

SUSUNAN PENGELOLA

Ketua Pengarah

Agus Dwiyanto

Ketua Penyunting

Tukiran

Penyunting

Sofian Effendi

Ida Bagoes Mantra

Djamaluddin Ancok

Irwan Abdullah

Kasto

Muhadjir Darwin

Penyunting Pelaksana

Pande Made Kutanegara

Sukamdi

Faturochman

Anna Marie Wattie

Wini Tamtari

Mitra Bestari

Chris Manning (Canberra)

Hans-Dieter Evers (Bonn)

Benjamin White (Den Haag)

Penyunting Bahasa

Mita Sari Apituley

Diterbitkan oleh

*Pusat Studi Kependudukan dan
Kebijakan, Universitas Gadjah Mada*

Alamat Redaksi

Bulaksumur Blok G-7

Yogyakarta - 55281

Telp. (0274) 563079 - 901152

Fax (0274) 582230

E-mail.

publication@cpps.or.id

Homepage.

http://www.cpps.or.id

Surat Tanda Terdaftar

Deppen RI No.: 2000/SK/Ditjen -

PPG/STT/94

Tanggal 9 Maret 1994

ISSN 0853-0262

Terakreditasi dengan nomor:

02/Dikti/Kep/2002

DAFTAR ISI

| | |
|--|----|
| Daftar Isi | 1 |
| Pengantar Redaksi | 2 |
| Kebijakan Upah: Tantangan di Tengah Suasana Krisis Ekonomi <i>Prijono Tjiptoherijanto</i> | 3 |
| Utilisasi Pelayanan Kesehatan: Problem Antara Pemerataan dan Efisiensi (Studi di Wilayah Pedesaan Kabupaten Purworejo) <i>Ambar Widaningrum</i> | 29 |
| Perkembangan Kesejahteraan Penduduk di Provinsi Papua <i>Ulah Tri Wibowo</i> <i>Tukiran</i> | 55 |
| Dari Makassar ke Makassar: Aspek Demografi dan Politik Proses "Etnisasi" Sebuah Kota <i>Dