperity Together Interview with Zhang Yun-ling, Director, Institute of Asia-Pacific Studies, CASS", *China & World Economy*, Number 1, 2002.

Kementerian Perdagangan. 2010. Langkah-langkah Pengamanan Pelaksanaan FTA-FTA. Jakarta.

Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi. 2010. Dampak ACFTA Terhadap Ketenagakerjaan dan Ketransmigrasian, Upaya Pemanfaatan Peluang dan Minimalisasi Dampak Negatif. Jakarta: Satgas Penanggulangan Dampak ACFTA.

Mutakin, Firman dan Aziza Rahmaniari Salam. 2009. The Impact of Asean-China Free Trade Agreement on Indonesian Trade. *Economic Review* No. 218. December 2009.

Oktaviani, R, et. Al. 2010. Dampak FTA ASEAN-China Terhadap Ekonomi Makro dan Ekonomi Sektoral Indonesia. Jakarta.

Pangestu, Mari Elka. 2010. Indonesia dan Integrasi Ekonomi Global: Mengubah Tantangan (ACFTA) Menjadi Peluang bagi Perekonomian Nasional. Jakarta.

Primiana, Ina. 2010. *Dampak ACFTA Terhadap Industri Tekstil dan Pakaian Jadi*. Bandung: Ikatan Sarjana Ekonomi Indonesia Jawa Barat.

Rajagukgu, Zantermans. 2011. Kondisi Industri TPT Indonesia 2005-2010. Jakarta: Pusat Litbang Ketenagakerjaan Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi.

Sugeng, Bambang. 2003. *How AFTA Are You*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Xiaohong Yi. 2005. ASEAN-China Free Trade Area: A Key Step toward Pan-Asia Economic Integration from the Perspective of Comparison with NAFTA and EU. James E. Roger College of Law. The University of Arizona.

PERMASALAHAN KESEHATAN DALAM KONDISI BENCANA: PERAN PETUGAS KESEHATAN DAN PARTISIPASI MASYARAKAT

HEALTH PROBLEMS IN A DISASTER SITUATION: THE ROLE OF HEALTH PERSONNELS AND COMMUNITY PARTICIPATION

Widayatun¹ dan Zainal Fatoni²

^{1,2}Peneliti Pusat Penelitian Kependudukan – Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia (PPK-LIPI)
¹wida1960@yahoo.com; ²zainalfatonilipi@gmail.com

Abstrak

Sebagian besar penduduk Indonesia tinggal di wilayah yang rentan terhadap bencana alam, termasuk gempa bumi. Bencana gempa yang diikuti dengan pengungsian berpotensi menimbulkan masalah kesehatan; namun demikian, pelayanan kesehatan pada kondisi bencana sering menghadapi kendala, antara lain akibat rusak atau tidak memadainya fasilitas kesehatan. Tulisan ini mendiskusikan permasalahan kesehatan dalam kondisi bencana dan mengkaji peran petugas kesehatan serta partisipasi masyarakat dalam penanggulangannya. Sebagian besar informasi dalam tulisan ini disusun berdasarkan hasil studi “Kajian Pemenuhan Kebutuhan Dasar Korban Gempa Bantul 2006” pada tahun 2010 serta penelusuran literatur terkait (desk review). Hasil studi menunjukkan bahwa di sektor kesehatan, berbagai piranti legal (peraturan, standar) telah menyebutkan peran penting petugas kesehatan dalam penanggulangan bencana. Bencana tidak hanya menimbulkan korban meninggal dan luka serta rusaknya berbagai fasilitas kesehatan, tetapi juga berdampak pada permasalahan kesehatan masyarakat, seperti munculnya berbagai penyakit paskagempa, fasilitas air bersih dan sanitasi lingkungan yang kurang baik, trauma kejiwaan serta akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi perempuan dan pasangan. Petugas kesehatan bersama dengan masyarakat berperan dalam penanggulangan bencana gempa, mulai dari sesaat setelah gempa (hari ke-1 hingga hari ke-3), masa tanggap darurat (hari ke-3 hingga sebulan) serta masa rehabilitasi dan rekonstruksi (sejak sebulan paskagempa). Beberapa faktor turut mendukung kelancaran petugas Puskesmas dalam melakukan tindakan gawat darurat pada saat gempa, termasuk partisipasi aktif masyarakat dan relawan dalam membantu penanganan korban.

Kata kunci: Penanggulangan bencana, partisipasi masyarakat, kesehatan, Puskesmas, Gempa, Bantul

Abstract

Most Indonesian population are living in prone areas of natural disasters, including earthquake. Earthquake disasters followed by the long temporary shelters potentially create health problems; however, health systems in a disaster situation tend to face obstacles, such as the damaged or inadequate health existing facilities. This paper aims to discuss health problems following a disaster and to assess the role of health personnel and community participation in this situation. Data and information in this paper are mainly based on a study “Assessment on Basic Needs Fulfillment following Bantul Earthquake in 2006” and a desk review on related documents and literatures. The study found that within the health sector, many guidances indicate the important role of the health personnel during disaster situation. The 2006 Bantul Earthquake was not only resulting in number of deaths, injured people and the damaged health facilities, but it was also creating public health problems, for example the disaster related diseases, the broken water supply and sanitation facilities, traumatic issues among the victims and the limited access to the health reproductive services for women and couple. Health personnel together with community have essential role in dealing with disaster, from the initial stage following the earthquake (day 1-3), the emergency period (day 3-30) until the rehabilitation and reconstruction phase (>1 month). Many factors contributed to the success story of the primary health care personnels in delivering public health roles following the Bantul Earthquake, especially the actively community and volunteer participation in helping dealing with the disaster victims.

Key words: Disaster response, community participation, health, primary health care, earthquake, Bantul

PENDAHULUAN

Secara geologis dan hidrologis, Indonesia merupakan wilayah rawan bencana alam. Salah satunya adalah gempa bumi dan potensi tsunami. Hal ini dikarenakan wilayah Indonesia berada pada pertemuan tiga lempeng tektonik aktif yaitu Lempeng Indo-Australia di bagian selatan, Lempeng Eurasia di bagian utara dan Lempeng Pasifik di bagian Timur. Ketiga lempengan tersebut bergerak dan saling bertumbukan sehingga Lempeng Indo-Australia menunjani ke bawah lempeng Eurasia dan menimbulkan gempa bumi, jalur gunung api, dan sesar atau patahan. Penunjaman (*subduction*) Lempeng Indo-Australia yang bergerak relatif ke utara dengan Lempeng Eurasia yang bergerak ke selatan menimbulkan jalur gempa bumi dan rangkaian gunung api aktif sepanjang Pulau Sumatera, Pulau Jawa, Bali dan Nusa Tenggara sejajar dengan jalur penunjaman kedua lempeng tersebut.

Potensi bencana alam dengan frekuensi yang cukup tinggi lainnya adalah bencana hidrometeorologi, yaitu banjir, longsor, kekeringan, puting beliung dan gelombang pasang. Frekuensi bencana hidrometeorologi di Indonesia terus meningkat dalam 10 tahun terakhir. Berdasarkan data Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB), selama tahun 2002-2012 sebagian besar bencana yang terjadi disebabkan oleh faktor hidrometeorologi (BNPB, 2012). Bencana lainnya yang sering menelan korban dan harta benda yang cukup besar lainnya adalah bencana letusan gunung berapi. Letusan Gunung Merapi di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta yang terjadi pada 26 Oktober tahun 2010 telah mengakibatkan banyak korban jiwa dan harta benda. Aliran awan panas yang dimuntahkan lava/material Merapi dengan kecepatan mencapai 100 km per jam, dan panas mencapai kisaran 450-600°C membakar hutan dan pemukiman penduduk sehingga dilakukan evakuasi penduduk secara besar-besaran.

Bencana menimbulkan dampak terhadap menurunnya kualitas hidup penduduk, termasuk kesehatan. Salah satu permasalahan yang dihadapi setelah terjadi bencana adalah pelayanan kesehatan terhadap korban bencana. Untuk penanganan kesehatan korban bencana, berbagai piranti legal (peraturan, standar) telah dikeluarkan. Salah satunya adalah peraturan yang menyebutkan peran penting Puskesmas dalam penanggulangan bencana (Departemen Kesehatan RI, 2007; Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan, 2006; Pusat Penanggulangan Masalah Kesehatan Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan, 2001). Namun demikian, literatur atau studi yang berkaitan dengan permasalahan kesehatan

dalam kondisi bencana dan penanganannya relatif masih terbatas. Oleh karena itu, artikel ini bertujuan untuk membahas permasalahan kesehatan dalam kondisi bencana dan mengkaji peran petugas kesehatan serta partisipasi masyarakat dalam penanggulangannya.

Data dan informasi serta berbagai kebijakan dan program yang berkaitan dengan permasalahan kesehatan pada kondisi bencana yang disajikan dalam tulisan ini disusun berdasarkan hasil kajian literatur terkait (*desk review*). Sebagian besar *desk review* difokuskan pada bencana gempa bumi, namun pada beberapa bagian juga dibahas bencana alam lainnya. Selain itu, data dan informasi dalam tulisan ini juga berasal dari sebuah kajian tentang "Pemenuhan Kebutuhan Dasar Korban Gempa Bantul 2006" yang dilaksanakan pada tahun 2010. Studi ini dilakukan oleh tim peneliti LIPI bekerja sama dengan Nagoya University dan Nara University, Jepang. Studi yang menggabungkan pendekatan kuantitatif (survei rumah tangga) dan kualitatif (wawancara terbuka dan FGD) ini memang tidak secara spesifik melihat peran petugas kesehatan dalam penanganan masalah kesehatan paskagempa di Kabupaten Bantul, akan tetapi cukup banyak informasi yang relevan untuk diangkat sesuai dengan tujuan penulisan artikel ini.

DAMPAK BENCANA TERHADAP PENDUDUK

Banyaknya bencana alam yang terjadi di Indonesia memberikan dampak dan pengaruh terhadap kualitas hidup penduduk yang dapat dirasakan baik secara langsung maupun tidak langsung. Salah satu dampak langsung dari terjadinya bencana alam terhadap penduduk adalah jatuhnya korban jiwa, hilang dan luka-luka. Sedangkan dampak tidak langsung terhadap penduduk antara lain adalah terjadinya banyak kerusakan-kerusakan bangunan perumahan penduduk, sarana sosial seperti bangunan sekolah, rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya, perkantoran dan infrastruktur jalan, jembatan, jaringan listrik dan telekomunikasi. Selain itu, terjadinya bencana alam juga mengakibatkan adanya kerugian ekonomi bagi penduduk, seperti kerusakan lahan pertanian dan kehilangan mata pencaharian, terutama bagi penduduk yang bekerja disektor in formal.

Salah satu bencana banjir dan tanah longsor yang cukup banyak menelan korban jiwa dan harta benda adalah bencana banjir bandang di Wasior pada tanggal 4 Oktober 2010. Bencana ini telah mengakibatkan sekitar 162 orang meninggal, 146 orang hilang, 91 luka berat dan sekitar 9.016 jiwa mengungsi. Kerugian akibat bencana banjir bandang ini ditaksir mencapai

700 milyar (Pemerintah RI, 2007; BNPB, 2012; Pemerintah Kabupaten Teluk Wondama, 2010). Pada tahun yang sama, letusan Gunung Merapi telah mengakibatkan banyak korban jiwa. Menurut data Pusat Pengendalian dan Operasi BNPB yang dirilis pada tanggal 11 Nopember 2010 jumlah korban jiwa mencapai sekitar 194 jiwa meninggal.

Data BNPB juga mencatat kejadian gempa bumi di berbagai wilayah di Indonesia. Data pada Tabel 1 memperlihatkan peristiwa Gempa Bantul pada tahun 2006 merupakan yang terparah dilihat dari jumlah korban meninggal yang mencapai 4.143 jiwa. Tidak hanya di Kabupaten Bantul, gempa pada waktu yang sama juga mengguncang Kabupaten Klaten dan mengakibatkan setidaknya 1.045 orang meninggal.

Gempa bumi di Flores Timur (Nusa Tenggara Timur) yang terjadi pada tahun 1992 juga merupakan salah satu yang terparah dan menyebabkan sekitar 2.500 orang meninggal. Tidak hanya korban jiwa, bencana gempa bumi seringkali mengakibatkan banyak korban luka-luka, banyak orang mengungsi, serta merusak bangunan rumah dan fasilitas umum, termasuk jalan dan pelayanan kesehatan.

Sebagian gempa bumi disertai dengan gelombang tsunami yang semakin memperparah dampak bencana tersebut terhadap penduduk yang terkena dampak. Data BNPB mencatat gempa bumi dan tsunami besar pada akhir tahun 2004 merupakan yang terbesar (Tabel 2). Ratusan ribu orang menjadi korban dalam peristiwa tersebut, terutama di wilayah Provinsi Aceh dan Sumatera Barat. Selain gempa-tsunami 2004 tersebut, bencana serupa yang relatif parah juga terjadi di Kepulauan Mentawai (2010) dan Ciamis (2006).

Tabel 1. Data Sepuluh Besar Gempa Bumi di Indonesia Menurut Jumlah Korban Meninggal Terbanyak

Waktu	Lokasi	Dampak terhadap Penduduk (Jiwa)					Dampak terhadap Bangunan, Lahan dan Fasilitas Umum					
		Meninggal	Luka-luka	Hilang	Menderita	Mengungsi	Rumah Rusak Berat (Buah)	Rumah Rusak Ringan (Buah)	Fasilitas Kesehatan Rusak (Buah)	Fasilitas Pendidikan Rusak (Buah)	Jalan Rusak (Km)	Lahan Rusak (Ha)
27-05-2006	Bantul (DIY)	4.143	12.026	0	0	802.804	78.622	69.818	94	917	0	0
12-12-1992	Flores Timur (NTT)	2.500	2.103	0	0	0	0	18.000	0	0	0	0
27-05-2006	Klaten (Jateng)	1.045	18.127	0	0	713.788	32.277	63.615	111	298	0	0
02-12-1924	Wonosobo (Jateng)	727	0	0	0	0	2.250	0	0	0	0	500
28-03-2005	Nias (Sumut)	685	3.277	1	0	12.542	24.739	0	66	520	1.490	1.943
30-09-2009	Tanah Datar (Sumbar)	666	25	0	0	0	57.771	30.108	246	375	191	0
12-09-1976	Buleleng (Bali)	442	362	0	0	0	77	0	0	226	0	0
05-09-1926	Kota Padang Panjang (Sumbar)	427	0	0	0	0	2.383	0	0	0	0	0
30-09-2009	Kota Padang (Sumbar)	383	1.202	2	0	0	37.587	78.891	21	3.547	30	0
22-01-1981	Jayawijaya (Papua)	306	0	1.000	2.682	0	0	0	0	0	0	0

Sumber: Data dan Informasi Bencana Indonesia, BNPB (<http://dibi.bnpb.go.id>)

Data Sepuluh Besar Gempa Bumi di Indonesia Menurut Jumlah Korban Meninggal Terbanyak

Waktu	Lokasi	Dampak terhadap Penduduk (Jiwa)					Dampak terhadap Bangunan, Lahan dan Fasilitas Umum					
		Meninggal	Luka-luka	Hilang	Menderita	Mengungsi	Rumah Rusak Berat (Buah)	Rumah Rusak Ringan (Buah)	Fasilitas Kesehatan Rusak (Buah)	Fasilitas Pendidikan Rusak (Buah)	Jalan Rusak (Km)	Lahan Rusak (Ha)
27-05-2006	Bantul (DIY)	4.143	12.026	0	0	802.804	78.622	69.818	94	917	0	0
12-12-1992	Flores Timur (NTT)	2.500	2.103	0	0	0	0	18.000	0	0	0	0
27-05-2006	Klaten (Jateng)	1.045	18.127	0	0	713.788	32.277	63.615	111	298	0	0
02-12-1924	Wonosobo (Jateng)	727	0	0	0	0	2.250	0	0	0	0	500
28-03-2005	Nias (Sumut)	685	3.277	1	0	12.542	24.739	0	66	520	1.490	1.943
30-09-2009	Tanah Datar (Sumbar)	666	25	0	0	0	57.771	30.108	246	375	191	0
12-09-1976	Buleleng (Bali)	442	362	0	0	0	77	0	0	226	0	0
05-09-1926	Kota Padang Panjang (Sumbar)	427	0	0	0	0	2.383	0	0	0	0	0
30-09-2009	Kota Padang (Sumbar)	383	1.202	2	0	0	37.587	78.891	21	3.547	30	0
22-01-1981	Jayawijaya (Papua)	306	0	1.000	2.682	0	0	0	0	0	0	0

Sumber: Data dan Informasi Bencana Indonesia, BNPB (<http://dibi.bnpb.go.id>)

Tabel 2. Data Sepuluh Besar Gempa Bumi disertai Tsunami di Indonesia Menurut Jumlah Korban Meninggal Terbanyak

Waktu	Lokasi	Dampak terhadap Penduduk (Jiwa)					Dampak terhadap Bangunan, Lahan dan Fasilitas Umum					
		Meninggal	Luka-luka	Hilang	Menderita	Mengungsi	Rumah Rusak Berat (Buah)	Rumah Rusak Ringan (Buah)	Fasilitas Kesehatan Rusak (Buah)	Fasilitas Pendidikan Rusak (Buah)	Jalan Rusak (Km)	Lahan Rusak (Ha)
26-12-2004	Kota Banda Aceh (Aceh)	77.804	0	0	269.091	34.146	96.576	96.576	23	55	34.884	58087
26-12-2004	Aceh Besar (Aceh)	47.784	0	0	306.718	116.984	24.352	0	62	299	0	0
26-12-2004	Aceh Jaya (Aceh)	19.661	0	143	93.547	29.273	34.232	0	26	0	0	0
26-12-2004	Aceh Barat (Aceh)	11.830	0	3.024	227.278	59.584	43.678	0	23	256	0	0
26-12-2004	Pidie (Aceh)	4.646	0	1.463	517.452	31.078	43.256	0	20	95	0	0
26-12-2004	Aceh Utara (Aceh)	2.238	384	488	395.800	28.268	24.654	0	24	204	0	0
26-12-2004	Bireuen (Aceh)	1.202	276	59	350.962	26.758	41.732	0	4	78	0	0
26-12-2004	Nagan Raya (Aceh)	493	0	845	152.748	10.659	0	0	21	19	0	0
25-10-2010	Kepulauan Mentawai (Sumbar)	447	498	56	0	15.353			0	6	0	0
17-07-2006	Ciamis (Jabar)	413	379	15	0	4.190	1.588	322	1	5	20,19	0

Sumber: Data dan Informasi Bencana Indonesia, BNPB (<http://dibi.bnpb.go.id>)

DAMPAK BENCANA TERHADAP KESEHATAN MASYARAKAT

Salah satu dampak bencana terhadap menurunnya kualitas hidup penduduk dapat dilihat dari berbagai permasalahan kesehatan masyarakat yang terjadi. Bencana yang diikuti dengan pengungsian berpotensi menimbulkan masalah kesehatan yang sebenarnya diawali oleh masalah bidang/sector lain. Bencana gempa bumi, banjir, longsor dan letusan gunung berapi, dalam jangka pendek dapat berdampak pada korban meninggal, korban cedera berat yang memerlukan perawatan intensif, peningkatan risiko penyakit menular, kerusakan fasilitas kesehatan dan sistem penyediaan air (Pan American Health Organization, 2006). Timbulnya masalah kesehatan antara lain berawal dari kurangnya air bersih yang berakibat pada buruknya kebersihan diri, buruknya sanitasi lingkungan yang merupakan awal dari perkembangbiakan beberapa jenis penyakit menular.

Persediaan pangan yang tidak mencukupi juga merupakan awal dari proses terjadinya penurunan derajat kesehatan yang dalam jangka panjang akan mempengaruhi secara langsung tingkat pemenuhan kebutuhan gizi korban bencana. Pengungsian tempat tinggal (*shelter*) yang ada sering tidak memenuhi syarat kesehatan sehingga secara langsung maupun tidak langsung dapat menurunkan daya tahan tubuh dan bila tidak segera ditanggulangi akan menimbulkan masalah di bidang kesehatan. Sementara itu, pemberian pelayanan kesehatan pada kondisi bencana sering menemui banyak kendala akibat rusaknya fasilitas kesehatan, tidak memadainya jumlah dan jenis obat serta alat kesehatan, terbatasnya tenaga kesehatan dan dana operasional. Kondisi ini tentunya dapat menimbulkan dampak lebih buruk bila tidak segera ditangani (Pusat Penanggulangan Masalah Kesehatan Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan, 2001).

Dampak bencana terhadap kesehatan masyarakat relatif berbeda-beda, antara lain tergantung dari jenis dan besaran bencana yang terjadi. Kasus cedera yang memerlukan perawatan medis, misalnya, relatif lebih banyak dijumpai pada bencana gempa bumi dibandingkan dengan kasus cedera akibat banjir dan gelombang pasang. Sebaliknya, bencana banjir yang terjadi dalam waktu relatif lama dapat menyebabkan kerusakan sistem sanitasi dan air bersih, serta menimbulkan potensi kejadian luar biasa (KLB) penyakit-penyakit yang ditularkan melalui media air (*water-borne diseases*) seperti diare dan leptospirosis. Terkait dengan bencana gempa bumi, selain dipengaruhi kekuatan gempa, ada tiga faktor yang dapat mempengaruhi banyak sedikitnya korban meninggal dan cedera akibat bencana ini, yakni: tipe

rumah, waktu pada hari terjadinya gempa dan kepadatan penduduk (Pan American Health Organization, 2006).

Bencana menimbulkan berbagai potensi permasalahan kesehatan bagi masyarakat terdampak. Dampak ini akan dirasakan lebih parah oleh kelompok penduduk rentan. Sebagaimana disebutkan dalam Pasal 55 (2) UU Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana, kelompok rentan meliputi: 1). Bayi, balita dan anak-anak; 2). Ibu yang sedang mengandung atau menyusui; 3). Penyandang cacat; dan 4) Orang lanjut usia. Selain keempat kelompok penduduk tersebut, dalam Peraturan Kepala BNPB Nomor 7 Tahun 2008 tentang Pedoman Tata Cara Pemenuhan Kebutuhan Dasar ditambahkan 'orang sakit' sebagai bagian dari kelompok rentan dalam kondisi bencana. Upaya perlindungan tentunya perlu diprioritaskan pada kelompok rentan tersebut, mulai dari penyelamatan, evakuasi, pengamanan sampai dengan pelayanan kesehatan dan psikososial.

Identifikasi kelompok rentan pada situasi bencana menjadi salah satu hal yang penting untuk dilakukan. Penilaian cepat kesehatan (*rapid health assessment*) paska gempa bumi 27 Mei 2006 di Kabupaten Bantul, misalnya, dapat memetakan kelompok rentan serta masalah kesehatan dan risiko penyakit akibat bencana. Penilaian cepat yang dilakukan pada tanggal 15 Juni 2006 di lima kecamatan terpilih di wilayah Kabupaten Bantul (Pleret, Banguntapan, Jetis, Pundong dan Sewon) ini meliputi aspek keadaan umum dan lingkungan, derajat kesehatan, sarana kesehatan dan bantuan kesehatan (<http://bondankomunitas.blogspot.com>). Hasil penilaian cepat terkait dengan kelompok rentan beserta permasalahan kesehatan yang dihadapi adalah sebagaimana terlihat pada Tabel 3. Permasalahan kecukupan gizi dijumpai pada kelompok penduduk rentan balita dan ibu hamil, sedangkan kondisi fisik yang memerlukan perhatian terutama dijumpai pada kelompok rentan ibu baru melahirkan, korban cedera, serta penduduk yang berada dalam kondisi tidak sehat.

Pemberian pelayanan kesehatan pada kondisi bencana sering tidak memadai. Hal ini terjadi antara lain akibat rusaknya fasilitas kesehatan, tidak memadainya jumlah dan jenis obat serta alat kesehatan, terbatasnya tenaga kesehatan, terbatasnya dana operasional pelayanan di lapangan. Hasil penilaian cepat paska gempa Bantul 2006, misalnya, mencatat sebanyak 55,6 persen Puskesmas Induk dan Perawatan dari 27 unit yang ada di Kabupaten Bantul mengalami kerusakan berat, begitu juga dengan kondisi Puskesmas Pembantu (53,6 persen) serta Rumah Dinas Dokter dan Paramedis (64,8 persen). Bila tidak segera ditangani, kondisi

tersebut tentunya dapat menimbulkan dampak yang lebih buruk akibat bencana tersebut.

Tabel 3. Rapid Health Assessment Paskagempa di Kabupaten Bantul, 2006

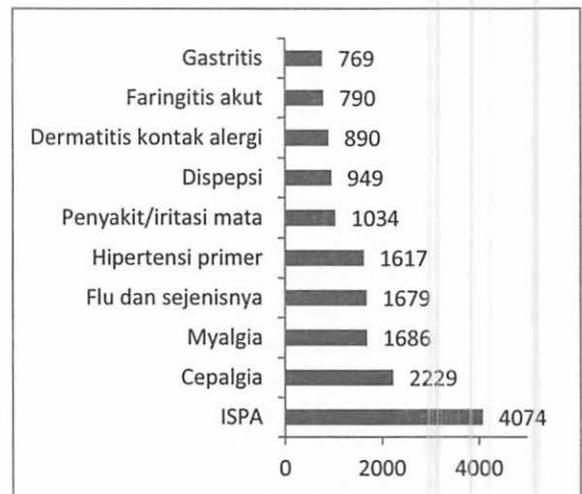
Kelompok rentan	Permasalahan kesehatan
Balita	<ul style="list-style-type: none"> 63,55 persen keluarga responden memiliki balita dengan rata-rata usia 28,9 bulan. Sebagian balita menderita gizi kurang (20,8 persen) dan gizi buruk (4,6 persen) yang perlu mendapat perhatian dan monitoring lebih besar dari petugas kesehatan.
Ibu hamil	<ul style="list-style-type: none"> 29 persen keluarga responden memiliki ibu hamil. Rata-rata umur kehamilan 21,4 bulan. 16 persen ibu hamil yang menderita status gizi kurang.
Ibu baru melahirkan	<ul style="list-style-type: none"> 5,24 persen keluarga responden memiliki ibu baru melahirkan, sebagian besar (72,73 persen) ditolong oleh dokter di rumah sakit.
Orang cedera	<ul style="list-style-type: none"> 40 persen responden memiliki anggota keluarga cedera akibat gempa. Sebagian besar letak cedera korban bencana gempa bumi berada di daerah kepala (15,7 persen), tangan (11,3 persen) dan kaki (11,1 persen). Pada saat survei dilakukan 3,4 persen anggota keluarga yang cedera mengalami infeksi dan memerlukan penanganan perawatan luka lebih lanjut.
Orang sakit	<ul style="list-style-type: none"> 7,7 persen anggota keluarga responden sedang menjalani rawat inap di fasilitas kesehatan sebesar, sedangkan 13,8 persen lainnya menjalani rawat jalan.

Sumber: (<http://bondankomunitas.blogspot.com>)

Tidak hanya fasilitas kesehatan yang rusak, bencana alam tidak jarang juga menimbulkan dampak langsung pada masyarakat di suatu wilayah yang menjadi korban. Pada kasus gempa Bantul 2006, sebagian besar (81,8 persen) rumah penduduk hancur, bahkan tidak ada rumah yang tidak rusak meskipun hanya rusak ringan (3,1 persen). Selain itu, 70,4 persen penduduk masih mengandalkan sumber air bersih dari sumur, namun ada sebagian kecil (4,8 persen) penduduk dengan kualitas fisik sumur yang tidak memenuhi syarat kesehatan. Masih banyak masyarakat yang mengobati dirinya sendiri di rumah (30,2 persen) atau bahkan mendiamkan saja luka yang diderita (6,6 persen). Ketersediaan cadangan bahan makanan pokok masih bisa mencukupi kebutuhan keluarga untuk 14 hari, sedangkan bahan makanan lain masih bisa mencukupi untuk kebutuhan selama satu minggu, kecuali buah-buahan (3 hari). Hampir dua minggu paskagempa, sudah banyak lingkungan responden yang telah mendapatkan bantuan kesehatan dari berbagai instansi atau LSM, namun bantuan pengasapan (fogging) untuk mengurangi populasi nyamuk baru 47,6 persen, penyemprotan (spraying)

untuk membunuh bibit penyakit berbahaya baru 20 persen, dan upaya pengolahan air hanya 21,9 persen.

Salah satu permasalahan kesehatan akibat bencana adalah meningkatnya potensi kejadian penyakit menular maupun penyakit tidak menular. Bahkan, tidak jarang kejadian luar biasa (KLB) untuk beberapa penyakit menular tertentu, seperti KLB diare dan disentri yang dipengaruhi lingkungan dan sanitasi yang memburuk akibat bencana seperti banjir. Diagram 1, misalnya, memperlihatkan infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) merupakan keluhan yang paling banyak diderita pengungsi sepuluh jenis penyakit bencana letusan Gunung Merapi tahun 2010 di Kabupaten Sleman. Data EHA - WHO Indonesia (2010) per 27 Oktober 2010 juga mencatat 91 korban bencana Merapi harus dirujuk ke RS Sardjito di Yogyakarta, sebagian besar diantaranya karena mengalami gangguan pernafasan dan/atau luka bakar.



Sumber: Forum PRB DIY, 2010

Diagram 1. Sepuluh Besar Penyakit Pengungsi Merapi 2010 di Kabupaten Sleman (Akumulatif sampai dengan tanggal 15 November 2010)

Permasalahan kesehatan lingkungan dan sanitasi juga sering dijumpai pada kondisi bencana alam. Berbagai literatur menunjukkan bahwa sanitasi merupakan salah satu kebutuhan vital pada tahap awal setelah terjadinya bencana (The Sphere Project, 2011; Tekeli-Yesil, 2006). Kondisi lingkungan yang tidak higienis, persediaan air yang terbatas dan jamban yang tidak memadai, misalnya, seringkali menjadi penyebab korban bencana lebih rentan untuk mengalami kesakitan bahkan kematian akibat penyakit tertentu. Pengalaman bencana letusan Gunung Merapi pada tahun 2006 (USAID Indonesia – ESP, 2006) dan 2010 (EHA – WHO Indonesia, 2010; Forum PRB DIY, 2010; ACT Alliance, 2011; BNPB, 2010, <http://www.ciptakarya.pu.go.id>), gempa bumi di

Pakistan (Amin dan Han, 2009) dan Iran (Pinera, Reed dan Njiru, 2005) pada tahun 2005, banjir di Bangladesh pada tahun 2004 (Shimi, Parvin, Biswas dan Shaw, 2010), serta gempa disertai tsunami di Indonesia (Widyastuti dkk, 2006) dan Srilanka (Fernando, Gunapala dan Jayantha, 2009) pada akhir 2004 menunjukkan beberapa masalah terkait kesehatan lingkungan dan sanitasi. Permasalahan tersebut termasuk terkait penilaian kebutuhan (*assessment*) yang tidak mudah dan cepat, ketersediaan dan kecukupan sarana, distribusi dan akses yang tidak merata, privasi dan kenyamanan korban bencana (khususnya kelompok perempuan) serta kurangnya kesadaran dan perilaku masyarakat terkait sanitasi pada kondisi darurat bencana.

Kesehatan reproduksi merupakan salah satu permasalahan kesehatan yang perlu mendapatkan perhatian, khususnya pada bencana yang berdampak kepada masyarakat dalam waktu relatif lama. Studi Hapsari dkk (2009) mengidentifikasi temuan menarik berkaitan dengan kebutuhan pelayanan keluarga berencana (KB) paskabencana gempa bumi di Bantul (Yogyakarta) pada tahun 2006. Satu tahun paskagempa, mereka yang menggunakan alat KB suntik dan implant cenderung menurun, sebaliknya mereka yang menggunakan pil KB dan metode pantang berkala cenderung meningkat. Studi ini juga menunjukkan bahwa prevalensi kehamilan tidak direncanakan lebih tinggi dijumpai pada mereka yang sulit mengakses pelayanan KB dibandingkan mereka yang tidak mengalami kendala. Oleh karena itu, peran penting petugas kesehatan diperlukan, tidak hanya untuk memberikan pelayanan KB pada situasi bencana, tetapi juga untuk mengedukasi pasangan untuk mencegah kejadian kehamilan yang tidak direncanakan.

PENANGGULANGAN MASALAH KESEHATAN DALAM KONDISI BENCANA

Bencana alam merupakan kejadian luar biasa yang disebabkan oleh peristiwa/faktor alam atau perilaku manusia yang menyebabkan kerugian besar bagi manusia dan lingkungan dimana hal itu berada diluar kemampuan manusia untuk dapat mengendalikannya. Mengingat bencana alam yang cukup beragam dan semakin tinggi intensitasnya, Pemerintah Indonesia mengeluarkan Undang-Undang (UU) No 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana. Dengan lahirnya UU tersebut, terjadi perubahan paradigma penanganan bencana di Indonesia, yaitu penanganan bencana tidak lagi menekankan pada aspek tanggap darurat, tetapi lebih menekankan pada keseluruhan manajemen penanggulangan bencana mulai dari

mitigasi, kesiapsiagaan, tanggap darurat sampai dengan rehabilitasi. Berdasarkan UU No 24 tersebut, tahapan penyelenggaraan penanggulangan bencana meliputi:

1. Prabencana, pada tahapan ini dilakukan kegiatan perencanaan penanggulangan bencana, pengurangan risiko bencana, pencegahan, pemaduan dalam perencanaan pembangunan, persyaratan analisis risiko bencana, penegakan rencana tata ruang, pendidikan dan peletahihan serta penentuan persyaratan standar teknis penanggulangan bencana (kesiapsiagaan, peringatan dini dan mitigasi bencana).
2. Tanggap darurat, tahapan ini mencakup pengkajian terhadap lokasi, kerusakan dan sumber daya, penentuan status keadaan darurat, penyelamatan dan evakuasi korban, pemenuhan kebutuhan dasar, pelayanan psikososial dan kesehatan.
3. Paskabencana, tahapan ini mencakup kegiatan rehabilitasi (pemulihan daerah bencana, prasarana dan sarana umum, bantuan perbaikan rumah, sosial, psikologis, pelayanan kesehatan, keamanan dan ketertiban) dan rekonstruksi (pembangunan, pembangkitan dan peningkatan sarana prasarana, termasuk fungsi pelayanan kesehatan).

Penanggulangan masalah kesehatan merupakan kegiatan yang harus segera diberikan baik saat terjadi dan paskabencana disertai pengungsian. Upaya penanggulangan bencana perlu dilaksanakan dengan memperhatikan hak-hak masyarakat, antara lain hak untuk mendapatkan bantuan pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan sosial, pendidikan dan keterampilan dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana serta hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan. Sebagaimana tercantum dalam Pasal 53 UU No 24 tahun 2007, pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar yang harus dipenuhi pada kondisi bencana, di samping kebutuhan-kebutuhan dasar lainnya: 1). air bersih dan sanitasi, 2). pangan, 3). sandang, 4). pelayanan psikososial serta 5). penampungan dan tempat hunian.

Penanggulangan masalah kesehatan dalam kondisi bencana ditujukan untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan bagi korban akibat bencana dan pengungsi sesuai dengan standar minimal. Secara khusus, upaya ini ditujukan untuk memastikan: 1). Terpenuhinya pelayanan kesehatan bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal; 2). Terpenuhinya pemberantasan dan pencegahan penyakit menular bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal; 3). Terpenuhinya kebutuhan pangan dan gizi bagi korban bencana dan pengungsi

sesuai standar minimal; 4). Terpenuhinya kesehatan lingkungan bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal; serta 5). Terpenuhinya kebutuhan papan dan sandang bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal.

Dalam upaya memaksimalkan peran jajaran kesehatan pada penanggulangan bencana, termasuk didalamnya Puskesmas, Kementerian Kesehatan telah menerbitkan Surat Keputusan (SK) Menteri Kesehatan No. 145/Menkes/SK/1/2007 tentang Pedoman Penanggulangan Bencana Bidang Kesehatan. Dokumen tersebut mengatur berbagai hal, termasuk kebijakan, pengorganisasian dan kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh masing-masing jajaran kesehatan. Dalam Kepmenkes tersebut juga disebutkan bahwa pada prinsipnya dalam penanggulangan bencana bidang kesehatan tidak ada kebijakan untuk membentuk sarana prasarana secara khusus. Upaya lebih difokuskan dengan memanfaatkan sarana dan prasarana yang telah ada, hanya saja intensitas kerjanya ditingkatkan dengan memberdayakan semua sumber daya pemerintah, masyarakat dan unsur swasta terkait (Departemen Kesehatan, 2007).

Pengorganisasian sektor kesehatan dilakukan berjenjang mulai dari tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota sampai dengan lokasi kejadian. Di lokasi kejadian misalnya, penanggung jawab pelayanan kesehatan penanggulangan bencana adalah Kepala Dinas Kabupaten/Kota, sedangkan yang bertindak sebagai pelaksana tugas adalah Kepala Puskesmas di lokasi kejadian. Selanjutnya, pelaksanaan kegiatan dikelompokkan pada fase Prabencana, Saat bencana dan Paskabencana. Pada masing-masing fase tersebut, telah dikelompokkan kegiatan-kegiatan yang perlu dilaksanakan oleh Tingkat Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota dan Kecamatan. Peran Puskesmas, misalnya, sangat beragam pada setiap fase bencana dan memerlukan koordinasi kegiatan dengan instansi lain serta kelompok masyarakat (Tabel 4).

Tabel 4. Peran Puskesmas pada Tahap Prabencana, Saat Bencana dan Paskabencana

Prabencana	Saat Bencana	Paskabencana
<ul style="list-style-type: none"> • Membuat peta geomedik daerah rawan bencana • Membuat jalur evakuasi • Mengadakan pelatihan • Inventarisasi sumber daya sesuai dengan potensi bahaya yang mungkin terjadi • Menerima dan menindaklanjuti informasi peringatan dini (<i>early warning system</i>) untuk kesiapsiagaan bidang kesehatan • Membentuk tim kesehatan lapangan yang tergabung dalam Satgas • Mengadakan koordinasi lintas sektor 	<p><u>Puskesmas di lokasi bencana:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menuju lokasi bencana dengan membawa peralatan yang diperlukan untuk melaksanakan triase dan memberikan pertolongan pertama • Melaporkan kejadian bencana kepada Kepala Dinas Kesehatan (Kadinkes) Kabupaten/Kota • Melakukan penilaian cepat masalah kesehatan awal (<i>initial rapid health assessment</i>) • Menyerahkan tanggung jawab kepada Kadinkes Kabupaten/ Kota bila telah tiba di lokasi <p><u>Puskesmas di sekitar lokasi bencana:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengirimkan tenaga dan perbekalan kesehatan serta ambulans/transportasi lain ke lokasi bencana dan tempat penampungan pengungsi. • Membantu perawatan dan evakuasi korban serta pelayanan kesehatan pengungsi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar di tempat penampungan (Pos Kesehatan Lapangan) • Memeriksa kualitas air bersih dan sanitasi lingkungan • Melaksanakan surveilans penyakit menular dan gizi buruk yang mungkin timbul • Segera melapor ke Dinkes Kabupaten/Kota bila terjadi KLB penyakit menular dan gizi buruk • Memfasilitasi relawan, kader dan petugas pemerintah tingkat kecamatan dalam memberikan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) kepada masyarakat luas, bimbingan pada kelompok serta konseling pada individu yang berpotensi mengalami gangguan stres paskatrauma • Merujuk penderita yang tidak dapat ditangani dengan konseling awal dan membutuhkan konseling lanjut, psikoterapi atau penanggulangan lebih spesifik.

Sumber: Depkes, 2007

Dalam penanggulangan bencana, peran Puskesmas mengacu pada tugas dan fungsi pokoknya, yaitu sebagai pusat (1) penggerak pembangunan kesehatan masyarakat, (2) pemberdayaan masyarakat dan (3) pelayanan kesehatan tingkat pertama. Sebagai pusat penggerak pembangunan kesehatan masyarakat, Puskesmas melakukan fungsi penanggulangan bencana melalui kegiatan surveilans, penyuluhan dan kerjasama lintas sektor. Sebagai pusat pemberdayaan masyarakat, Puskesmas dituntut mampu melibatkan peran aktif masyarakat, baik perorangan maupun kelompok, dalam upaya penanggulangan bencana. Sedangkan sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama, Puskesmas melakukan berbagai kegiatan seperti: pelayanan gawat darurat 24 jam, pendirian pos kesehatan 24 jam di sekitar lokasi bencana, upaya gizi, KIA dan sanitasi pengungsian, upaya kesehatan jiwa serta upaya kesehatan rujukan.

Initial rapid health assessment merupakan kegiatan penting yang perlu dilaksanakan petugas kesehatan di lokasi bencana. Sebagaimana diuraikan pada bagian sebelumnya, hasil kajian paskagempa Bantul 2006 dapat memetakan kelompok rentan serta masalah kesehatan dan risiko penyakit akibat bencana (<http://bondankomunitas.blogspot.com>). Selanjutnya, dari hasil penilaian cepat kesehatan ini dapat direkomendasikan upaya-upaya apa saja yang perlu dilakukan berbagai pihak terkait untuk memulihkan sistem kesehatan di wilayah Kabupaten Bantul¹.

Selain berdasarkan SK Menkes 145/2007, peran dan tugas Puskesmas dalam penanggulangan bencana juga mengacu pada SK Menkes Nomor 1357/Menkes/SK/XII/2001 tentang Standar Minimal Penanggulangan Masalah Kesehatan akibat Bencana dan Penanganan Pengungsi. Dalam dokumen tersebut,

¹ Rekomendasi terkait pelayanan kesehatan masyarakat, meliputi: a). merencanakan kegiatan Puskesmas Keliling sebagai dukungan sementara, b). perlu tenaga fisioterapi untuk perawatan bagi penduduk yang cedera, c). ketersediaan pangan penduduk kelompok rentan, khususnya program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) bagi balita dan ibu hamil, d). revitalisasi pelayanan Bidan Desa untuk mendukung program Kesehatan Ibu dan Anak, e). revitalisasi tenaga sanitarian untuk menangani kondisi lingkungan yang tidak sehat, serta f). perlu penanganan psikiatri bagi masyarakat yang mengalami trauma. Selain itu, rekomendasi juga dikeluarkan terkait pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, yaitu: 1). melakukan surveilans penyakit menular untuk memperkuat sistem surveilans rutin; serta 2). Mempertimbangkan langkah antisipasi munculnya penyakit diare, typhus abdominalis, DHF, campak, dan tetanus (<http://bondankomunitas.blogspot.com>).

standar minimal yang harus dipenuhi meliputi berbagai aspek:

1. **Pelayanan kesehatan**, termasuk pelayanan kesehatan masyarakat, kesehatan reproduksi² dan kesehatan jiwa³. Terkait dengan sarana pelayanan kesehatan, satu Pusat Kesehatan pengungsi idealnya digunakan untuk melayani 20.000 orang, sedangkan satu Rumah Sakit untuk 200.000 sasaran. Penyediaan pelayanan kesehatan juga dapat memanfaatkan partisipasi Rumah Sakit Swasta, Balai Pengobatan Swasta, LSM lokal maupun internasional yang terkait dengan bidang kesehatan.
2. **Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular**, seperti vaksinasi, penanganan masalah umum kesehatan di pengungsian, manajemen kasus, surveilans dan ketenagaan. Berkaitan dengan sumber daya manusia (SDM), Kementerian Kesehatan telah menetapkan jumlah kebutuhan tenaga kesehatan untuk penanganan 10.000-20.000 pengungsi, terdiri dari: pekerja kesehatan lingkungan (10-20 orang), bidan (5-10 orang), dokter (1 orang), paramedis (4-5 orang), asisten apoteker (1 orang), teknisi laboratorium (1 orang), pembantu umum (5-10 orang), pengawas sanitasi (2-4 orang), asisten pengawas sanitasi (10-20 orang).
3. **Gizi dan pangan**, termasuk penanggulangan masalah gizi di pengungsian, surveilans gizi, kualitas dan keamanan pangan. Identifikasi perlu dilakukan secepat mungkin untuk mengetahui sasaran pelayanan, seperti jumlah pengungsi, jenis kelamin, umur dan kelompok rentan (balita, ibu hamil, ibu menyusui, lanjut usia). Data tersebut penting diperoleh, misalnya untuk mengetahui kebutuhan bahan makanan pada tahap penyelamatan dan merencanakan tahapan surveilans berikutnya. Selain itu, pengelolaan bantuan pangan perlu melibatkan wakil masyarakat korban bencana, termasuk kaum perempuan, untuk memastikan kebutuhan-kebutuhan dasar korban bencana terpenuhi.

² Pelayanan kesehatan reproduksi setidaknya meliputi kesehatan ibu dan anak (KIA), keluarga berencana (KB), deteksi dini infeksi menular seksual (IMS) dan HIV/AIDS serta kesehatan reproduksi remaja.

³ Penanggulangan penderita stres pasca trauma antara lain bisa dilakukan dalam bentuk penyuluhan kelompok besar (lebih dari 20 orang) dengan melibatkan ahli psikologi serta kader masyarakat yang telah dilatih.

4. **Lingkungan**, meliputi pengadaan air, kualitas air, pembuangan kotoran manusia, pengelolaan limbah padat dan limbah cair dan promosi kesehatan. Beberapa tolok ukur kunci yang perlu diperhatikan adalah:

- persediaan air harus cukup minimal 15 liter per orang per hari,
 - jarak pemukiman terjauh dari sumber air tidak lebih dari 500 meter,
 - satu kran air untuk 80-100 orang,
 - satu jamban digunakan maksimal 20 orang, dapat diatur menurut rumah tangga atau menurut jenis kelamin,
 - jamban berjarak tidak lebih dari 50 meter dari pemukiman atau tempat pengungsian,
 - bak atau lubang sampah keluarga berjarak tidak lebih dari 15 meter dan lubang sampah umum berjarak tidak lebih dari 100 meter dari pemukiman atau tempat pengungsian,
 - bak/lubang sampah memiliki kapasitas 100 liter per 10 keluarga, serta
 - tidak ada genangan air, air hujan, luapan air atau banjir di sekitar pemukiman atau tempat pengungsian.
5. Hal-hal yang berkaitan dengan **kebutuhan dasar kesehatan**, seperti penampungan keluarga, sandang dan kebutuhan rumah tangga. Ruang tertutup yang tersedia, misalnya, setidaknya tersedia per orang rata-rata berukuran 3,5-4,5 m². Kebutuhan sandang juga perlu memperhatikan kelompok sasaran tertentu, seperti pakaian untuk balita dan anak-anak serta pembalut untuk perempuan remaja dan dewasa.

Selain piranti-piranti legal di atas, Peraturan Kepala BNPB Nomor 7 Tahun 2008 juga mengatur pemberian bantuan pemenuhan kebutuhan dasar, meliputi bantuan tempat penampungan/hunian sementara, pangan, non-pangan, sandang air bersih dan sanitasi serta pelayanan kesehatan. Dalam peraturan tersebut, disebutkan bahwa bantuan pelayanan kesehatan diberikan dalam bentuk: 1). pelayanan kesehatan umum, meliputi pelayanan kesehatan dasar dan klinis; 2). pengendalian penyakit menular, meliputi pencegahan umum, campak, diagnosis dan pengelolaan kasus, kesiapsiagaan kejadian luar biasa (KLB), deteksi KLB, penyelidikan dan tanggap serta HIV/AIDS; serta 3). pengendalian penyakit tidak menular, meliputi cedera, kesehatan reproduksi, aspek kejiwaan dan sosial

kesehatan serta penyakit kronis. Bentuk-bentuk pelayanan kesehatan tersebut dilengkapi dengan standar minimal bantuan yang harus dipenuhi dalam situasi bencana alam (BNPB, 2008).

Terkait upaya pemenuhan kebutuhan dasar pada kondisi bencana, di tingkat global sebenarnya juga sudah banyak pedoman-pedoman yang dapat menjadi rujukan. Pedoman yang disusun The Sphere Project (2011), misalnya, merinci prinsip-prinsip perlindungan dan standar minimal dalam empat aspek, yakni: 1). Air bersih, sanitasi dan promosi terkait higienitas, 2). Keamanan pangan dan gizi, 3). Tempat penampungan atau hunian sementara dan kebutuhan non-pangan, serta 4). Pelayanan kesehatan. Dalam dokumen ini, disebutkan bahwa pelayanan kesehatan esensial yang perlu diperhatikan meliputi: pengendalian penyakit menular, kesehatan anak, kesehatan seksual dan reproduksi, cedera, kesehatan mental dan penyakit tidak menular.

PERAN PETUGAS KESEHATAN DAN PARTISIPASI MASYARAKAT: PENGALAMAN GEMPA BANTUL 2006

Bencana alam yang menimpa suatu daerah, seringkali menimbulkan korban jiwa dan kerusakan, baik itu korban meninggal, korban luka luka maupun kerusakan fasilitas umum dan harta benda masyarakat. Selain itu, terjadinya bencana alam sering mengakibatkan wilayah terkena dampak menjadi terisolasi sehingga sulit dijangkau oleh para relawan untuk memberikan pertolongan dan bantuan. Selain jatuhnya korban jiwa dan korban luka, permasalahan lain yang terkait dengan kondisi kesehatan masyarakat adalah munculnya berbagai penyakit setelah bencana. Sebagai contoh hingga satu bulan lebih setelah kejadian bencana gempa bumi di Bantul tahun 2006, para korban gempa masih tinggal di tenda-tenda pengungsian dengan fasilitas air bersih yang terbatas dan sanitasi lingkungan yang kurang baik. Kondisi tersebut ditambah dengan banyaknya debu dan nyamuk yang mengakibatkan para korban, terutama balita dan lansia, rentan terkena penyakit gatal-gatal, diare, flu, batuk dan demam.

Selain rentan terhadap berbagai penyakit, sebagian korban juga mengalami trauma kejiwaan. Kondisi traumatik tersebut sangat beragam bentuknya, namun gejala umum yang diderita para korban menunjukkan reaksi ketakutan. Berbagai isu dan informasi yang berkembang di masyarakat tentang kemungkinan terjadinya gempa susulan yang lebih besar menimbulkan kepanikan luar biasa di kalangan masyarakat setempat. Beberapa dari mereka tidak

mengetahui informasi yang benar mengenai kemungkinan-kemungkinan terjadinya gempa susulan.

Pengalaman gempa Bantul 2006 memberikan pembelajaran bahwa peran petugas kesehatan dalam penanganan bencana cukup penting dalam menyelamatkan korban jiwa. Dalam masa tanggap darurat petugas kesehatan dari Puskesmas mampu berperan melaksanakan fungsinya melakukan penanganan gawat darurat dan pelayanan kesehatan lanjutan serta memfasilitasi kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh para relawan. Pelayanan tersebut dilakukan dengan segala keterbatasan sumber daya manusia, alat kesehatan dan obat-obatan dan sarana penunjang lainnya yang sangat tidak memadai karena rusak akibat gempa. Berikut ini gambaran penanganan masalah kesehatan pada saat terjadi gempa, masa tanggap darurat dan masa rehabilitasi di Kabupaten Bantul.

- **Sesaat setelah gempa (hari pertama hingga hari ketiga)**

Pada hari pertama peristiwa gempa (27 Mei 2006), pelayanan kesehatan, terutama di Puskesmas dilakukan dalam kondisi kekurangan tenaga medis serta fasilitas dan peralatan yang minim. Bangunan Puskesmas mengalami kerusakan cukup parah di bagian depan dan ruang pemeriksaan. Namun demikian, ruangan tempat menyimpan obat-obatan tidak mengalami kerusakan yang parah, sehingga sebagian besar obat-obatan dan peralatan kesehatan masih bisa diselamatkan. Kegiatan pelayanan kesehatan pada saat bencana dilakukan di tenda darurat yang dibangun di halaman Puskesmas. Karena letaknya yang strategis (Puskesmas Piyungan terletak di pinggir jalan raya yang menghubungkan Kota Yogyakarta dan Wonosari), banyak pasien korban gempa dari desa-desa sekitar yang datang ke Puskesmas ini untuk mendapatkan pertolongan.

Pelayanan petugas kesehatan di Puskesmas Piyungan pada hari pertama terjadinya gempa diprioritaskan untuk penanganan kegawatdaruratan (*emergency*) dikarenakan jumlah tenaga kesehatan yang terbatas. Penanganan kegawatdaruratan dilakukan untuk mengurangi bertambahnya korban jiwa. Tenaga kesehatan Puskesmas sudah mulai memilah pasien sesuai dengan kondisi kesehatan mereka yang dilihat dari tingkat keparahan luka/pendarahan. Pasien yang mendapatkan prioritas penanganan adalah pasien label merah, artinya pasien tersebut mengalami luka parah serta keselamatan jiwanya terancam apabila tidak segera diambil tindakan medis yang tepat. Informasi yang diperoleh dari lapangan menyatakan bahwa pada pagi hari tanggal 27 Mei sekitar pukul 7.45 WIB

seorang bidan yang tinggal tidak jauh dari Puskesmas terpaksa melakukan tindakan jahit kepala yang luka parah hanya dengan benang jahit biasa. Hal ini dilakukan karena benang jahit untuk luka sulit ditemukan akibat rusaknya ruang obat-obatan karena gempa.

Dalam melakukan penanganan korban gempa, para tenaga kesehatan juga dibantu oleh relawan yang umumnya para remaja puteri dan ibu-ibu. Mereka membantu membersihkan luka, menyiapkan obat-obatan, perban serta alat kesehatan lainnya. Petugas kesehatan dari Puskesmas dan warga bergotongroyong melakukan pelayanan untuk menyelamatkan korban. Setelah korban gempa dengan "label merah" mendapatkan penanganan darurat, selanjutnya mereka segera dirujuk ke rumah sakit (RS) atau mendapatkan perawatan lanjutan di Puskesmas.

Pada hari kedua dan ketiga, berbagai bantuan dari pihak luar sudah mulai berdatangan. Rumah Sakit lapangan atau pos kesehatan (bantuan dari berbagai daerah, ABRI, LSM, perusahaan dsb) juga sudah mulai didirikan. Selain memberikan pelayanan kesehatan pada korban gempa, petugas Puskesmas juga berperan melakukan koordinasi dengan pihak-pihak yang akan mendirikan pos kesehatan. Dalam hal ini, petugas Puskesmas memberikan informasi desa-desa di wilayah kerjanya yang membutuhkan RS lapangan atau pos kesehatan untuk pelayanan korban gempa. Petugas kesehatan juga melakukan koordinasi dengan para relawan (PMI, LSM dan berbagai lembaga keagamaan) yang memberikan bantuan obat-obatan, alat kesehatan serta alat pendukung lainnya. Hingga hari ketiga setelah gempa, stok obat-obatan Puskesmas masih mencukupi untuk melakukan pelayanan. Pada hari ke empat, pasokan bantuan obat-obatan dari berbagai pihak untuk Puskesmas juga sudah mulai masuk.

Keberhasilan penanganan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan pada saat terjadi gempa tidak terlepas dari partisipasi masyarakat. Masyarakat korban bencana terutama bapak-bapak berpartisipasi membantu proses evakuasi, mencari serta menolong korban luka dan mengurus korban yang meninggal dunia. Selain itu, mereka juga membantu menyiapkan tenda darurat yang dipakai untuk melakukan perawatan sementara karena sebagian bangunan Puskesmas rusak. Sementara itu anggota masyarakat lainnya, terutama para remaja puteri dan ibu-ibu membantu para petugas kesehatan menangani pasien, seperti menyiapkan alat kesehatan (kapas, obat luka, dan perlengkapan lainnya), membantu membersihkan luka dan menjaga pasien. Masyarakat dan relawan juga terlibat aktif membantu petugas Puskesmas dalam mengidentifikasi dan

mengelompokkan pasien sesuai dengan kondisi lukanya dan dipisahkan antara yang memerlukan penanganan segera dan yang tidak. Bantuan yang diberikan masyarakat juga tidak sebatas dalam penanganan pasien, tetapi termasuk juga memberikan informasi tentang wilayah-wilayah desa dan dusun yang memerlukan bantuan tenaga kesehatan. Hal ini penting agar pihak Puskesmas dapat segera melakukan penanganan kepada wilayah yang memerlukan (Fatimah, 2011; Hidayati, 2012).

- **Masa tanggap darurat (hari ketiga hingga satu bulan setelah gempa)**

Kondisi para korban bencana yang meninggal, luka berat dan ringan telah tertangani oleh petugas Puskesmas pada hari pertama sampai pada hari ketiga setelah gempa. Sebagian diantara mereka ada yang dirujuk dan dirawat di berbagai rumah sakit di Yogyakarta dan yang lainnya berobat jalan ke Puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya. Pelayanan Puskesmas tetap dilakukan, umumnya menangani pasien yang tidak memerlukan tindakan “*emergency*”, tetapi lebih pada melayani pasien yang memerlukan perawatan lanjutan. Pasien yang datang umumnya dengan keluhan penyakit yang tidak diakibatkan langsung oleh karena kejadian gempa (luka karena benturan, tertimpa benda/bangunan), seperti demam, batuk, pilek, diare dan syok.

Masyarakat korban bencana yang selamat dan tidak mengalami luka/perdarahan dan syok tinggal di tenda-tenda darurat yang didirikan di sepanjang jalan desa, kebun/pekarangan dan lapangan. Tenda-tenda darurat jumlahnya terbatas dengan kondisi yang memprihatinkan. Tenda-tenda umumnya dari plastik, terpal dan alas tidur tikar/plastik seadanya. Karena keterbatasan jumlah tenda darurat, warga masyarakat korban gempa mengutamakan para perempuan, terutama balita dan ibunya serta lansia yang tinggal di tenda darurat. Sementara warga lainnya, terutama bapak-bapak dan remaja pria tidur di tempat seadanya, diantara puing-puing rumah yang masih tersisa. Prioritas tenda untuk para perempuan dan balita serta lansia tersebut merupakan bagian dari rasa “gotong royong dan bahu-membahu” dan “tanggung rasa” menempatkan masyarakat yang lebih “rentan” kesehatannya. Bentuk partisipasi masyarakat dalam penanganan bencana tersebut, merupakan implementasi dari kearifan lokal yang selama ini masih dipertahankan oleh masyarakat pedesaan di Kabupaten Bantul. Masyarakat di pedesaan terbiasa saling tolong-menolong atau dikenal dengan istilah “sambatan” dan mereka juga merasa senasib sepenanggungan dalam menghadapi musibah bencana seperti dalam pepatah Jawa “seneng dirasakke bareng,

rekoso yo dirasake bareng” (Widayatun dan Hidayati, 2012).

Sumber air untuk masak, mandi dan cuci juga terbatas, karena setelah gempa banyak sumur warga yang menjadi keruh airnya dan tidak layak dipergunakan untuk keperluan sehari-hari (memasak, minum dan MCK). Terbatasnya sumber air dan padatnya jumlah korban yang tinggal di tenda darurat menyebabkan sanitasi lingkungan di sekitar tenda memburuk. Hal ini mempengaruhi kondisi kesehatan para korban bencana, ditambah lagi hujan deras terus-menerus beberapa hari setelah gempa. Para korban bencana banyak menderita penyakit demam, flu, batuk, pilek, diare, kejang.

Pelayanan kesehatan pada para korban gempa yang tinggal di tenda-tenda darurat dilakukan melalui Pos Kesehatan yang didirikan di sekitar tenda-tenda darurat. Pelayanan kesehatan di Pos Kesehatan umumnya dilakukan oleh para relawan medis dari berbagai lembaga yang datang memberikan bantuan untuk melakukan pelayanan kesehatan. Petugas kesehatan dari Puskesmas memberikan bantuan pelayanan di Pos Kesehatan yang personilnya masih kurang. Selain itu, petugas kesehatan dari Puskesmas juga berperan memberikan data dan informasi terkait dengan desa dan dusun yang memerlukan bantuan pelayanan kesehatan, kondisi kesehatan masyarakatnya dan sanitasi lingkungan yang ada.

Keterlibatan masyarakat pada masa tanggap darurat, selain membantu petugas melakukan pelayanan kesehatan, masyarakat khususnya pemuda dan pemudi yang selama ini aktif di kegiatan desa, juga berpartisipasi membantu melakukan pendataan korban bencana. Mereka melakukan pendataan, seperti nama dan jenis kelamin serta jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Kegiatan ini dilakukan setelah hari ketiga, karena pada hari pertama dan kedua terjadinya bencana mereka juga sibuk membantu menangani para korban sehingga belum memikirkan dan melakukan pendataan korban yang memerlukan pelayanan kesehatan (Hidayati, 2012; Widayatun dan Hidayati, 2012).

Selain pelayanan penyakit fisik, para korban gempa juga perlu mendapatkan pelayanan untuk mengatasi masalah psikologis seperti trauma dan depresi, terutama pada anak-anak dan orang yang lanjut usia. Kejadian gempa telah membuat sebagian masyarakat trauma karena kehilangan keluarga, harta benda, pekerjaan dan tidak dapat melakukan kegiatan sehari-hari seperti sekolah dan bekerja. Oleh karena itu, perlu adanya pelayanan untuk memulihkan kondisi kesehatan jiwa para korban bencana tersebut.

Untuk memberikan pelayanan kesehatan berkaitan dengan pemulihan kondisi kejiwaan (trauma healing) Puskesmas bekerja sama dengan relawan yang umumnya berasal dari berbagai LSM. Peran Puskesmas termasuk memberikan informasi desa-desa di wilayah kerjanya yang memerlukan bantuan pelayanan trauma healing dari LSM atau lembaga lainnya. Pada masa tanggap darurat, Puskesmas juga berperan melakukan pemantauan dan surveilans terhadap beberapa penyakit tertentu yang potensial menjadi KLB. Kegiatan ini dilakukan oleh Puskesmas bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten dan Provinsi.

- **Masa rehabilitasi dan rekonstruksi (Sejak satu bulan sesudah gempa)**

Setelah masa tanggap darurat berakhir, pelayanan Puskesmas terfokus pada pelayanan kesehatan promotif, seperti pemantauan gizi bayi, balita dan lansia, memonitor kondisi kesehatan reproduksi para perempuan korban gempa, upaya hidup bersih dan pemulihan sanitasi lingkungan. Pemantauan gizi dilakukan berkoordinasi dengan para relawan yang bertugas di tenda-tenda darurat. Kegiatan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas dalam pemantauan gizi antara lain memastikan bahwa bantuan makanan yang diberikan kepada bayi dan balita (seperti susu dan makanan tambahan) cukup memadai bagi para korban bencana. Demikian pula dengan masalah kesehatan reproduksi perempuan, petugas Puskesmas bekerja sama dengan relawan dan pemerintah desa setempat memantau bantuan yang diberikan kepada para korban gempa telah mengakomodasi kepentingan para perempuan untuk menjaga kesehatan reproduksinya (tersedianya pembalut dan pakaian dalam). Untuk pemulihan sanitasi lingkungan petugas Puskesmas juga berkoordinasi dengan relawan dan petugas pemerintah terkait untuk memonitor ketersediaan air bersih dan MCK pada masing-masing lokasi pengungsian.

KESIMPULAN

Bencana alam yang disertai dengan pengungsian seringkali menimbulkan dampak terhadap kesehatan masyarakat yang menjadi korban, terlebih mereka yang termasuk dalam kelompok rentan. Permasalahan kesehatan akibat bencana beragam, termasuk meningkatnya potensi kejadian penyakit menular maupun penyakit tidak menular, permasalahan kesehatan lingkungan dan sanitasi serta kesehatan reproduksi perempuan dan pasangan. Kondisi dapat menjadi lebih buruk antara lain dikarenakan

pemberian pelayanan kesehatan pada kondisi bencana sering tidak memadai.

Berbagai panduan penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana sudah dikeluarkan di tingkat nasional. Upaya tersebut pada prinsipnya dilaksanakan untuk menjamin terpenuhinya hak-hak masyarakat, antara lain hak untuk mendapatkan bantuan pemenuhan kebutuhan dasar. Pengorganisasian sektor kesehatan juga dilakukan berjenjang. Dalam hal ini, peran Puskesmas di lokasi kejadian bencana menjadi sangat penting, baik pada fase prabencana, saat bencana maupun paskabencana. *Initial rapid health assessment*, misalnya, merupakan kegiatan penting yang perlu dilaksanakan petugas kesehatan dan diharapkan dapat memetakan kelompok rentan serta berbagai masalah kesehatan dan risiko penyakit akibat bencana. Standar minimal pun telah ditetapkan, meliputi aspek pelayanan kesehatan, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, gizi dan pangan, lingkungan serta kebutuhan dasar kesehatan.

Peristiwa gempa di Bantul pada tahun 2006 memberikan pembelajaran bahwa pelayanan gawat darurat yang diberikan oleh petugas kesehatan telah berkontribusi dalam mengurangi jumlah korban jiwa yang meninggal. Dengan segala keterbatasan sumber daya, peralatan dan obat-obatan para petugas kesehatan melakukan pertolongan pertama pada para korban, sebelum dilakukan perawatan lanjutan. Dalam kondisi serba darurat, petugas kesehatan baik tenaga medis dan non-medis bekerja sama memberikan pertolongan pertama pada setiap pasien korban gempa. Selain itu, pelayanan petugas kesehatan pada masa rehabilitasi juga berkontribusi pada tersedianya kebutuhan gizi bayi dan balita serta pemenuhan keperluan kesehatan reproduksi perempuan. Salah satu faktor yang mendukung kelancaran para petugas kesehatan dalam melakukan tindakan gawat darurat pada saat terjadi bencana dan memberikan pelayanan kesehatan paska gempa adalah partisipasi aktif masyarakat. Dalam kondisi mengalami bencana, masyarakat aktif membantu pencarian korban; membawa korban luka ke tempat pelayanan; mendirikan tenda darurat; distribusi obat-obatan, makanan bayi dan balita serta kebutuhan khusus perempuan; melakukan pendataan korban dan memberikan informasi tentang wilayah yang memerlukan penanganan kesehatan di wilayah terdampak.

Peran petugas kesehatan dan partisipasi aktif masyarakat dalam penanganan korban pada saat terjadi bencana, masa tanggap darurat dan masa rehabilitasi memegang peranan penting dalam membantu masyarakat untuk bertahan hidup dan menjalani proses pemulihan dari dampak bencana. Pembelajaran

tentang penanganan masalah kesehatan korban gempa di Kabupaten Bantul ini dapat digunakan sebagai masukan untuk mengembangkan manajemen bencana di wilayah rawan bencana lainnya di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- ACT Alliance. 2011. *Indonesia: assistance to Mount Merapi displaced*. Diunduh pada 28 April 2013 dari <http://www.actalliance.org>.
- Action Contre la Feme (AFC-France), Global Water, Sanitation dan Hygiene (WASH) Cluster. 2009. *The human right to water and sanitation in emergency situations: The legal framework and a guide to advocacy*. Paris: AFC-France, Global WASH Cluster.
- Amin, M.T. dan Han, M.Y. 2009. Water environmental and sanitation status in disaster relief of Pakistan's 2005 earthquake. *Desalination*, 248:436-45.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). 2008. *Report on Two Years of Monitoring and Evaluation of the Post Earthquake, May 27, 2006, in the Province of DI Yogyakarta and Central Java*. Jakarta: Bappenas.
- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) Provinsi DI Yogyakarta, Bappeda Kabupaten Bantul dan UNDP. 2007. *Report on Monitoring and 2006-2007 Evaluation on Rehabilitation and Reconstruction Activities in Bantul*. Bantul: Bappeda Provinsi DI Yogyakarta, Bappeda Kabupaten Bantul dan UNDP.
- Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB). 2008. Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana Nomor 7 Tahun 2008 tentang Pedoman Tata Cara Pemberian Bantuan Pemenuhan Kebutuhan Dasar. Jakarta: BNPB; 2008.
- Bappenas, The Province of DI Yogyakarta, The Province of DI Yogyakarta, The Province of Central Java, The World Bank dan Asian Development Bank. 2006. *An Assessment of Preliminary Damage and Loss in Yogyakarta & Central Java Natural Disaster*. Jakarta: Bappenas, The Province of DI Yogyakarta, The Province of Central Java, The World Bank dan Asian Development Bank.
- BNPB. 2010. Laporan harian tanggap darurat Gunung Merapi 8 Desember 2010. Yogyakarta: BNPB.
- BNPB, Bappenas, the Provincial and District/City Governments of West Sumatra and Jambi, international partners. 2009. *West Sumatra and Jambi natural disasters: damage, loss and preliminary needs assessment*. Jakarta: BNPB, Bappenas, the Provincial and District/City Governments of West Sumatra and Jambi and international partners.
- Departemen Kesehatan (Depkes). 2001 *Standar minimal penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan penanganan pengungsi*. Jakarta: Pusat Penanggulangan Masalah Kesehatan – Sekretariat Jenderal Depkes.
- Depkes. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 145/Menkes/SK/II/2007 tentang Pedoman Penanggulangan Bencana Bidang Kesehatan*. Jakarta: Depkes.
- Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Depkes. 2006. *Pedoman Puskesmas dalam Penanggulangan Bencana*. Jakarta: Depkes.
- Emergency and Humanitarian Action (EHA), WHO Indonesia. 2010. *Mt. Merapi Volcano eruption, Central Java Province, Republic of Indonesia: Emergency situation report (1) 27 October 2010*. Jakarta: WHO Indonesia.
- Fatimah, D. 2009. *Perempuan dan Kerelawanan Dalam Bencana*. Yogyakarta: Piramedia.
- Fernando, W.B.G., Gunapala, A.H. dan Jayantha, W.A. 2009. Water supply and sanitation needs in a disaster – lessons learned through the tsunami disaster in Sri Lanka. *Desalination*, 248:14-21.
- Ferris, E. dan Petz, D. 2011. *A year of living dangerously: a review of natural disasters in 2010*. Washington DC: The Brooking Institution – London School of Economics Project on Internal Displacement.
- Few, R. dan Matthies, F. 2006. *Flood hazards and health: responding to present and future risks*. London: Earthscan.
- Forum PRB DIY. 2010. *Notulensi rapat koordinasi Gugus Tugas Forum PRB dukungan upaya tanggap darurat Merapi*. Yogyakarta: Sekretariat Forum PRB DIY.
- Hapsari, E. D., Widyawati, Nisman, W. A., Lusimalasari, L., Siswishanto, R. dan Matsuo, H. 2009. Change in Contraceptive Methods Following the Yogyakarta Earthquake and Its Association with the Prevalence of Unplanned Pregnancy. *Contraception*, 79, 316-322.

Pakistan (Amin dan Han, 2009) dan Iran (Pinera, Reed dan Njiru, 2005) pada tahun 2005, banjir di Bangladesh pada tahun 2004 (Shimi, Parvin, Biswas dan Shaw, 2010), serta gempa disertai tsunami di Indonesia (Widyastuti dkk, 2006) dan Srilanka (Fernando, Gunapala dan Jayantha, 2009) pada akhir 2004 menunjukkan beberapa masalah terkait kesehatan lingkungan dan sanitasi. Permasalahan tersebut termasuk terkait penilaian kebutuhan (*assessment*) yang tidak mudah dan cepat, ketersediaan dan kecukupan sarana, distribusi dan akses yang tidak merata, privasi dan kenyamanan korban bencana (khususnya kelompok perempuan) serta kurangnya kesadaran dan perilaku masyarakat terkait sanitasi pada kondisi darurat bencana.

Kesehatan reproduksi merupakan salah satu permasalahan kesehatan yang perlu mendapatkan perhatian, khususnya pada bencana yang berdampak kepada masyarakat dalam waktu relatif lama. Studi Hapsari dkk (2009) mengidentifikasi temuan menarik berkaitan dengan kebutuhan pelayanan keluarga berencana (KB) paskabencana gempa bumi di Bantul (Yogyakarta) pada tahun 2006. Satu tahun paskagempa, mereka yang menggunakan alat KB suntik dan implant cenderung menurun, sebaliknya mereka yang menggunakan pil KB dan metode pantang berkala cenderung meningkat. Studi ini juga menunjukkan bahwa prevalensi kehamilan tidak direncanakan lebih tinggi dijumpai pada mereka yang sulit mengakses pelayanan KB dibandingkan mereka yang tidak mengalami kendala. Oleh karena itu, peran penting petugas kesehatan diperlukan, tidak hanya untuk memberikan pelayanan KB pada situasi bencana, tetapi juga untuk mengedukasi pasangan untuk mencegah kejadian kehamilan yang tidak direncanakan.

PENANGGULANGAN MASALAH KESEHATAN DALAM KONDISI BENCANA

Bencana alam merupakan kejadian luar biasa yang disebabkan oleh peristiwa/faktor alam atau perilaku manusia yang menyebabkan kerugian besar bagi manusia dan lingkungan dimana hal itu berada diluar kemampuan manusia untuk dapat mengendalikannya. Mengingat bencana alam yang cukup beragam dan semakin tinggi intensitasnya, Pemerintah Indonesia mengeluarkan Undang-Undang (UU) No 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana. Dengan lahirnya UU tersebut, terjadi perubahan paradigma penanganan bencana di Indonesia, yaitu penanganan bencana tidak lagi menekankan pada aspek tanggap darurat, tetapi lebih menekankan pada keseluruhan manajemen penanggulangan bencana mulai dari

mitigasi, kesiapsiagaan, tanggap darurat sampai dengan rehabilitasi. Berdasarkan UU No 24 tersebut, tahapan penyelenggaraan penanggulangan bencana meliputi:

1. Prabencana, pada tahapan ini dilakukan kegiatan perencanaan penanggulangan bencana, pengurangan risiko bencana, pencegahan, pemaduan dalam perencanaan pembangunan, persyaratan analisis risiko bencana, penegakan rencana tata ruang, pendidikan dan peletahihan serta penentuan persyaratan standar teknis penanggulangan bencana (kesiapsiagaan, peringatan dini dan mitigasi bencana).
2. Tanggap darurat, tahapan ini mencakup pengkajian terhadap lokasi, kerusakan dan sumber daya, penentuan status keadaan darurat, penyelamatan dan evakuasi korban, pemenuhan kebutuhan dasar, pelayanan psikososial dan kesehatan.
3. Paskabencana, tahapan ini mencakup kegiatan rehabilitasi (pemulihan daerah bencana, prasarana dan sarana umum, bantuan perbaikan rumah, sosial, psikologis, pelayanan kesehatan, keamanan dan ketertiban) dan rekonstruksi (pembangunan, pembangkitan dan peningkatan sarana prasarana, termasuk fungsi pelayanan kesehatan).

Penanggulangan masalah kesehatan merupakan kegiatan yang harus segera diberikan baik saat terjadi dan paskabencana disertai pengungsian. Upaya penanggulangan bencana perlu dilaksanakan dengan memperhatikan hak-hak masyarakat, antara lain hak untuk mendapatkan bantuan pemenuhan kebutuhan dasar, perlindungan sosial, pendidikan dan keterampilan dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana serta hak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan. Sebagaimana tercantum dalam Pasal 53 UU No 24 tahun 2007, pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar yang harus dipenuhi pada kondisi bencana, di samping kebutuhan-kebutuhan dasar lainnya: 1). air bersih dan sanitasi, 2). pangan, 3). sandang, 4). pelayanan psikososial serta 5). penampungan dan tempat hunian.

Penanggulangan masalah kesehatan dalam kondisi bencana ditujukan untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan bagi korban akibat bencana dan pengungsi sesuai dengan standar minimal. Secara khusus, upaya ini ditujukan untuk memastikan: 1). Terpenuhinya pelayanan kesehatan bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal; 2). Terpenuhinya pemberantasan dan pencegahan penyakit menular bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal; 3). Terpenuhinya kebutuhan pangan dan gizi bagi korban bencana dan pengungsi

sesuai standar minimal; 4). Terpenuhinya kesehatan lingkungan bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal; serta 5). Terpenuhinya kebutuhan papan dan sandang bagi korban bencana dan pengungsi sesuai standar minimal.

Dalam upaya memaksimalkan peran jajaran kesehatan pada penanggulangan bencana, termasuk didalamnya Puskesmas, Kementerian Kesehatan telah menerbitkan Surat Keputusan (SK) Menteri Kesehatan No. 145/Menkes/SK/1/2007 tentang Pedoman Penanggulangan Bencana Bidang Kesehatan. Dokumen tersebut mengatur berbagai hal, termasuk kebijakan, pengorganisasian dan kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh masing-masing jajaran kesehatan. Dalam Kepmenkes tersebut juga disebutkan bahwa pada prinsipnya dalam penanggulangan bencana bidang kesehatan tidak ada kebijakan untuk membentuk sarana prasarana secara khusus. Upaya lebih difokuskan dengan memanfaatkan sarana dan prasarana yang telah ada, hanya saja intensitas kerjanya ditingkatkan dengan memberdayakan semua sumber daya pemerintah, masyarakat dan unsur swasta terkait (Departemen Kesehatan, 2007).

Pengorganisasian sektor kesehatan dilakukan berjenjang mulai dari tingkat pusat, provinsi, kabupaten/kota sampai dengan lokasi kejadian. Di lokasi kejadian misalnya, penanggung jawab pelayanan kesehatan penanggulangan bencana adalah Kepala Dinas Kabupaten/Kota, sedangkan yang bertindak sebagai pelaksana tugas adalah Kepala Puskesmas di lokasi kejadian. Selanjutnya, pelaksanaan kegiatan dikelompokkan pada fase Prabencana, Saat bencana dan Paskabencana. Pada masing-masing fase tersebut, telah dikelompokkan kegiatan-kegiatan yang perlu dilaksanakan oleh Tingkat Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota dan Kecamatan. Peran Puskesmas, misalnya, sangat beragam pada setiap fase bencana dan memerlukan koordinasi kegiatan dengan instansi lain serta kelompok masyarakat (Tabel 4).

Tabel 4. Peran Puskesmas pada Tahap Prabencana, Saat Bencana dan Paskabencana

Prabencana	Saat Bencana	Paskabencana
<ul style="list-style-type: none"> • Membuat peta geomedik daerah rawan bencana • Membuat jalur evakuasi • Mengadakan pelatihan • Inventarisasi sumber daya sesuai dengan potensi bahaya yang mungkin terjadi • Menerima dan menindaklanjuti informasi peringatan dini (<i>early warning system</i>) untuk kesiapsiagaan bidang kesehatan • Membentuk tim kesehatan lapangan yang tergabung dalam Satgas • Mengadakan koordinasi lintas sektor 	<p><u>Puskesmas di lokasi bencana:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menuju lokasi bencana dengan membawa peralatan yang diperlukan untuk melaksanakan triase dan memberikan pertolongan pertama • Melaporkan kejadian bencana kepada Kepala Dinas Kesehatan (Kadinkes) Kabupaten/Kota • Melakukan penilaian cepat masalah kesehatan awal (<i>initial rapid health assessment</i>) • Menyerahkan tanggung jawab kepada Kadinkes Kabupaten/ Kota bila telah tiba di lokasi <p><u>Puskesmas di sekitar lokasi bencana:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengirimkan tenaga dan perbekalan kesehatan serta ambulans/transportasi lain ke lokasi bencana dan tempat penampungan pengungsi. • Membantu perawatan dan evakuasi korban serta pelayanan kesehatan pengungsi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar di tempat penampungan (Pos Kesehatan Lapangan) • Memeriksa kualitas air bersih dan sanitasi lingkungan • Melaksanakan surveilans penyakit menular dan gizi buruk yang mungkin timbul • Segera melapor ke Dinkes Kabupaten/Kota bila terjadi KLB penyakit menular dan gizi buruk • Memfasilitasi relawan, kader dan petugas pemerintah tingkat kecamatan dalam memberikan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) kepada masyarakat luas, bimbingan pada kelompok serta konseling pada individu yang berpotensi mengalami gangguan stres paskatrauma • Merujuk penderita yang tidak dapat ditangani dengan konseling awal dan membutuhkan konseling lanjut, psikoterapi atau penanggulangan lebih spesifik.

Sumber: Depkes, 2007

Dalam penanggulangan bencana, peran Puskesmas mengacu pada tugas dan fungsi pokoknya, yaitu sebagai pusat (1) penggerak pembangunan kesehatan masyarakat, (2) pemberdayaan masyarakat dan (3) pelayanan kesehatan tingkat pertama. Sebagai pusat penggerak pembangunan kesehatan masyarakat, Puskesmas melakukan fungsi penanggulangan bencana melalui kegiatan surveilans, penyuluhan dan kerjasama lintas sektor. Sebagai pusat pemberdayaan masyarakat, Puskesmas dituntut mampu melibatkan peran aktif masyarakat, baik perorangan maupun kelompok, dalam upaya penanggulangan bencana. Sedangkan sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama, Puskesmas melakukan berbagai kegiatan seperti: pelayanan gawat darurat 24 jam, pendirian pos kesehatan 24 jam di sekitar lokasi bencana, upaya gizi, KIA dan sanitasi pengungsian, upaya kesehatan jiwa serta upaya kesehatan rujukan.

Initial rapid health assessment merupakan kegiatan penting yang perlu dilaksanakan petugas kesehatan di lokasi bencana. Sebagaimana diuraikan pada bagian sebelumnya, hasil kajian paskagempa Bantul 2006 dapat memetakan kelompok rentan serta masalah kesehatan dan risiko penyakit akibat bencana (<http://bondankomunitas.blogspot.com>). Selanjutnya, dari hasil penilaian cepat kesehatan ini dapat direkomendasikan upaya-upaya apa saja yang perlu dilakukan berbagai pihak terkait untuk memulihkan sistem kesehatan di wilayah Kabupaten Bantul¹.

Selain berdasarkan SK Menkes 145/2007, peran dan tugas Puskesmas dalam penanggulangan bencana juga mengacu pada SK Menkes Nomor 1357/Menkes/SK/XII/2001 tentang Standar Minimal Penanggulangan Masalah Kesehatan akibat Bencana dan Penanganan Pengungsi. Dalam dokumen tersebut,

¹ Rekomendasi terkait pelayanan kesehatan masyarakat, meliputi: a). merencanakan kegiatan Puskesmas Keliling sebagai dukungan sementara, b). perlu tenaga fisioterapi untuk perawatan bagi penduduk yang cedera, c). ketersediaan pangan penduduk kelompok rentan, khususnya program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) bagi balita dan ibu hamil, d). revitalisasi pelayanan Bidan Desa untuk mendukung program Kesehatan Ibu dan Anak, e). revitalisasi tenaga sanitarian untuk menangani kondisi lingkungan yang tidak sehat, serta f). perlu penanganan psikiatri bagi masyarakat yang mengalami trauma. Selain itu, rekomendasi juga dikeluarkan terkait pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, yaitu: 1). melakukan surveilans penyakit menular untuk memperkuat sistem surveilans rutin; serta 2). Mempertimbangkan langkah antisipasi munculnya penyakit diare, typhus abdominalis, DHF, campak, dan tetanus (<http://bondankomunitas.blogspot.com>).

standar minimal yang harus dipenuhi meliputi berbagai aspek:

1. **Pelayanan kesehatan**, termasuk pelayanan kesehatan masyarakat, kesehatan reproduksi² dan kesehatan jiwa³. Terkait dengan sarana pelayanan kesehatan, satu Pusat Kesehatan pengungsi idealnya digunakan untuk melayani 20.000 orang, sedangkan satu Rumah Sakit untuk 200.000 sasaran. Penyediaan pelayanan kesehatan juga dapat memanfaatkan partisipasi Rumah Sakit Swasta, Balai Pengobatan Swasta, LSM lokal maupun internasional yang terkait dengan bidang kesehatan.
2. **Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular**, seperti vaksinasi, penanganan masalah umum kesehatan di pengungsian, manajemen kasus, surveilans dan ketenagaan. Berkaitan dengan sumber daya manusia (SDM), Kementerian Kesehatan telah menetapkan jumlah kebutuhan tenaga kesehatan untuk penanganan 10.000-20.000 pengungsi, terdiri dari: pekerja kesehatan lingkungan (10-20 orang), bidan (5-10 orang), dokter (1 orang), paramedis (4-5 orang), asisten apoteker (1 orang), teknisi laboratorium (1 orang), pembantu umum (5-10 orang), pengawas sanitasi (2-4 orang), asisten pengawas sanitasi (10-20 orang).
3. **Gizi dan pangan**, termasuk penanggulangan masalah gizi di pengungsian, surveilans gizi, kualitas dan keamanan pangan. Identifikasi perlu dilakukan secepat mungkin untuk mengetahui sasaran pelayanan, seperti jumlah pengungsi, jenis kelamin, umur dan kelompok rentan (balita, ibu hamil, ibu menyusui, lanjut usia). Data tersebut penting diperoleh, misalnya untuk mengetahui kebutuhan bahan makanan pada tahap penyelamatan dan merencanakan tahapan surveilans berikutnya. Selain itu, pengelolaan bantuan pangan perlu melibatkan wakil masyarakat korban bencana, termasuk kaum perempuan, untuk memastikan kebutuhan-kebutuhan dasar korban bencana terpenuhi.

² Pelayanan kesehatan reproduksi setidaknya meliputi kesehatan ibu dan anak (KIA), keluarga berencana (KB), deteksi dini infeksi menular seksual (IMS) dan HIV/AIDS serta kesehatan reproduksi remaja.

³ Penanggulangan penderita stres paska trauma antara lain bisa dilakukan dalam bentuk penyuluhan kelompok besar (lebih dari 20 orang) dengan melibatkan ahli psikologi serta kader masyarakat yang telah dilatih.

4. **Lingkungan**, meliputi pengadaan air, kualitas air, pembuangan kotoran manusia, pengelolaan limbah padat dan limbah cair dan promosi kesehatan. Beberapa tolok ukur kunci yang perlu diperhatikan adalah:

- persediaan air harus cukup minimal 15 liter per orang per hari,
 - jarak pemukiman terjauh dari sumber air tidak lebih dari 500 meter,
 - satu kran air untuk 80-100 orang,
 - satu jamban digunakan maksimal 20 orang, dapat diatur menurut rumah tangga atau menurut jenis kelamin,
 - jamban berjarak tidak lebih dari 50 meter dari pemukiman atau tempat pengungsian,
 - bak atau lubang sampah keluarga berjarak tidak lebih dari 15 meter dan lubang sampah umum berjarak tidak lebih dari 100 meter dari pemukiman atau tempat pengungsian,
 - bak/lubang sampah memiliki kapasitas 100 liter per 10 keluarga, serta
 - tidak ada genangan air, air hujan, luapan air atau banjir di sekitar pemukiman atau tempat pengungsian.
5. Hal-hal yang berkaitan dengan **kebutuhan dasar kesehatan**, seperti penampungan keluarga, sandang dan kebutuhan rumah tangga. Ruang tertutup yang tersedia, misalnya, setidaknya tersedia per orang rata-rata berukuran 3,5-4,5 m². Kebutuhan sandang juga perlu memperhatikan kelompok sasaran tertentu, seperti pakaian untuk balita dan anak-anak serta pembalut untuk perempuan remaja dan dewasa.

Selain piranti-piranti legal di atas, Peraturan Kepala BNPB Nomor 7 Tahun 2008 juga mengatur pemberian bantuan pemenuhan kebutuhan dasar, meliputi bantuan tempat penampungan/hunian sementara, pangan, non-pangan, sandang air bersih dan sanitasi serta pelayanan kesehatan. Dalam peraturan tersebut, disebutkan bahwa bantuan pelayanan kesehatan diberikan dalam bentuk: 1). pelayanan kesehatan umum, meliputi pelayanan kesehatan dasar dan klinis; 2). pengendalian penyakit menular, meliputi pencegahan umum, campak, diagnosis dan pengelolaan kasus, kesiapsiagaan kejadian luar biasa (KLB), deteksi KLB, penyelidikan dan tanggap serta HIV/AIDS; serta 3). pengendalian penyakit tidak menular, meliputi cedera, kesehatan reproduksi, aspek kejiwaan dan sosial

kesehatan serta penyakit kronis. Bentuk-bentuk pelayanan kesehatan tersebut dilengkapi dengan standar minimal bantuan yang harus dipenuhi dalam situasi bencana alam (BNPB, 2008).

Terkait upaya pemenuhan kebutuhan dasar pada kondisi bencana, di tingkat global sebenarnya juga sudah banyak pedoman-pedoman yang dapat menjadi rujukan. Pedoman yang disusun The Sphere Project (2011), misalnya, merinci prinsip-prinsip perlindungan dan standar minimal dalam empat aspek, yakni: 1). Air bersih, sanitasi dan promosi terkait higienitas, 2). Keamanan pangan dan gizi, 3). Tempat penampungan atau hunian sementara dan kebutuhan non-pangan, serta 4). Pelayanan kesehatan. Dalam dokumen ini, disebutkan bahwa pelayanan kesehatan esensial yang perlu diperhatikan meliputi: pengendalian penyakit menular, kesehatan anak, kesehatan seksual dan reproduksi, cedera, kesehatan mental dan penyakit tidak menular.

PERAN PETUGAS KESEHATAN DAN PARTISIPASI MASYARAKAT: PENGALAMAN GEMPA BANTUL 2006

Bencana alam yang menimpa suatu daerah, seringkali menimbulkan korban jiwa dan kerusakan, baik itu korban meninggal, korban luka luka maupun kerusakan fasilitas umum dan harta benda masyarakat. Selain itu, terjadinya bencana alam sering mengakibatkan wilayah terkena dampak menjadi terisolasi sehingga sulit dijangkau oleh para relawan untuk memberikan pertolongan dan bantuan. Selain jatuhnya korban jiwa dan korban luka, permasalahan lain yang terkait dengan kondisi kesehatan masyarakat adalah munculnya berbagai penyakit setelah bencana. Sebagai contoh hingga satu bulan lebih setelah kejadian bencana gempa bumi di Bantul tahun 2006, para korban gempa masih tinggal di tenda-tenda pengungsian dengan fasilitas air bersih yang terbatas dan sanitasi lingkungan yang kurang baik. Kondisi tersebut ditambah dengan banyaknya debu dan nyamuk yang mengakibatkan para korban, terutama balita dan lansia, rentan terkena penyakit gatal-gatal, diare, flu, batuk dan demam.

Selain rentan terhadap berbagai penyakit, sebagian korban juga mengalami trauma kejiwaan. Kondisi traumatik tersebut sangat beragam bentuknya, namun gejala umum yang diderita para korban menunjukkan reaksi ketakutan. Berbagai isu dan informasi yang berkembang di masyarakat tentang kemungkinan terjadinya gempa susulan yang lebih besar menimbulkan kepanikan luar biasa di kalangan masyarakat setempat. Beberapa dari mereka tidak

mengetahui informasi yang benar mengenai kemungkinan-kemungkinan terjadinya gempa susulan.

Pengalaman gempa Bantul 2006 memberikan pembelajaran bahwa peran petugas kesehatan dalam penanganan bencana cukup penting dalam menyelamatkan korban jiwa. Dalam masa tanggap darurat petugas kesehatan dari Puskesmas mampu berperan melaksanakan fungsinya melakukan penanganan gawat darurat dan pelayanan kesehatan lanjutan serta memfasilitasi kegiatan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh para relawan. Pelayanan tersebut dilakukan dengan segala keterbatasan sumber daya manusia, alat kesehatan dan obat-obatan dan sarana penunjang lainnya yang sangat tidak memadai karena rusak akibat gempa. Berikut ini gambaran penanganan masalah kesehatan pada saat terjadi gempa, masa tanggap darurat dan masa rehabilitasi di Kabupaten Bantul.

- **Sesaat setelah gempa (hari pertama hingga hari ketiga)**

Pada hari pertama peristiwa gempa (27 Mei 2006), pelayanan kesehatan, terutama di Puskesmas dilakukan dalam kondisi kekurangan tenaga medis serta fasilitas dan peralatan yang minim. Bangunan Puskesmas mengalami kerusakan cukup parah di bagian depan dan ruang pemeriksaan. Namun demikian, ruangan tempat menyimpan obat-obatan tidak mengalami kerusakan yang parah, sehingga sebagian besar obat-obatan dan peralatan kesehatan masih bisa diselamatkan. Kegiatan pelayanan kesehatan pada saat bencana dilakukan di tenda darurat yang dibangun di halaman Puskesmas. Karena letaknya yang strategis (Puskesmas Piyungan terletak di pinggir jalan raya yang menghubungkan Kota Yogyakarta dan Wonosari), banyak pasien korban gempa dari desa-desa sekitar yang datang ke Puskesmas ini untuk mendapatkan pertolongan.

Pelayanan petugas kesehatan di Puskesmas Piyungan pada hari pertama terjadinya gempa diprioritaskan untuk penanganan kegawatdaruratan (*emergency*) dikarenakan jumlah tenaga kesehatan yang terbatas. Penanganan kegawatdaruratan dilakukan untuk mengurangi bertambahnya korban jiwa. Tenaga kesehatan Puskesmas sudah mulai memilah pasien sesuai dengan kondisi kesehatan mereka yang dilihat dari tingkat keparahan luka/pendarahan. Pasien yang mendapatkan prioritas penanganan adalah pasien label merah, artinya pasien tersebut mengalami luka parah serta keselamatan jiwanya terancam apabila tidak segera diambil tindakan medis yang tepat. Informasi yang diperoleh dari lapangan menyatakan bahwa pada pagi hari tanggal 27 Mei sekitar pukul 7.45 WIB

seorang bidan yang tinggal tidak jauh dari Puskesmas terpaksa melakukan tindakan jahit kepala yang luka parah hanya dengan benang jahit biasa. Hal ini dilakukan karena benang jahit untuk luka sulit ditemukan akibat rusaknya ruang obat-obatan karena gempa.

Dalam melakukan penanganan korban gempa, para tenaga kesehatan juga dibantu oleh relawan yang umumnya para remaja puteri dan ibu-ibu. Mereka membantu membersihkan luka, menyiapkan obat-obatan, perban serta alat kesehatan lainnya. Petugas kesehatan dari Puskesmas dan warga bergotong-royong melakukan pelayanan untuk menyelamatkan korban. Setelah korban gempa dengan "label merah" mendapatkan penanganan darurat, selanjutnya mereka segera dirujuk ke rumah sakit (RS) atau mendapatkan perawatan lanjutan di Puskesmas.

Pada hari kedua dan ketiga, berbagai bantuan dari pihak luar sudah mulai berdatangan. Rumah Sakit lapangan atau pos kesehatan (bantuan dari berbagai daerah, ABRI, LSM, perusahaan dsb) juga sudah mulai didirikan. Selain memberikan pelayanan kesehatan pada korban gempa, petugas Puskesmas juga berperan melakukan koordinasi dengan pihak-pihak yang akan mendirikan pos kesehatan. Dalam hal ini, petugas Puskesmas memberikan informasi desa-desa di wilayah kerjanya yang membutuhkan RS lapangan atau pos kesehatan untuk pelayanan korban gempa. Petugas kesehatan juga melakukan koordinasi dengan para relawan (PMI, LSM dan berbagai lembaga keagamaan) yang memberikan bantuan obat-obatan, alat kesehatan serta alat pendukung lainnya. Hingga hari ketiga setelah gempa, stok obat-obatan Puskesmas masih mencukupi untuk melakukan pelayanan. Pada hari ke empat, pasokan bantuan obat-obatan dari berbagai pihak untuk Puskesmas juga sudah mulai masuk.

Keberhasilan penanganan kesehatan yang dilakukan oleh petugas kesehatan pada saat terjadi gempa tidak terlepas dari partisipasi masyarakat. Masyarakat korban bencana terutama bapak-bapak berpartisipasi membantu proses evakuasi, mencari serta menolong korban luka dan mengurus korban yang meninggal dunia. Selain itu, mereka juga membantu menyiapkan tenda darurat yang dipakai untuk melakukan perawatan sementara karena sebagian bangunan Puskesmas rusak. Sementara itu anggota masyarakat lainnya, terutama para remaja puteri dan ibu-ibu membantu para petugas kesehatan menangani pasien, seperti menyiapkan alat kesehatan (kapas, obat luka, dan perlengkapan lainnya), membantu membersihkan luka dan menjaga pasien. Masyarakat dan relawan juga terlibat aktif membantu petugas Puskesmas dalam mengidentifikasi dan

mengelompokkan pasien sesuai dengan kondisi lukanya dan dipisahkan antara yang memerlukan penanganan segera dan yang tidak. Bantuan yang diberikan masyarakat juga tidak sebatas dalam penanganan pasien, tetapi termasuk juga memberikan informasi tentang wilayah-wilayah desa dan dusun yang memerlukan bantuan tenaga kesehatan. Hal ini penting agar pihak Puskesmas dapat segera melakukan penanganan kepada wilayah yang memerlukan (Fatimah, 2011; Hidayati, 2012).

- **Masa tanggap darurat (hari ketiga hingga satu bulan setelah gempa)**

Kondisi para korban bencana yang meninggal, luka berat dan ringan telah tertangani oleh petugas Puskesmas pada hari pertama sampai pada hari ketiga setelah gempa. Sebagian diantara mereka ada yang dirujuk dan dirawat di berbagai rumah sakit di Yogyakarta dan yang lainnya berobat jalan ke Puskesmas dan fasilitas kesehatan lainnya. Pelayanan Puskesmas tetap dilakukan, umumnya menangani pasien yang tidak memerlukan tindakan “*emergency*”, tetapi lebih pada melayani pasien yang memerlukan perawatan lanjutan. Pasien yang datang umumnya dengan keluhan penyakit yang tidak diakibatkan langsung oleh karena kejadian gempa (luka karena benturan, tertimpa benda/bangunan), seperti demam, batuk, pilek, diare dan syok.

Masyarakat korban bencana yang selamat dan tidak mengalami luka/perdarahan dan syok tinggal di tenda-tenda darurat yang didirikan di sepanjang jalan desa, kebun/pekarangan dan lapangan. Tenda-tenda darurat jumlahnya terbatas dengan kondisi yang memprihatinkan. Tenda-tenda umumnya dari plastik, terpal dan alas tidur tikar/plastik seadanya. Karena keterbatasan jumlah tenda darurat, warga masyarakat korban gempa mengutamakan para perempuan, terutama balita dan ibunya serta lansia yang tinggal di tenda darurat. Sementara warga lainnya, terutama bapak-bapak dan remaja pria tidur di tempat seadanya, diantara puing-puing rumah yang masih tersisa. Prioritas tenda untuk para perempuan dan balita serta lansia tersebut merupakan bagian dari rasa “gotong royong dan bahu-membahu” dan “tanggung rasa” menempatkan masyarakat yang lebih “rentan” kesehatannya. Bentuk partisipasi masyarakat dalam penanganan bencana tersebut, merupakan implementasi dari kearifan lokal yang selama ini masih dipertahankan oleh masyarakat pedesaan di Kabupaten Bantul. Masyarakat di pedesaan terbiasa saling tolong-menolong atau dikenal dengan istilah “sambatan” dan mereka juga merasa senasib sepenanggungan dalam menghadapi musibah bencana seperti dalam pepatah Jawa “seneng dirasakke bareng,

rekoso yo dirasake bareng” (Widayatun dan Hidayati, 2012).

Sumber air untuk masak, mandi dan cuci juga terbatas, karena setelah gempa banyak sumur warga yang menjadi keruh airnya dan tidak layak dipergunakan untuk keperluan sehari-hari (memasak, minum dan MCK). Terbatasnya sumber air dan padatnya jumlah korban yang tinggal di tenda darurat menyebabkan sanitasi lingkungan di sekitar tenda memburuk. Hal ini mempengaruhi kondisi kesehatan para korban bencana, ditambah lagi hujan deras terus-menerus beberapa hari setelah gempa. Para korban bencana banyak menderita penyakit demam, flu, batuk, pilek, diare, kejang.

Pelayanan kesehatan pada para korban gempa yang tinggal di tenda-tenda darurat dilakukan melalui Pos Kesehatan yang didirikan di sekitar tenda-tenda darurat. Pelayanan kesehatan di Pos Kesehatan umumnya dilakukan oleh para relawan medis dari berbagai lembaga yang datang memberikan bantuan untuk melakukan pelayanan kesehatan. Petugas kesehatan dari Puskesmas memberikan bantuan pelayanan di Pos Kesehatan yang personilnya masih kurang. Selain itu, petugas kesehatan dari Puskesmas juga berperan memberikan data dan informasi terkait dengan desa dan dusun yang memerlukan bantuan pelayanan kesehatan, kondisi kesehatan masyarakatnya dan sanitasi lingkungan yang ada.

Keterlibatan masyarakat pada masa tanggap darurat, selain membantu petugas melakukan pelayanan kesehatan, masyarakat khususnya pemuda dan pemudi yang selama ini aktif di kegiatan desa, juga berpartisipasi membantu melakukan pendataan korban bencana. Mereka melakukan pendataan, seperti nama dan jenis kelamin serta jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Kegiatan ini dilakukan setelah hari ketiga, karena pada hari pertama dan kedua terjadinya bencana mereka juga sibuk membantu menangani para korban sehingga belum memikirkan dan melakukan pendataan korban yang memerlukan pelayanan kesehatan (Hidayati, 2012; Widayatun dan Hidayati, 2012).

Selain pelayanan penyakit fisik, para korban gempa juga perlu mendapatkan pelayanan untuk mengatasi masalah psikologis seperti trauma dan depresi, terutama pada anak-anak dan orang yang lanjut usia. Kejadian gempa telah membuat sebagian masyarakat trauma karena kehilangan keluarga, harta benda, pekerjaan dan tidak dapat melakukan kegiatan sehari-hari seperti sekolah dan bekerja. Oleh karena itu, perlu adanya pelayanan untuk memulihkan kondisi kesehatan jiwa para korban bencana tersebut.

Untuk memberikan pelayanan kesehatan berkaitan dengan pemulihan kondisi kejiwaan (trauma healing) Puskesmas bekerja sama dengan relawan yang umumnya berasal dari berbagai LSM. Peran Puskesmas termasuk memberikan informasi desa-desa di wilayah kerjanya yang memerlukan bantuan pelayanan trauma healing dari LSM atau lembaga lainnya. Pada masa tanggap darurat, Puskesmas juga berperan melakukan pemantauan dan surveilans terhadap beberapa penyakit tertentu yang potensial menjadi KLB. Kegiatan ini dilakukan oleh Puskesmas bekerjasama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten dan Provinsi.

- **Masa rehabilitasi dan rekonstruksi (Sejak satu bulan sesudah gempa)**

Setelah masa tanggap darurat berakhir, pelayanan Puskesmas terfokus pada pelayanan kesehatan promotif, seperti pemantauan gizi bayi, balita dan lansia, memonitor kondisi kesehatan reproduksi para perempuan korban gempa, upaya hidup bersih dan pemulihan sanitasi lingkungan. Pemantauan gizi dilakukan berkoordinasi dengan para relawan yang bertugas di tenda-tenda darurat. Kegiatan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas dalam pemantauan gizi antara lain memastikan bahwa bantuan makanan yang diberikan kepada bayi dan balita (seperti susu dan makanan tambahan) cukup memadai bagi para korban bencana. Demikian pula dengan masalah kesehatan reproduksi perempuan, petugas Puskesmas bekerja sama dengan relawan dan pemerintah desa setempat memantau bantuan yang diberikan kepada para korban gempa telah mengakomodasi kepentingan para perempuan untuk menjaga kesehatan reproduksinya (tersedianya pembalut dan pakaian dalam). Untuk pemulihan sanitasi lingkungan petugas Puskesmas juga berkoordinasi dengan relawan dan petugas pemerintah terkait untuk memonitor ketersediaan air bersih dan MCK pada masing-masing lokasi pengungsian.

KESIMPULAN

Bencana alam yang disertai dengan pengungsian seringkali menimbulkan dampak terhadap kesehatan masyarakat yang menjadi korban, terlebih mereka yang termasuk dalam kelompok rentan. Permasalahan kesehatan akibat bencana beragam, termasuk meningkatnya potensi kejadian penyakit menular maupun penyakit tidak menular, permasalahan kesehatan lingkungan dan sanitasi serta kesehatan reproduksi perempuan dan pasangan. Kondisi dapat menjadi lebih buruk antara lain dikarenakan

pemberian pelayanan kesehatan pada kondisi bencana sering tidak memadai.

Berbagai panduan penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana sudah dikeluarkan di tingkat nasional. Upaya tersebut pada prinsipnya dilaksanakan untuk menjamin terpenuhinya hak-hak masyarakat, antara lain hak untuk mendapatkan bantuan pemenuhan kebutuhan dasar. Pengorganisasian sektor kesehatan juga dilakukan berjenjang. Dalam hal ini, peran Puskesmas di lokasi kejadian bencana menjadi sangat penting, baik pada fase prabencana, saat bencana maupun paskabencana. *Initial rapid health assessment*, misalnya, merupakan kegiatan penting yang perlu dilaksanakan petugas kesehatan dan diharapkan dapat memetakan kelompok rentan serta berbagai masalah kesehatan dan risiko penyakit akibat bencana. Standar minimal pun telah ditetapkan, meliputi aspek pelayanan kesehatan, pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, gizi dan pangan, lingkungan serta kebutuhan dasar kesehatan.

Peristiwa gempa di Bantul pada tahun 2006 memberikan pembelajaran bahwa pelayanan gawat darurat yang diberikan oleh petugas kesehatan telah berkontribusi dalam mengurangi jumlah korban jiwa yang meninggal. Dengan segala keterbatasan sumber daya, peralatan dan obat-obatan para petugas kesehatan melakukan pertolongan pertama pada para korban, sebelum dilakukan perawatan lanjutan. Dalam kondisi serba darurat, petugas kesehatan baik tenaga medis dan non-medis bekerja sama memberikan pertolongan pertama pada setiap pasien korban gempa. Selain itu, pelayanan petugas kesehatan pada masa rehabilitasi juga berkontribusi pada tersedianya kebutuhan gizi bayi dan balita serta pemenuhan keperluan kesehatan reproduksi perempuan. Salah satu faktor yang mendukung kelancaran para petugas kesehatan dalam melakukan tindakan gawat darurat pada saat terjadi bencana dan memberikan pelayanan kesehatan paska gempa adalah partisipasi aktif masyarakat. Dalam kondisi mengalami bencana, masyarakat aktif membantu pencarian korban; membawa korban luka ke tempat pelayanan; mendirikan tenda darurat; distribusi obat-obatan, makanan bayi dan balita serta kebutuhan khusus perempuan; melakukan pendataan korban dan memberikan informasi tentang wilayah yang memerlukan penanganan kesehatan di wilayah terdampak.

Peran petugas kesehatan dan partisipasi aktif masyarakat dalam penanganan korban pada saat terjadi bencana, masa tanggap darurat dan masa rehabilitasi memegang peranan penting dalam membantu masyarakat untuk bertahan hidup dan menjalani proses pemulihan dari dampak bencana. Pembelajaran

tentang penanganan masalah kesehatan korban gempa di Kabupaten Bantul ini dapat digunakan sebagai masukan untuk mengembangkan manajemen bencana di wilayah rawan bencana lainnya di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- ACT Alliance. 2011. *Indonesia: assistance to Mount Merapi displaced*. Diunduh pada 28 April 2013 dari <http://www.actalliance.org>.
- Action Contre la Feme (AFC-France), Global Water, Sanitation dan Hygiene (WASH) Cluster. 2009. *The human right to water and sanitation in emergency situations: The legal framework and a guide to advocacy*. Paris: AFC-France, Global WASH Cluster.
- Amin, M.T. dan Han, M.Y. 2009. Water environmental and sanitation status in disaster relief of Pakistan's 2005 earthquake. *Desalination*, 248:436-45.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). 2008. *Report on Two Years of Monitoring and Evaluation of the Post Earthquake, May 27, 2006, in the Province of DI Yogyakarta and Central Java*. Jakarta: Bappenas.
- Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Bappeda) Provinsi DI Yogyakarta, Bappeda Kabupaten Bantul dan UNDP. 2007. *Report on Monitoring and 2006-2007 Evaluation on Rehabilitation and Reconstruction Activities in Bantul*. Bantul: Bappeda Provinsi DI Yogyakarta, Bappeda Kabupaten Bantul dan UNDP.
- Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB). 2008. Peraturan Kepala Badan Nasional Penanggulangan Bencana Nomor 7 Tahun 2008 tentang Pedoman Tata Cara Pemberian Bantuan Pemenuhan Kebutuhan Dasar. Jakarta: BNPB; 2008.
- Bappenas, The Province of DI Yogyakarta, The Province of DI Yogyakarta, The Province of Central Java, The World Bank dan Asian Development Bank. 2006. *An Assessment of Preliminary Damage and Loss in Yogyakarta & Central Java Natural Disaster*. Jakarta: Bappenas, The Province of DI Yogyakarta, The Province of Central Java, The World Bank dan Asian Development Bank.
- BNPB. 2010. Laporan harian tanggap darurat Gunung Merapi 8 Desember 2010. Yogyakarta: BNPB.
- BNPB, Bappenas, the Provincial and District/City Governments of West Sumatra and Jambi, international partners. 2009. *West Sumatra and Jambi natural disasters: damage, loss and preliminary needs assessment*. Jakarta: BNPB, Bappenas, the Provincial and District/City Governments of West Sumatra and Jambi and international partners.
- Departemen Kesehatan (Depkes). 2001 *Standar minimal penanggulangan masalah kesehatan akibat bencana dan penanganan pengungsi*. Jakarta: Pusat Penanggulangan Masalah Kesehatan – Sekretariat Jenderal Depkes.
- Depkes. 2007. *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 145/Menkes/SK/II/2007 tentang Pedoman Penanggulangan Bencana Bidang Kesehatan*. Jakarta: Depkes.
- Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Depkes. 2006. *Pedoman Puskesmas dalam Penanggulangan Bencana*. Jakarta: Depkes.
- Emergency and Humanitarian Action (EHA), WHO Indonesia. 2010. *Mt. Merapi Volcano eruption, Central Java Province, Republic of Indonesia: Emergency situation report (1) 27 October 2010*. Jakarta: WHO Indonesia.
- Fatimah, D. 2009. *Perempuan dan Kerelawanan Dalam Bencana*. Yogyakarta: Piramedia.
- Fernando, W.B.G., Gunapala, A.H. dan Jayantha, W.A. 2009. Water supply and sanitation needs in a disaster – lessons learned through the tsunami disaster in Sri Lanka. *Desalination*, 248:14-21.
- Ferris, E. dan Petz, D. 2011. *A year of living dangerously: a review of natural disasters in 2010*. Washington DC: The Brookings Institution – London School of Economics Project on Internal Displacement.
- Few, R. dan Matthies, F. 2006. *Flood hazards and health: responding to present and future risks*. London: Earthscan.
- Forum PRB DIY. 2010. *Notulensi rapat koordinasi Gugus Tugas Forum PRB dukungan upaya tanggap darurat Merapi*. Yogyakarta: Sekretariat Forum PRB DIY.
- Hapsari, E. D., Widyawati, Nisman, W. A., Lusimalasari, L., Siswishanto, R. dan Matsuo, H. 2009. Change in Contraceptive Methods Following the Yogyakarta Earthquake and Its Association with the Prevalence of Unplanned Pregnancy. *Contraception*, 79, 316-322.

- Harvey, P. 2007. *Excreta disposal in emergencies: a field manual*. Leicestershire: Water, Engineering and Development Centre, Loughborough University.
- Harvey, P. dan Reed, R.A. 2005. Planning environmental sanitation programmes in emergencies. *Disasters*, 29(2):129-51.
- Hidayati, D., Widayatun, Triyono, Permana, H., Takahashi, M., Shigeyoshi, T., dan Masatomo, U. 2011. The Provision of Food for Disaster Victims: Lessons learned from the 2006 Bantul Earthquake. *The Investigation Report of 2004 Northern Sumatra Earthquake (Additional Volume)*, March 2011, Graduate School of Environmental Studies, Nagoya University.
- Hidayati, D. 2012. "Akses dan Keterlibatan Perempuan dan Laki-laki Dalam Penanganan Bencana" dalam *Pengelolaan Bencana Berbasis Gender: Pembelajaran Dari Gempa Bantul 2006*. Editor Deny Hidayati. Jakarta: PT Dian Rakyat dan PPK-LIPI.
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). 2010. *Haiti, from sustaining lives to sustainable solutions: the challenge of sanitation*. Special report, six months on. Geneva: IFRC.
- Landesman, L.Y. *Public health management of disasters: The practice guide*. Washington DC: American Public Health Association; 2005.
- Pan American Health Organization. 2000. *Bencana Alam: Perlindungan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Pemerintah Kabupaten Teluk Wondama Provinsi Papua Barat. 2010. *Laporan Pasca Bencana Kota Wasior 4 Oktober 2010*. Wasior: Pemerintah Kabupaten Teluk Wondama.
- Pemerintah Republik Indonesia (RI). 2007. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana*. Jakarta: Pemerintah RI.
- Pinera, J.F., Reed, R.A. dan Njiru, C. 2005. Restoring sanitation services after an earthquake: Field experience in Bam, Iran. *Disasters*, 29(3):222-236.
- Pusat Penanggulangan Masalah Kesehatan Sekretariat Jenderal Depkes. 2001. *Standar Minimal Penanggulangan Masalah Kesehatan Akibat Bencana dan Penanganan Pengungsi*. Jakarta: Depkes.
- Rusmiyati, C. dan Hikmawati, E. 2012. "Penanganan Dampak Psikologi Korban Merapi". *Informasi*, Vol 17, No 2, Hal. 97-110.
- Shimi, A.C., Parvin, G.A., Biswas, C. dan Shaw, R. 2010. Impact and adaptation to flood: a focus on water supply, sanitation and health problems of rural community in Bangladesh. *Disaster and Prevention Management*, 19(3):298-313.
- Tekeli-Yesil, S. 2006. Public health and natural disasters: disaster preparedness and response in health systems. *Journal of Public Health*, 14:317-24.
- The Sphere Project. 2011. *Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response*. 3rd ed. Southampton: The Sphere Project.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). 2000. *Handbook for emergencies*. Geneva: UNHCR.
- United States Agency for International Development (USAID) Indonesia – Environmental Services Program (ESP). 2006. *Assessments on clean water and sanitation facilities in temporary shelters for Merapi eruption affected people*. Jakarta: USAID Indonesia – ESP.
- Widayatun dan Hidayati, D. 2012. "The Role of Local Wisdom in The Javanese Survival Strategy in Facing The 2006 Bantul Earthquake". In *Community Approach to Disaster*. Editors Mardianto and Takahashi. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Widyastuti, E., Silaen, G., Priesca, A., Handoko, A., Blanton, C., Handzel, T., Brennan, M. dan Mach, O. 2006. Assessment of health-related needs after tsunami and earthquake – Three districts, Aceh Province, Indonesia, July-August 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(4):93-7.
- Wisner, B. dan Adams, J. 2002. *Environmental health in emergencies and disasters: a practical guide*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). 2011. *Planning for excreta disposal in emergencies*. Technical notes no. 13 on drinking-water, sanitation and hygiene in emergencies. Geneva: WHO.
- Wawancara dengan Dirjen Cipta Karya: pastikan bantuan berfungsi baik. Buletin Cipta Karya. c2010 [cited 2011 May 15]. Available from: <http://www.ciptakarya.pu.go.id>.

Air minum dan sanitasi: hak dasar pengungsi Merapi. Buletin Cipta Karya. c2010 [cited 2011 May 15]. Available from: <http://www.ciptakarya.pu.go.id>.

Derita perempuan di pengungsian. Buletin Cipta Karya. c2010 [cited 2011 May 15]. Available from: <http://www.ciptakarya.pu.go.id>.

<http://www.merdeka.com/peristiwa/bnpb-90-persen-wilayah-indonesia-rawan-gempa.html>.

<http://bondankomunitas.blogspot.com/2006/10/rapid-health-assessment-rha-pasca.html>.

<http://nasional.news.viva.co.id/news/read/460959-gunung-sinabung-meletus-lagi--abu-sampai-ke-medan> diunduh pada tanggal 29 November 2013.

<http://lipsus.kompas.com/topikpilihanlist/2656/1/gunung-rokatenda.meletus>. diunduh pada tanggal 25 November 2013.

STRATEGI BERTAHAN HIDUP PEREMPUAN DALAM MENGHADAPI DAMPAK PERUBAHAN IKLIM

(THE SURVIVAL STRATEGIES OF WOMEN IN FACING THE IMPACTS OF CLIMATE CHANGE)

Ade Latifa¹ dan Fitranita²

^{1,2} Peneliti Pusat Penelitian Kependudukan- Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia

¹sayaadelatifa@gmail.com; ²sayaera@gmail.com

Abstrak

Tulisan ini mengangkat pengalaman perempuan dari rumah tangga petani dan nelayan miskin dalam 'berjuang' menghadapi dampak perubahan iklim yang semakin berat dirasakan dalam kurun waktu 3-5 tahun belakangan ini. Berangkat dari beberapa studi yang pernah dilakukan oleh PPK-LIPI di beberapa tempat di wilayah Indonesia, topik ini diangkat untuk menunjukkan kemampuan perempuan dalam berjuang menghadapi perubahan lingkungannya sehingga mampu mengatasi persoalan di rumah tangganya khususnya terkait dengan penurunan sumber pendapatan karena dampak tidak langsung dari perubahan iklim. Topik ini menarik untuk dikaji karena munculnya paradoks tentang posisi perempuan yang di satu sisi dianggap lebih rentan dibanding laki-laki, namun di sisi lain perempuan justru memiliki kegigihan untuk tetap 'survive'. Melalui tulisan ini fenomena tersebut dikupas sehingga dapat menjadi 'lesson learned' bagi pemerhati masalah perubahan iklim. Sehingga salah satu kesimpulan dalam tulisan ini adalah pentingnya mempertimbangkan isu gender dalam rumusan kebijakan terkait dengan isu perubahan iklim yang sejauh ini belum banyak disentuh. Data yang digunakan untuk tulisan ini bersumber dari hasil kajian PPK LIPI di wilayah Lamongan dan Lombok Utara dan Timur tahun 2012-2013.

Kata Kunci: Strategi Bertahan Hidup, Jender, Perubahan Iklim, Lamongan, Lombok Utara dan Timur

Abstract

This paper raises the experience of women from the households of poor farmers and fishermen in their 'struggle' to face the effects of climate change that is increasingly perceived to be strenuous within these 3 to 5 years. Departing from several studies that have been done by PPK-LIPI in several places in Indonesia, this topic is lifted to demonstrate the ability of women in their struggle with the changing of the environment so as to overcome the household's problems they have to face, especially related to the decrease in revenue as the indirect impacts of climate change. This topic is interesting to study because of the emergence of the paradox of the women's position. On one hand, women are considered to be more vulnerable than men, but on the other hand, they also have the tenacity to remain 'survive' more. Through this paper the phenomenon can be analyzed so it can become the 'lesson learned' for the observers of the problems caused by climate change. One of the conclusions in this paper is the importance of having to consider the gender issues in the policy formulation related to the issue of climate change which so far has not been touched yet. The data that was used for this article comes from the KDP LIPI review in the Lamongan region and the North and East Lombok 2012-2013.

Key Words: *Survival Strategy, Gender, Climate Change, Lamongan, North And East Lombok*

PENDAHULUAN

Pengaruh perubahan iklim sudah dirasakan di beberapa wilayah Indonesia sejak beberapa tahun belakangan ini. Pengaruh tersebut ditengarai lebih berat dialami oleh masyarakat paling miskin, seperti masyarakat yang hidup di wilayah paling pinggiran yang kebanyakan kehidupan mereka rentan terhadap kekeringan, banjir atau longsor. Sebagian dari mereka mencari nafkah dengan bertani dan menjadi nelayan, yang mana sumber pendapatan tersebut sangat rentan terhadap perubahan iklim. Dengan sumber pendapatan yang terbatas, sulit bagi kelompok rumah tangga miskin, baik nelayan maupun petani, untuk menanggung dampak dari perubahan iklim tersebut¹ (Measey, 2010). Efek lanjutan dari persoalan ini adalah kondisi kemiskinan yang semakin sulit untuk diatasi sehingga dilihat dari sisi tujuan Pembangunan Milenium (Millennium Development Goals – MDGs), pencapaiannya menjadi terancam oleh perubahan iklim (UNDP, 2007).

Pengaruh dari perubahan iklim ini tidak hanya dirasakan berat oleh kelompok rumah tangga/masyarakat miskin, namun perubahan iklim ternyata membawa ancaman khusus terhadap ketahanan hidup perempuan. Dalam sebuah tulisan dijelaskan bahwa kerusakan ekologi yang juga dipicu oleh adanya perubahan iklim, telah menimbulkan dampak yang serius terhadap kehidupan sehari-hari perempuan dan juga anak-anak. Krisis pangan dan air bersih merupakan ancaman nyata yang kini mulai banyak dirasakan pengaruhnya, khususnya oleh perempuan dan anak-anak. Krisis pangan telah meningkatkan angka malnutrisi pada anak-anak serta angka kematian ibu dan anak. Sementara krisis air bersih juga berkontribusi terhadap angka kematian anak-anak sebesar 34.6 persen di negara-negara yang termasuk dalam kelompok dunia ketiga. Sekitar 5 juta anak setiap tahunnya meninggal karena penyakit diare sebab krisis air bersih tersebut (Oxfam Canada, 2013). Selain berdampak terhadap kesehatan, fenomena perubahan iklim juga berdampak serius terhadap kelangsungan hidup perempuan. Hal ini dapat diindikasikan dari berbagai kejadian bencana yang pernah terjadi, baik di dalam maupun luar negeri,

¹ Menurut laporan Bank Dunia (2010), masyarakat miskin yang tinggal di wilayah pesisir dan yang tergantung pada sektor pertanian, akan sangat terpengaruh oleh imbas dari perubahan iklim tersebut. Perubahan iklim mengakibatkan alam menjadi 'tidak ramah' lagi. Musim hujan dan kemarau tidak dapat diprediksi lagi, sehingga membuat musim tanam maupun melaut menjadi sulit untuk diprediksi. Hal ini praktis membuat produksi pertanian maupun perikanan menjadi merosot tajam.

memperlihatkan bahwa perempuan seringkali menjadi korban (kematian maupun luka-luka), oleh karena ketidakmampuan mereka untuk menyelamatkan diri, tidak menerima atau terlambat menerima peringatan. Kasus tsunami di Banda Aceh, misalnya, korban dari pihak perempuan mencapai sekitar 55-70 %, dan terbanyak di desa Kuala Cangkoy (Aceh Utara) yaitu sekitar 80 %. Demikian pula ketika terjadi badai di Honduras dan gelombang panas di Perancis pada tahun 2003, serta bencana Katrina di Amerika Serikat tahun 2005, korban terbesar tercatat dari kalangan perempuan (Oxfam Canada, 2013).

Kajian tentang dampak perubahan iklim pada dasarnya juga sudah banyak dilakukan. Awalnya, diskusi tentang isu tersebut lebih terfokus pada aspek politik saja, namun dalam perkembangannya, isu ini kemudian berkembang dan pembahasan mengarah pada adanya perbedaan beban antara laki-laki dan perempuan dalam menghadapi dampak perubahan iklim. Perempuan miskin, khususnya, seperti yang ditunjukkan dari berbagai kasus, dikatakan sebagai pihak yang paling merasakan pengaruh perubahan iklim daripada laki-laki (Nellemann, C, 2011). Meskipun demikian, dari pengalaman-pengalaman perempuan, seperti yang ditunjukkan oleh berbagai studi justru memperlihatkan kegigihan kaum perempuan dalam upayanya merespon berbagai persoalan yang muncul karena pengaruh perubahan iklim. Sehingga kaum perempuan diujulkan sebagai "agen perubahan" (*agent of change*) (Oxfam Canada, 2013). Oleh karena itu tulisan ini bermaksud untuk memaparkan paradoks posisi perempuan dalam kaitannya dengan perubahan iklim yaitu rentan terhadap dampak tapi sekaligus potensial dalam mengatasi persoalan ekonomi rumah tangganya yang cenderung menurun karena pengaruh perubahan iklim. Sumber data untuk penulisan artikel ini berasal dari hasil kajian tim PPK-LIPI tentang migrasi dan perubahan iklim di Lombok Utara dan Timur (2012-2013), Lamongan serta berbagai sumber hasil penelitian atau tulisan lainnya yang relevan dengan topik tulisan ini. Tulisan ini dimulai dengan penjelasan tentang perubahan iklim yang terjadi di Indonesia, khususnya di wilayah Lombok dan Jawa Timur. Pembahasan selanjutnya terfokus pada dampak dari perubahan iklim yang ditinjau dari dimensi gender, yang dialami oleh perempuan dari rumah tangga nelayan maupun petani miskin. Isu ini penting juga untuk diungkapkan karena perubahan iklim memiliki implikasi yang berbeda antara laki-laki dan perempuan. Sebelum penutup, tulisan ini akan memaparkan strategi bertahan hidup yang dijalankan perempuan menghadapi/merespon pengaruh perubahan iklim, serta meng'highlight' peran penting perempuan sebagai 'agen perubahan' yang dalam

konteks ini akan lebih difokuskan pada kemampuan perempuan menjadi 'motor penggerak' dalam mengatasi persoalan ekonomi rumah tangga terkait dengan fenomena perubahan iklim. **Perubahan iklim di Indonesia khususnya di Lombok dan Lamongan** Perubahan iklim dapat didefinisikan sebagai perubahan pada indikator-indikator iklim seperti suhu permukaan, curah hujan, suhu permukaan laut, tinggi muka laut, serta kejadian iklim dan cuaca ekstrem (RAN-API, Bappenas, 2013). Apabila dilihat dari definisi tersebut Indonesia termasuk negara yang rentan terhadap perubahan iklim. Sejak tahun 1900, Indonesia telah mengalami peningkatan suhu sebesar 0,3⁰C dan penurunan curah hujan tahunan dua sampai dengan tiga persen selama seratus tahun terakhir (Hulme dan Sheard, 1999). Namun, penurunan curah hujan tersebut berbeda antar daerah, di Indonesia bagian selatan terjadi penurunan curah hujan (seperti di Jawa, Lampung, Sumatera Selatan, Sulawesi Selatan, dan Nusa Tenggara) dan peningkatan curah hujan di bagian utara Indonesia (seperti, hampir sebagian besar Kalimantan dan Sulawesi Utara) (Boer dan Faqih, 2004).

Perubahan kondisi curah hujan tersebut dapat memberikan dampak yang negatif terhadap produksi pertanian dan perikanan di Indonesia dan pada akhirnya mengancam stabilitas keamanan pangan nasional. Menurut Huelsenbeck dan Oceana (2012), Indonesia berada pada peringkat 9 dari 10 negara paling rentan dari ancaman terhadap keamanan pangan akibat dampak perubahan iklim pada sektor perikanan. Sementara itu, akibat dampak perubahan iklim dan pengasaman laut (*ocean acidification*) pada ketersediaan makanan hasil laut, Indonesia berada pada peringkat 23 dari 50 negara paling rentan berdasarkan kajian yang sama².

Gejala perubahan iklim yang ditandai dengan adanya variabilitas iklim, sudah mulai dirasakan oleh penduduk di beberapa daerah terutama di wilayah pertanian dan perikanan di Indonesia (UNDP Indonesia, 2007). Dalam laporannya UNDP menyebutkan bahwa dampak variabilitas iklim yang dirasakan oleh petani dan nelayan tersebut adalah perubahan curah hujan dan perubahan musim yang tidak menentu. Provinsi Jawa Timur merupakan salah satu daerah yang rentan terhadap perubahan iklim terutama di wilayah pantai utara. Kajian yang dilakukan oleh Boer dan Faqih, 2004 *dalam Case et al.* (tt) menemukan bahwa gejala perubahan iklim seperti

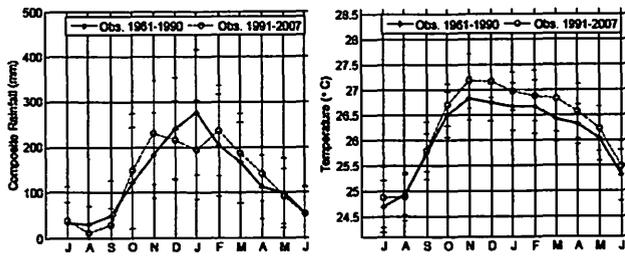
penurunan curah hujan terutama telah mulai dirasakan di Indonesia bagian selatan termasuk Provinsi Jawa Timur. Provinsi Jawa Timur juga merupakan daerah agraris dan sebagian lainnya bertipologi wilayah pesisir yang rentan terhadap perubahan iklim. Padahal cukup banyak penduduk di daerah tersebut yang mempunyai sumber mata pencaharian di bidang pertanian dan perikanan yang sangat dipengaruhi oleh faktor cuaca. Akibatnya mereka sangat rentan terhadap perubahan iklim yang diperkirakan akan semakin ekstrim dalam beberapa tahun ke depan. Kondisi ini dapat berdampak terhadap pendapatan rumah tangga dan pada akhirnya mempengaruhi kondisi ketahanan ekonomi rumah tangga mereka. Hasil kajian yang dilakukan oleh Hermana (2009) juga menunjukkan bahwa perubahan iklim di Jawa Timur sudah terjadi dalam tingkat tertentu dan harus segera dijadikan isu penting dalam perencanaan pembangunan.

Penelitian yang dilakukan PPK-LIPI tahun 2010-2011 di daerah perikanan dan pertanian di Kabupaten Lamongan juga menunjukkan hasil yang sama. Meskipun sebagian besar masyarakat tersebut tidak mengerti apa yang dimaksud dengan perubahan iklim, namun mereka sudah merasakan dampak dari perubahan iklim tersebut. Perubahan iklim yang dirasakan oleh masyarakat di wilayah perikanan adalah musim yang tidak menentu sehingga nelayan kesulitan untuk menentukan waktu untuk melaut. Kondisi tersebut berdampak pada berkurangnya frekuensi melaut, menurunnya hasil tangkapan dan pada akhirnya berkurangnya pendapatan rumah tangga. Sementara itu di wilayah pertanian, musim yang tidak menentu berdampak terhadap sulitnya petani untuk menentukan musim tanam padi dan palawija, disamping itu juga timbul bermacam-macam jenis penyakit seperti potong leher padi yang mengakibatkan produksi padi menurun.

Dampak variabilitas iklim juga sudah mulai dirasakan oleh penduduk di Pulau Lombok, Provinsi Nusa Tenggara Barat. Studi yang dilakukan Pemerintah setempat bekerjasama dengan WWF dan GTZ pada tahun 2007 mengenai Kajian Resiko dan Adaptasi Terhadap Perubahan Iklim Pulau Lombok, menunjukkan adanya kenaikan suhu sebesar 0,5⁰C selama 10 tahun terakhir dan diproyeksikan akan terjadi kenaikan suhu sebesar 1⁰C dalam 50 tahun ke depan atau 3⁰C dalam 100 tahun ke depan. Hal ini ditandai oleh peningkatan suhu dan perubahan pola curah hujan. Berdasarkan data dari penelitian yang dilakukan oleh WWF dan GTZ (2007) seperti yang terlihat pada gambar dibawah ini dapat diketahui bahwa telah terjadi peningkatan suhu rata-rata pada setiap bulan untuk setiap tahun pada periode tahun

²(<http://sains.kompas.com/read/2013/04/01/11290330/Perubahan.Iklm.di.Indonesia>)

1961- 1990 dan periode tahun 1991-2007 di Pulau Lombok.



Gambar 3.8 Grafik komposit rata-rata bulanan curah hujan (kiri) dan temperatur (kanan) berdasarkan data observasi di stasiun Selaperang/Ampanan untuk periode baseline 1961-1990 (biru) dan 1991-2007 (merah). Garis vertikal (*error-bar*) menunjukkan standar deviasi.

Peningkatan suhu tersebut juga disertai dengan perubahan pola curah hujan. Dari gambar dapat dilihat jelas adanya perubahan pola curah hujan terutama di bulan Januari (musim penghujan) yang rata-rata curah hujannya me[1]n secara signifikan. Jika dibandingkan dengan baseline, terlihat penurunan curah hujan di bulan-bulan kering yaitu bulan Agustus dan September dan di musim penghujan yaitu Desember dan Januari, sedangkan di bulan-bulan Oktober, November, Maret, dan April yang merupakan musim transisi curah hujan cenderung naik. Sementara itu, di musim penghujan hanya curah hujan bulan Februari yang cenderung naik. Perlu diperhatikan juga adanya kenaikan variansi (standar deviasi) untuk curah hujan di bulan-bulan Oktober dan November. Perubahan suhu dapat menyebabkan gangguan keseimbangan siklus hidrologis yang berdampak terhadap peningkatan evatranspirasi dan berpengaruh terhadap aliran permukaan/limpasan (*run off*). Pada level tertentu, gangguan siklus hidrologis tersebut berpengaruh terhadap pergeseran pola musim yang dapat meningkatkan peluang kejadian ekstrim, seperti kekeringan dan banjir. Berita yang diterbitkan oleh <http://nasional.vivanews.com/news/read/248976-kekeringan-meluas-di-lombok-ntb> pada tanggal 21 September 2011 memperlihatkan kekeringan yang melanda beberapa wilayah di Pulau Lombok ternyata memberikan dampak yang lebih parah dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya terutama di Kabupaten Lombok Utara dan Kabupaten Lombok Timur. Sejumlah kecamatan yang sebelumnya tidak pernah mengalami krisis air pun terpaksa meminta bantuan air bersih kepada pemerintah.

Disamping kekeringan, kedua kabupaten ini juga pernah terjadi curah hujan ekstrim pada tahun 2010/2011. Kondisi ini berdampak pada penurunan hasil pertanian terutama tanaman perkebunan seperti coklat dan tembakau yang menjadi tanaman perkebunan utama di Lombok Utara dan Lombok Timur. Akibat curah hujan yang berlebihan tersebut ratusan hektar tanaman tembakau yang siap panen

menjadi rusak³. Curah hujan yang berlebihan tersebut juga telah menyebabkan produksi tanaman coklat di Kabupaten Lombok Utara menurun sampai 50 persen⁴.

Variasi iklim musiman yang telah terjadi di Pulau Lombok ditandai dengan terjadinya kemarau panjang dan musim hujan tidak menentu. Di Pulau Lombok kejadian curah hujan ekstrim pernah terjadi pada tahun 2010/2011 dan pada tahun-tahun sebelumnya juga pernah terjadi kekeringan. Hasil penelitian PPK-LPI pada tahun 2012-2013 di wilayah pertanian di pulau Lombok juga memperlihatkan bahwa masyarakat petani di kabupaten Lombok Utara yang merupakan wilayah perkebunan coklat dan di perkebunan tembakau di wilayah kabupaten Lombok Timur juga sudah merasakan dampak variabilitas cuaca tersebut. Hujan yang turun berkepanjangan selama 3 tahun terakhir mengganggu produksi coklat dan tembakau di kedua kabupaten tersebut. Curah hujan yang tinggi menyebabkan buah coklat dan tanaman tembakau menjadi busuk. Kondisi tersebut pada akhirnya berdampak pada menurunnya pendapatan petani. Biaya produksi tembakau yang tinggi menyebabkan kerugian yang harus ditanggung petani cukup besar, padahal sebagian petani mendapatkan biaya tersebut dengan cara berhutang pada rentenir. Untuk membayar hutang tersebut sebagian mereka terpaksa mencari pekerjaan ke tempat lain bahkan dengan menjadi TKI.

DAMPAK PERUBAHAN IKLIM DITINJAU DARI DIMENSI JENDER

Dampak dari perubahan iklim ditengarai semakin memburuk karena pengaruh perbuatan manusia (Case, Ardiansyah and Spector, 2007, p. 5). Indonesia pun diidentifikasi sebagai salah satu negara di Asia yang paling rentan terhadap pengaruh perubahan iklim karena termasuk di urutan ketiga tingkat dunia dalam hal produksi emisi gas rumah kaca. Dampak perubahan iklim tidak hanya terbatas pada perubahan musim hujan-kemarau, kenaikan muka air laut, namun juga telah mempengaruhi beragam aspek kehidupan, mulai dari ekonomi, kesehatan, ketahanan pangan dan juga kerusakan lingkungan⁵. Berdasarkan berbagai

³ (<http://www.sigapbencana-bansos.info/berita/4376-lombok-ratusan-hektare-tanaman-tembakau-rusak.html>)

⁴ (<http://beritadaerah.com/news/getContent/72343>)

⁵ Perubahan iklim juga seringkali diartikan sebagai perombakan pola, merubah keteraturan menjadi sulit untuk diprediksi, seperti musim yang tidak dapat lagi diramalkan. Contohnya pada masyarakat petani Jawa dikenal kebiasaan tanam yang mengikuti aturan yang istilah lokalnya 'pranata monso', namun kecenderungannya sekarang sulit untuk diterapkan karena musim yang berubah-ubah, sehingga

kasus yang pernah ada memperlihatkan bahwa dampak perubahan iklim tidak sama dialami oleh kelompok masyarakat, laki-laki maupun perempuan.

Perempuan dan anak dikatakan merupakan kelompok yang paling rentan terkena dampak langsung maupun tidak langsung dari perubahan iklim. Ketika terjadi kemarau panjang, perempuan dan anak perempuan biasanya ditugaskan sebagai pengumpul air dan bahan bakar, mencari makanan ternak, serta menyiapkan pangan untuk keluarga. Selain itu, perempuan pedesaan juga acapkali memikul tanggung jawab sebagai pengelola pertanian untuk kebutuhan konsumsi pangan bagi keluarganya. Di masa-masa iklim yang sulit dan serba tidak menentu, mereka jelas harus menghadapi sumber daya alam yang makin terbatas dan beban kerja yang lebih berat. Konsekuensi dari lamanya waktu dan beban kerja yang lebih berat bagi perempuan dan anak-anak sangat beragam dan melingkupi berbagai aspek, seperti pendidikan, kesehatan serta pangan.

Sudah banyak bukti yang memperlihatkan bahwa dampak perubahan iklim memiliki keterkaitan dengan isu gender dan kerentanan perempuan⁶. Dampaknya terutama dirasakan di sektor-sektor yang secara tradisional banyak terkait dengan peran perempuan, seperti di wilayah pertanian maupun perkebunan. Sektor-sektor ini rentan terimbas dampak perubahan iklim, sehingga situasi ini semakin menambah beban perempuan dari rumah tangga miskin, karena mereka sangat tergantung pada sumber daya alam lokal untuk menopang kehidupan keluarganya. Sebagai gambaran saja, data dari Serikat Petani Indonesia memperlihatkan bahwa hampir sekitar 70-80 % pekerja di sektor pertanian adalah perempuan, sementara pada tahun 2007 sekitar 6,676 hektar areal

untuk menyebutkan fenomena tersebut, istilah lokalnya adalah 'salah mongso' untuk menggambarkan cuaca yang tidak menentu. Sebagian rumah tangga petani di Lamongan, NTT dan Lombok misalnya, menceritakan bahwa dalam 3-5 tahun terakhir ini hasil produksi dari pertanian maupun perkebunan, jauh berkurang karena mereka tidak hanya gagal panen, namun juga gagal tanam. Sehingga sebagian dari mereka yang mengalami masa paceklik, harus membudiyakan tanaman pangan yang semula terdapat di hutan, agar dapat dikonsumsi saat kekurangan pangan (Fitranita, dkk, 2011, 2012 belum diterbitkan).

⁶ Bahkan dalam salah satu tulisan dikatakan bahwa perempuan dan anak-anak memiliki 14 kali kemungkinan lebih besar menjadi korban bencana yang antara lainnya disebabkan oleh perubahan iklim dan kenyataannya berbagai peristiwa bencana yang terjadi di beberapa negara memperlihatkan kebenaran dari pendapat tersebut (Oxfam Canada, 2013).

pertanian gagal panen karena bencana banjir. Dapat dipastikan bahwa kelompok pekerja petani perempuan adalah pihak yang paling berat terimbas dampak banjir (Asian Development Bank Institute, 2011).

Dengan kondisi lahan yang semakin berkurang kualitas kesuburannya karena pengaruh perubahan musim, juga berkurangnya ketersediaan air bersih dan produksi pertanian, serta semakin sulitnya memprediksi iklim untuk bercocok tanam karena pola musim hujan-kemarau yang berubah, jelas akan semakin meningkatkan resiko kelaparan/kemiskinan di kalangan perempuan (Nellemann, C., Verma, R., dan Hislop, L., 2011). Sehingga tanpa ada intervensi dari berbagai pihak, perempuan yang mayoritas merupakan tenaga kerja/buruh tani, dapat semakin terpuruk dalam kondisi kemiskinan.

Kondisi yang sama juga ditemukan dalam rumah tangga nelayan, terjadinya perubahan iklim yang salah satunya diindikasikan dengan kenaikan air laut, telah menimbulkan perubahan, tidak hanya pada lingkungan ekosistem, namun juga terhadap kehidupan rumah tangga nelayan. Berkurangnya air bersih, rusaknya tempat tinggal dan infrastruktur telah mendorong sebagian rumah tangga terpaksa bermigrasi. Ketika menghadapi sumber daya alam yang makin terbatas, perempuan dari rumah tangga nelayan miskin, acapkali harus menanggung beban lebih berat dibandingkan laki-laki.

Perempuan menanggung beban lebih berat

Berdasarkan pemaparan di atas tersebut maka jelas terlihat bahwa perempuan memperoleh beban atau 'pukulan' yang lebih berat dibandingkan laki-laki dalam menanggung dampak terjadinya perubahan iklim. Hal ini dimungkinkan karena perempuan miskin cenderung bergantung pada lingkungan alam sebagai sumber penghidupan mereka ketimbang laki-laki. Selain faktor ketergantungan tersebut, perempuan harus menanggung beban yang lebih berat dibanding laki-laki karena adanya ketimpangan gender. Perempuan merupakan kelompok masyarakat yang mayoritas memiliki sumberdaya terbatas (selain lebih miskin, perempuan juga memiliki pendidikan yang lebih rendah dibandingkan laki-laki), dengan kondisi yang demikian kapasitas untuk bertahan ('survival capacity') menghadapi dampak perubahan iklim juga menjadi terbatas.

Berbeda halnya dengan laki-laki yang memiliki akses lebih terbuka terhadap sumberdaya, perempuan memiliki/menghadapi beragam keterbatasan untuk berjuang memenuhi kebutuhan hidup. Misalnya dalam merespon kekeringan, perempuan tidak dapat begitu

saja bermigrasi karena mereka terikat dengan peran domestik (antara lain mengasuh anak, mengurus rumah tangga), selain itu masih ada hambatan sosial untuk perempuan melakukan migrasi; perempuan juga cenderung memiliki aset yang relatif terbatas, misalnya terhadap kepemilikan lahan yang dapat digunakan ketika masa-masa sulit. Padahal kepemilikan lahan memiliki beragam potensial manfaat, seperti tempat untuk tinggal, sumber mata pencaharian, aset berharga yang sewaktu-waktu dapat dijual dan sumber produksi lainnya. Dalam tulisan Hertel (2010) bahkan dikatakan bahwa orang yang tidak memiliki lahan sebagai sumber mata pencahariannya, maka mereka termasuk kelompok yang paling rentan terhadap dampak perubahan iklim.

Beban yang lebih berat juga harus ditanggung oleh rumah tangga yang dikepalai perempuan dengan keterbatasan aset. Kasus-kasus yang ada memperlihatkan umumnya perempuan-perempuan tersebut terkena dampak parah bencana-bencana yang berkaitan dengan iklim. Efek dari perubahan iklim berupa kerusakan ekosistem lingkungan termasuk berkurangnya lahan pertanian maupun perikanan, tentunya sangat mempengaruhi kondisi kehidupan rumah tangga perempuan untuk bertahan. Dengan aset yang terbatas, sulit bagi kepala rumah tangga perempuan miskin mengatasi beragam persoalan yang disebabkan oleh perubahan iklim tersebut, seperti mendapatkan tempat tinggal untuk melanjutkan kehidupannya, mendapatkan kredit untuk memulai usaha baru maupun memiliki lahan baru sebagai sumber mata pencahariannya (ADB, 2009). Ironisnya, pengalaman dari negara lain, seperti Afrika, memperlihatkan bahwa diskriminasi masih acapkali terjadi dalam intervensi terhadap petani perempuan karena target bantuan/program lebih difokuskan kepada laki-laki.

Selain factor-faktor tersebut, hal lain yang juga dapat menambah 'beban' perempuan adalah norma budaya yang membatasi peran perempuan masih dilanggengkan, baik di tingkat rumah tangga maupun masyarakat. Belum banyak perempuan yang dilibatkan dalam proses pengambilan keputusan. Pengambilan keputusan di tingkat rumah tangga maupun masyarakat yang jatuh ditangan laki-laki, juga telah membentuk suatu kondisi kerentanan yang spesifik gender bagi perempuan karena dapat mempengaruhi aksesibilitas terhadap berbagai sumberdaya. Selain itu juga dapat membuat ruang gerak perempuan menjadi terbatas dan semakin terekspose terhadap dampak negatif perubahan iklim serta semakin menambah kondisi kerentanan perempuan.

Perempuan memang digambarkan sebagai pihak yang paling rentan terimbas oleh perubahan iklim, namun di sisi lain perempuan juga sebagai pihak yang paling dapat diandalkan dalam menggerakkan perubahan termasuk memperjuangkan kehidupan, tidak hanya bagi dirinya namun juga untuk keluarganya. Beberapa kajian Oxfam telah mengangkat bagaimana melalui kelembagaan dan kekuatan sosial, perempuan mampu meminimalisir dampak dari perubahan iklim dan sekaligus menemukan jalan keluar dari kemiskinan. Sehingga perempuan kemudian dijuluki sebagai 'agen perubahan' tidak terbatas dalam lingkup keluarga namun juga komunitas luas. Pembahasan berikutnya memaparkan bagaimana para perempuan dari rumah tangga petani dan nelayan miskin di beberapa wilayah Indonesia mampu mengembangkan strategi bertahan hidup, berjuang keluar dari beragam persoalan yang ditimbulkan karena pengaruh perubahan iklim, sehingga memungkinkan keluarga mereka tetap dapat mempertahankan kehidupan disaat musim 'paceklik'.

STRATEGI BERTAHAN HIDUP MENGHADAPI PERUBAHAN IKLIM: PEREMPUAN BERADA DI 'GARIS DEPAN'

Pemaparan temuan dari hasil studi PPK LIPI di Lamongan dan Lombok berikut ini menunjukkan bahwa meskipun disebutkan perempuan menanggung beban yang paling berat dan yang paling menderita akibat dampak perubahan iklim namun ternyata perempuan juga mempunyai kemampuan tinggi untuk berjuang mempertahankan hidup, agar rumah tangganya tetap dapat 'survive' ketika terjadi penurunan pendapatan rumah tangga secara drastis karena pengaruh perubahan iklim.

Besarnya peran perempuan dalam melakukan strategi untuk bertahan hidup terhadap perubahan iklim ditemukan di kabupaten Lamongan. Hasil studi yang dilakukan oleh PPK-LIPI pada tahun 2010-2011 di kabupaten tersebut memperlihatkan bahwa masyarakat terutama nelayan sudah mulai merasakan dampak dari perubahan iklim. Nelayan sudah tidak dapat menentukan waktu yang tepat untuk melaut sehingga frekuensi melaut menjadi berkurang sehingga penghasilan yang diperoleh menurun. Kondisi ini berdampak langsung terhadap pendapatan rumah tangga nelayan. Bagi sebagian nelayan yang pada umumnya adalah laki-laki, hal ini direspon dengan melakukan migrasi ke daerah lain untuk mencari pekerjaan. Namun tidak demikian halnya dengan istri-istri nelayan.

Dalam kondisi biasa, ketika musim masih bisa diprediksi dan penghasilan yang diperoleh nelayan masih bisa dibilang normal, sebagian istri-istri nelayan

berperan sebagai ibu rumah tangga yaitu mengurus semua pekerjaan rumah tangga dan mengasuh anak-anak. Sementara itu, sebagian istri-istri nelayan lainnya terlibat dalam pekerjaan yang dilakukan para suami yaitu menjual hasil tangkapan yang diperoleh oleh para suami langsung ke pasar atau pada pengumpul. Tetapi pekerjaan ini biasanya tidak membutuhkan waktu yang lama karena biasanya mereka sudah mempunyai langganan yang akan membeli hasil tangkapan suaminya. Namun dengan berkurangnya hasil tangkapan nelayan atau bermigrasinya sebagian nelayan ke daerah lain untuk mencari pekerjaan mengharuskan para istri untuk melakukan berbagai cara untuk tetap bisa memperoleh penghasilan untuk memenuhi kebutuhan rumah tangganya. Tidak semua suami yang migrasi mencari nafkah secara teratur mengirimkan uang kepada istrinya, ada beberapa suami yang sama sekali tidak mengirim atau kiriman uang tidak lancar “tidak kontinu”. Kondisi tersebut mengharuskan para istri untuk melakukan berbagai cara untuk tetap bisa memperoleh penghasilan untuk memenuhi kebutuhan rumah tangganya. Salah satu strategi yang dilakukan oleh istri nelayan dengan mencari pekerjaan lain. Diantaranya adalah dengan bekerja menjadi buruh “mbelek ikan” di perusahaan pengolahan hasil laut yang terdapat di daerah tersebut. Untuk memperoleh gambaran tentang hal ini dapat dilihat pada kasus Ibu A berikut ini:

Buruh “mbelek” ikan

Ibu A adalah istri nelayan. Tiga tahun yang lalu sebelum kondisi musim tidak dapat diprediksi lagi, Ibu A adalah ibu rumah tangga dan juga bertanggungjawab menjualkan hasil tangkapan suaminya ke pasar. Namun semenjak musim tidak menentu dan hasil tangkapan suaminya semakin berkurang dan akhirnya bekerja menjadi buruh bangunan di luar negeri (TKI), Ibu A akhirnya memutuskan untuk bekerja sebagai buruh “mbelek” ikan. Hal ini dilakukannya karena suaminya tidak mengirimkan uang setiap bulan dan jumlahnya tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup dirinya dan anak-anaknya. Pekerjaan “mbelek” ikan atau membelah ikan dan membersihkannya untuk kemudian dikeringkan ini hampir semuanya memang dilakukan oleh perempuan dengan waktu kerja yang cukup panjang. Setiap hari ia bekerja dari jam 7 pagi sampai jam 7 malam dengan bayaran Rp. 1.500,- untuk setiap kilogram ikan kering yang dihasilkan. Di sela-sela waktu istirahat yang hanya 2 jam, ibu A tetap memasak dan mengurus anak-anaknya. Dari penghasilan “mbelek ikan” inilah ia dapat memenuhi kebutuhan rumah tangganya.

Sumber: Wawancara mendalam dengan informan dari desa Weru (Lamongan), 2011.

Kasus ibu A ini menunjukkan bahwa perempuan tidak hanya mempunyai kemampuan adaptasi yang cukup tinggi terhadap perubahan variabilitas iklim namun juga mampu mencari peluang untuk mencari nafkah yang sudah semakin sulit ketika terjadi perubahan musim. Pada saat perubahan variabilitas iklim terjadi menyebabkan pekerjaan nelayan terganggu dan berdampak terhadap menurunnya kondisi ekonomi rumah tangga, perempuan mengambil peran untuk ikut menjadi pencari nafkah bagi keluarganya dengan tetap bertahan tinggal daerah asalnya, disamping tetap mengurus rumah tangga. Sementara itu, laki-laki bermigrasi ke daerah lain untuk mencari pekerjaan yang menunjukkan kekurangmampuannya beradaptasi dengan kondisi lingkungan tempat tinggalnya yang mengalami perubahan.

Tingginya kemampuan beradaptasi dan bertahan hidup perempuan terhadap perubahan iklim juga terlihat pada kasus di wilayah perkebunan tembakau di desa Sukadana, kecamatan Terare, Lombok Timur. Hasil penelitian di kabupaten tersebut pada tahun 2010-2011 memperlihatkan bahwa masyarakat petani kebun tembakau sudah merasakan dampak perubahan iklim. Hal ini ditandai oleh musim hujan yang berkepanjangan sehingga berdampak buruk terhadap tanaman tembakau. Akibatnya banyak tanaman tembakau yang menjadi busuk sehingga banyak petani yang merugi. Kerugian yang dialami oleh petani tembakau cukup besar mengingat biaya yang dikeluarkan untuk berkebun tembakau cukup tinggi. Kondisi ini terutama dialami oleh petani yang menyewa lahan untuk bertanam tembakau yaitu petani yang tidak mempunyai lahan sama sekali atau petani yang mempunyai lahan namun sempit. Keuntungan yang besar dari bertanam tembakau telah mendorong petani-petani tersebut untuk menyewa lahan meskipun dengan harga tinggi. Hasil wawancara dengan beberapa petani memperlihatkan bahwa biaya yang dikeluarkan petani untuk 1 hektar kebun tembakau bisa mencapai Rp. 50.000.000,-. Sebagian petani memperoleh biaya sewa lahan dan biaya produksi lainnya dari rentenir meskipun harus dibayar dengan bunga tinggi. Mereka berharap hutang tersebut dapat ditutupi dari keuntungan yang diperoleh dari hasil panen. Menurut beberapa petani tembakau, keuntungan bersih yang diperoleh dari panen tembakau tersebut dapat mencapai Rp. 20.000.000,- setelah dikurangi biaya produksi. Harapan untuk memperoleh keuntungan yang besar tersebut menyebabkan petani selalu termotivasi untuk menanam tembakau pada musim kemarau. Namun semenjak tahun 2010, ketika kondisi iklim tidak bersahabat dengan petani tembakau akibat curah hujan yang terus menerus, petani lebih sering menderita kerugian sehingga hutang tidak terbayar. Sebagian

petani tembakau akhirnya memutuskan untuk mencari kerja di luar negeri dengan menjadi TKI.

Namun, menjadi TKI tidak berarti masalah hutang yang dihadapi keluarga petani tembakau teratasi, karena penghasilan yang diperoleh tidak terlalu besar. Dari hasil wawancara dengan beberapa istri petani tembakau yang menjadi TKI diketahui bahwa rata-rata penghasilan yang diperoleh oleh suami mereka di luar negeri hanya sebesar Rp. 1.500.000,-. Dari hasil tersebut sebagian dipakai untuk keperluan sehari-hari di luar negeri, sisanya baru dikirimkan pada istri di tanah air. Namun tidak semua suami mengirimkan uang pada istrinya. Sebagian suami ada yang mengirimkan uang dua bulan sekali, tiga bulan sekali bahkan ada yang belum pernah mengirimkan uang. Kondisi ini memaksa istri-istri yang ditinggalkan oleh petani-petani tembakau tersebut memikirkan strategi agar dapat bertahan dengan keadaan tersebut. Salah satu strategi yang dilakukan oleh istri-istri petani tembakau tersebut adalah bekerja untuk memperoleh pendapatan agar dapat memenuhi kebutuhan dirinya sendiri dan anak-anaknya. Sebagian besar para istri bekerja sebagai buruh tani pada orang lain yang mempunyai lahan namun lahannya tidak ditanami tembakau lagi melainkan ditanami padi. Pekerjaan ini terutama dilakukan oleh para istri dari suami yang tidak mempunyai lahan atau hanya mempunyai lahan sempit.

Sebagai contoh adalah kasus yang dialami oleh Ibu B. Sebelum tanaman tembakau yang dimilikinya beserta suami rusak dan mengalami penurunan produksi yang cukup drastis, selain menjadi ibu rumah tangga, ibu B juga bekerja membantu suaminya di kebun tembakau. Kegagalan panen tembakau karena musim hujan yang terus menerus menyebabkan rumah tangga Ibu B harus menanggung hutang yang cukup besar pada rentenir. Kondisi ini mendorong suaminya untuk mencari kerja ke Malaysia dengan harapan untuk memperoleh penghasilan yang akan dikirimkan pada istri yang ditinggal di daerah asal. Meskipun setiap bulan, Ibu B mendapat kiriman uang dari suaminya namun jumlah uang kiriman tersebut tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup dirinya dan anak-anaknya termasuk membayar cicilan hutang. Kondisi ini diatasi oleh ibu B dengan bekerja menjadi buruh tani di kebun atau sawah orang lain. Pekerjaan menjadi buruh tani tersebut dilakukannya mulai dari jam 7 pagi sampai jam 12 siang. Setelah beristirahat selama 2 jam, ia kembali melanjutkan pekerjaan sampai dengan jam 5 sore. Untuk pekerjaan tersebut ia mendapatkan upah sebanyak Rp. 20.000,- setiap harinya. Pekerjaan ini cukup berat mengingat disamping bekerja menjadi buruh tani, Ibu B tetap harus melakukan pekerjaan

rumah tangga dan mengurus anak-anaknya setelah pulang dari bekerja.

Selain menjadi buruh tani, sebagian kecil istri ada juga yang terpaksa melakukan pekerjaan berat untuk memperoleh penghasilan termasuk melakukan pekerjaan kasar yang cukup berat seperti yang dilakukan oleh Ibu C.

Buruh ambil pasir

Semenjak ditinggalkan oleh suaminya selama delapan bulan Ibu C belum pernah mendapat kiriman uang dari suaminya. Padahal ia dan anak-anaknya perlu uang untuk makan, sekolah dan kebutuhan lainnya. Sebelum suaminya bekerja di luar negeri, Ibu C turut membantu si suami bekerja di kebun tembakau. Ketika suaminya memutuskan bekerja ke luar negeri dengan menjadi TKI, Ibu C berharap dapat memenuhi kebutuhan hidup dari uang kiriman suaminya. Namun, meskipun sudah hampir delapan bulan bekerja di luar negeri, belum pernah sekalipun suaminya mengirimkan uang. Akhirnya Ibu C memutuskan untuk bekerja sebagai pengambil pasir di kali. Pasir yang diambil dari kali tersebut kemudian ditumpuk di depan rumah dan dijual Rp. 300.000,- per satu truk ukuran sedang.

Sumber: Wawancara mendalam dengan informan dari desa Sukadana (Lombok Timur), 2012

Pekerjaan yang dilakukan oleh ibu C, jelas-jelas adalah pekerjaan berat yang seharusnya dilakukan oleh laki-laki. Namun, hilangnya sumber pendapatan rumah tangga akibat curah hujan yang terus menerus memaksa suaminya mencari pekerjaan sampai ke luar negeri dan mengharuskan ibu C untuk melakukan pekerjaan tersebut karena tidak dikirim uang oleh suaminya sementara ia tetap perlu uang untuk memenuhi kebutuhan rumah tangganya.

Apa yang dilakukan oleh Ibu C menunjukkan bahwa ia terus berjuang untuk bertahan hidup seperti yang juga dilakukan oleh sebagian perempuan yang kondisi ekonominya terkena dampak perubahan iklim cukup tinggi. Ibu C memiliki kemauan berjuang menghadapi perubahan iklim yang berdampak buruk terhadap kondisi ekonomi rumah tangganya dengan cara ikut berperan sebagai pencari nafkah dalam keluarganya. Meskipun dengan melakukan pekerjaan kasar (penggali pasir) yang lebih cocok untuk dilakukan oleh laki-laki. Hal tersebut dilakukannya karena ia melihat peluang yang tersedia di depan matanya. Rumah tempat tinggal ibu C dan keluarganya tidak terlalu jauh dengan kali, setiap hari ia melihat banyak orang yang mengambil pasir di kali tersebut untuk dijual. Hal tersebut membuka mata ibu C untuk melakukan hal

yang sama demi untuk memperoleh uang untuk memenuhi kebutuhan rumah tangganya.

Kasus-kasus yang dipaparkan diatas menunjukkan bahwa perempuan mempunyai kemampuan untuk bertahan hidup yang cukup tinggi terhadap perubahan iklim. Pada saat kondisi ekonomi rumah tangga mengalami penurunan akibat dampak perubahan iklim yang ditandai dengan berkurangnya pendapatan yang diperoleh oleh suami sebagai pencari nafkah utama, maka perempuan dengan segera mengambil peran untuk membantu suami mencari penghasilan tambahan. Dalam hal ini, meskipun perempuan dan laki-laki terkena dampak perubahan iklim di sektor pertanian namun perempuan cenderung tetap bertahan di sektor tersebut dengan melakukan berbagai inovasi sedangkan laki-laki tidak dapat bertahan dan cenderung pergi ke daerah lain untuk mencari pekerjaan⁷. Hal ini menunjukkan bahwa perempuan lebih mampu mengembangkan kapasitas untuk tetap bertahan dan beradaptasi terhadap perubahan iklim dibandingkan laki-laki. Kewajiban perempuan dalam urusan-urusan domestik, antara lainnya yang membuat perempuan cenderung menetap dan mencari inovasi untuk menyelamatkan kondisi ekonomi rumah tangganya.

Pada dasarnya keterlibatan perempuan dalam rumah tangga nelayan maupun petani miskin dalam membantu suami mencari nafkah, sudah merupakan bagian dari peran domestik yang biasa dilakukan para perempuan tersebut. Mereka harus banting tulang mencari nafkah untuk keluarga juga. Namun, dalam kondisi terjadinya perubahan iklim yang berdampak pada penurunan produksi tangkapan maupun panen, semakin membuat rumah tangga sulit mencari nafkah. Dalam konteks ini dapat dilihat bahwa perempuan memperlihatkan kegigihannya untuk mempertahankan kelangsungan hidup, tidak hanya untuk dirinya namun juga keluarganya. Meskipun dari pengalaman-pengalaman sebelumnya ditunjukkan bahwa perempuan sebagai pihak yang paling merasakan dampak perubahan iklim dibanding laki-laki, namun kenyataan hal tersebut tidak membuat perempuan menyerah. Hasil kajian PPK LIPI dan juga bukti-bukti empiris lainnya telah menunjukkan bahwa perempuan mampu menjadi 'agent of change' dalam menghadapi keadaan yang paling marginal sekalipun.

Fenomena seperti ini juga pernah diangkat oleh Banda dan Babugura (tt) dalam studi tentang jender,

⁷ Menurut Abeka, et al. (2012) fenomena tersebut menunjukkan bahwa perubahan iklim memperburuk kecenderungan feminisasi pertanian sedangkan laki-laki didorong untuk melakukan migrasi.

perubahan iklim dan adaptasi di Limpopa dan KwaZulu-Natal. Mereka melaporkan bahwa terjadi perubahan peran jender untuk mengakomodasi perubahan sosial ekonomi terkait dengan perubahan iklim. Semenjak banyak laki-laki yang kehilangan pekerjaan akibat dampak perubahan iklim, banyak perempuan yang pada awalnya hanya melakukan pekerjaan di rumah dan pekarangannya, mulai terlibat melakukan kegiatan yang menghasilkan uang. Perempuan pada komunitas tersebut akhirnya mempunyai kekuatan yang cukup besar untuk mengatur keuangan rumah tangga dan hal ini telah merubah hubungan kekuasaan (*power relation*) dalam masyarakat tersebut.

KESIMPULAN

Posisi dari tulisan ini ini dalam perbincangan tentang gender dalam konteks perubahan iklim adalah semakin memperkuat isu adanya perbedaan dalam pengaruh dampak perubahan iklim yang dialami antara laki-laki dengan perempuan. Sementara, ketersediaan data empiris yang mengangkat fenomena ini untuk konteks Indonesia dapat dikatakan masih terbatas. Kebanyakan tulisan tentang perubahan iklim lebih banyak menyoroiti persoalan dampaknya dalam kaitannya dengan kondisi kerentanan yang dilihat secara umum/netral. Padahal ada persoalan yang serius dalam isu tersebut terkait dengan pengalaman perempuan.

Isu perubahan iklim ternyata tidak hanya memiliki dampak terhadap perubahan lingkungan namun juga memiliki hubungan timbal balik dengan gender. Perubahan iklim cenderung memperburuk ketidaksetaraan gender, sementara ketidaksetaraan gender membuat perempuan menanggung dampak negatif dari perubahan iklim lebih berat dibandingkan laki-laki. Dalam konteks ini, tulisan ini semakin memperkuat gambaran tentang kerentanan perempuan terhadap dampak perubahan iklim, terutama perempuan yang berasal dari rumah tangga miskin, memiliki mata pencaharian yang tergantung pada sumberdaya alam yang sangat terpengaruh oleh perubahan iklim.

Pengalaman perempuan dari rumah tangga petani maupun nelayan miskin dari Lamongan (Jawa Timur), serta Lombok Utara dan Timur memberikan gambaran tentang beratnya beban rumah tangga mereka menghadapi dampak perubahan iklim. Merujuk pada pengalaman mereka dapat diamati bahwa kondisi perempuan menjadi lebih berat pada masa-masa sulit seperti ketika terjadi gagal panen, gagal tanam, atau adanya kerusakan pada ekosistem lingkungan karena perempuan memiliki tanggung jawab atas berbagai hal untuk memenuhi kebutuhan dasar rumah tangganya.

Selain itu, adanya ketidaksetaraan dalam hal aksesibilitas terhadap sumberdaya, dalam pengambilan keputusan, dan keterbatasan untuk melakukan migrasi juga merupakan faktor lainnya yang semakin memperberat beban perempuan karena harus menanggung dampak dari perubahan iklim secara tidak proporsional.

Hal yang menarik yang perlu diangkat ke permukaan dari beragam pengalaman perempuan di Lamongan, Lombok Utara dan Timur, adalah perempuan-perempuan tersebut tidak hanya 'sekedar' merespon terhadap dampak perubahan iklim, namun mereka harus berjuang keras untuk mengatasi persoalan penurunan pendapatan agar tetap 'survive'. Kondisi perempuan memang cenderung lebih rentan dibandingkan dengan laki-laki. Namun hasil kajian PPK-LIPI memperlihatkan meskipun rentan, perempuan tidak menyerah, tapi mereka tetap bangkit, mencari nafkah (melakukan diversifikasi mata pencaharian) untuk bertahan hidup, buat diri dan keluarganya. Para perempuan tersebut tidak hanya mengandalkan pada kiriman suami atau bantuan kerabat. Perempuan memiliki makna strategis dalam keluarga yang sangat kuat. Apabila selama ini gambaran tentang perempuan dalam rumah tangga nelayan miskin sangat erat dengan kondisi ketertinggalan, kemiskinan, maka melalui tulisan ini disampaikan bahwa perempuan mampu menjadi 'motor penggerak' perekonomian keluarga. Perempuan mampu mengolah pemasukan sebarang hasilnya dan menjadikannya usaha untuk bertahan hidup (melakukan diversifikasi pekerjaan).

Sejalan dengan upaya Indonesia untuk berperan aktif dalam mengurangi emisi gas rumah kaca 26 % - 41 %, maka kebijakan perubahan iklim haruslah sensitif gender karena berbagai kasus yang ada memperlihatkan bahwa pengalaman perempuan dan laki-laki berbeda terkait dengan dampak perubahan iklim. Dalam perumusan program/strategi, sangatlah penting untuk memberi perhatian khusus terhadap keterkaitan antara perubahan iklim dengan gender (penekanan pada kerentanan perempuan) serta melibatkan perempuan dalam setiap tingkat proses pengambilan keputusan, agar intervensi dapat dilakukan secara tepat dan kebutuhan perempuan dapat terakomodasi secara optimal. Kontribusi perempuan dalam mengatasi dampak perubahan iklim juga perlu diapresiasi karena terbukti perempuan tidak saja mampu beradaptasi, bertahan terhadap perubahan tetapi juga memiliki kemampuan menjadi 'motor penggerak' dalam mengatasi persoalan terkait dengan perubahan iklim.

Dengan demikian, mempertimbangkan perspektif gender dalam kebijakan, program maupun pendanaan terkait dengan perubahan iklim, dapat dikatakan merupakan suatu keharusan karena upaya tersebut tidak saja untuk memastikan bahwa perempuan dapat berkontribusi aktif namun dapat memperoleh manfaat dari beragam solusi yang dirumuskan. Terkait dengan program bantuan di tingkat rumah tangga harus langsung ditujukan pada perempuan bahkan pada kepala keluarga yang mayoritas adalah laki-laki.

DAFTAR PUSTAKA

- Abeka, Seith, Saudia Anwer, Rocío Barrantes Huamani, Vinod Bhatt, Stanley Bii, Betty Prissy Muasya, Amrita Rejina Rozario, Hugo Rojas Senisse, Gregorio Valverde, Soría. 2012. *Women Farmers Adapting to Climate Change: Four examples from three continents of women's use of local knowledge in climate change adaptation*
- Annecke, Wendy. 2010. "Gender and Climate Change Adaptation". Indigo development and change. South Africa. <http://bit.ly.fSMRTN>.
- Bappenas. 2013. *National Action for Climate Change (RAN-API)*.
- Boer, R. and A. Faqih. 2004. *Current and Future Rainfall Variability in Indonesia*. In *An Integrated Assessment of Climate Change Impacts, Adaptation and Vulnerability in Watershed Areas and Communities in Southeast Asia*. Report from AIACC Project No AS21. International START Secretariat. Washington, DC.
- GTZ, Pemda NTB, dan WWF. 2007. *Kajian Risiko dan Adaptasi Terhadap Perubahan Iklim Pulau Lombok Provinsi Nusa Tenggara Barat: Analisis dan Proyeksi Curah Hujan dan temperature*
- Hermana, Joni. 2009. *Kajian Perubahan Iklim Di Jawa Timur Untuk Memprediksi Kerawanan Bencana : Aspek Perubahan Iklim Dan Pelestarian Lingkungan (Biodiversity) : Laporan Penelitian*. Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat. Institut Teknologi Sepuluh Nopember
- Hulme, M and N. Sheard. 1999. *Climate Change Scenarios for Indonesia*. Climatic Research Unit, Norwich, UK, 6 pp.

- Herdiyani, Rena (Penanggung Jawab). 2012. Perempuan dan Perubahan Iklim dalam Jurnal Perempuan Bergerak. Edisi II; April - Juni 2012
- Kertas Kebijakan. "Gender dalam Bencana Alam dan Adaptasi Iklim"
- Midori Aoyagi , Eiko Suda, and Tomomi Shinada ADBI Working Paper Series Gender Inclusion in Climate Change Adaptation No. 309 September 2011. Asian Development Bank Institute
- Measey, Mariah. 2010. Indonesia: A Vulnerable Country in the Face of Climate Change Global Majority E-Journal, Vol. 1, No. 1 (June 2010), pp. 31-45
- Nellemann, C., Verma, R., and Hislop, L. (eds). 2011. Women at the frontline of climate change: Gender risks and hopes. A Rapid Response Assessment. United Nations Environment Programme, GRID-Arendal.
- Oxfam Canada. 2013. Women and Climate Change Perempuan di Wilayah Tambang: Tantangan Perubahan Iklim. Siti Maimunah. 2013. Diterbitkan dalam Etnohistori (<http://etnohistori.org>) --: korban dampak perubahan iklim, indonesia, perempuan
- Saragih, Mida. 2012. "Perempuan Membaca Iklim" dalam Perempuan Bergerak; Edisi II; April - Juni 2012
- UNFPA and WEDO. 2009. Climate Change Connection
- UNDP. 2007. Sisi Lain dari Perubahan Iklim: Mengapa Indonesia harus beradaptasi untuk melindungi rakyat miskinnya?
- <http://nasionall.vivanews.com/news/read/248976-kekeringan-meluas-di-lombok-ntb>

PANDUAN PENULISAN JURNAL KEPENDUDUKAN INDONESIA

Naskah yang akan diterbitkan dalam Jurnal Kependudukan harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

1. Naskah adalah karya asli yang belum pernah dipublikasikan di media cetak lain maupun elektronik.
2. Naskah dapat berupa hasil penelitian, gagasan konseptual, tinjauan buku, dan jenis tulisan ilmiah lainnya.
3. Naskah ditulis dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris dengan menggunakan tata bahasa yang benar.
4. Naskah ditulis dengan menggunakan model huruf Times New Roman, font 12, margin atas 4 cm, margin bawah, 3 cm, margin kanan 3 cm, dan margin kiri 4 cm, pada kertas berukuran A4 minimal 5000 kata, diketik 1,5 spasi dengan program Microsoft Word. Setiap lembar tulisan diberi halaman.
5. Isi naskah terdiri dari:
 - a. Judul ditulis dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris. Judul harus mencerminkan isi tulisan, bersifat spesifik dan terdiri atas 10-15 kata.
 - b. Identitas Penulis yang diletakkan di bawah judul, meliputi nama dan alamat lembaga penulis serta alamat email
 - c. Abstrak dan kata kunci dalam bahasa Indonesia dan bahasa Inggris. Abstrak ditulis dalam satu paragraf dengan jumlah kata antara 100-150. Isi abstrak menggambarkan esensi isi keseluruhan tulisan.
 - d. Pendahuluan yang berisi tentang justifikasi pentingnya penulisan artikel, maksud/tujuan menulis artikel, sumber data yang dipakai, dan pembabakan penulisan.
 - e. Tubuh/inti artikel berisi tentang isi tulisan, pada umumnya berisi tentang kupasan, analisis, argumentasi, komparasi, dan pendirian penulis. Bagian inti artikel dapat dibagi menjadi beberapa subbagian yang jumlahnya bergantung kepada isu/aspek yang dibahas.
 - f. Kesimpulan berisi temuan penting dari apa yang telah dibahas pada bagian sebelumnya.
 - g. Tampilan tabel, gambar atau grafik harus bisa dibaca dengan jelas dan judul tabel diletakkan di atas tabel, sedangkan judul gambar atau grafik diletakkan di bawah gambar atau grafik serta dilengkapi dengan penomoran tabel/gambar/grafik.
 - h. Acuan Pustaka diupayakan menggunakan acuan terkini (lima tahun terakhir)

- i. Penulisan daftar Pustaka mengikuti ketentuan sebagai berikut:
 - Kutipan dalam teks: nama belakang pengarang, tahun karangan dan nomor halaman yang dikutip
Contoh: (Jones, 2004:15), atau Seperti yang dikemukakan oleh Jones (2004:15).
 - Kutipan dari buku: nama belakang, nama depan penulis tahun penerbitan. *Judul buku*. kota penerbitan: penerbit
Contoh: Horowitz, Donald. 1985. *Ethnic Groups Conflict*, Berkeley: University of California.
 - Kutipan dari artikel dalam buku bunga rampai: nama belakang, nama depan pengarang, tahun. "judul artikel dalam nama editor (Ed.), Judul Buku. nama kota: nama penerbit. Halaman artikel.
Contoh: Hugo, Graeme. 2004. "International Migration in Southeast Asia since World War II", dalam A. Ananta dan E.N.Arifin (Eds.), *International Migration in Southeast Asia*, Singapore: Institute of Southeast Asian Studies. hal: 28—70.
 - Kutipan dari artikel dalam jurnal: nama belakang, nama depan penulis, tahun penerbitan. "Judul artikel", Nama Jurnal, Vol (nomor Jurnal): halaman.
Contoh: Hull, Terence H. 2003. "Demographic Perspectives on the Future of Indonesian Family" *Journal of Population Research*, 20 (1):51—65.
 - Kutipan dari *website*: dituliskan lengkap alamat *website*, tahun dan alamat URL dan html sesuai alamatnya. Tanggal *download*.
Contoh: World Bank. 1998. <http://www.worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html>. Washington DC. Tanggal 25 Maret.
 - Catatan kaki (*footnote*) hanya berisi penjelasan tentang teks, dan diketik di bagian bawah dari lembaran teks yang dijelaskan dan diberi nomor.
6. Naskah dikirim melalui email jki.ppklipi@yahoo.com dan ppklipi@rad.net.id.
7. Kepastian pemuatan/penolakan naskah akan diinformasikan melalui e-mail.
8. Redaksi memiliki kewenangan untuk merubah format penulisan dan judul tulisan sesuai dengan petunjuk penulisan serta mengatur waktu penerbitan.

ISSN 1907-2902
Nomor Akreditasi 314/Akred-LIPI/P2MBI/10/2010

Jurnal
Vol. VII No. 2, 2012

KEPENDUDUKAN INDONESIA

Model Penuntasan Pendidikan Dasar Sembilan Tahun
Usulan Daerah
Makmuri Sukarno

Migrasi Tenaga Kerja Indonesia dari Kabupaten Tulungagung:
Kecendeungan dan Arah Migrasi serta Remitansi
Haning Romdiati

Isu Kelembagaan dalam Pembangunan Ketahanan Pangan:
Pembelajaran dari Kabupaten Klaten, Jawa Tengah
Latif Adam dan Inne Dwiastuti

Perubahan Iklim dan Dinamika Penduduk dalam Konteks
Kebijakan Nasional di Indonesia
Triarko Nurlambang dan Nurrokhmah Rizqihandari

Desentralisasi Program Keluarga Berencana: Tantangan
dan Persoalan, Kasus Provinsi Kalimantan Barat
Sri Sunarti Purwaningsih

Nelayan dan Pertarungan terhadap Sumber Daya Laut
Rusli Cahyadi



LEMBAGA ILMU PENGETAHUAN INDONESIA

ISSN 1907-2902



9 771907 290214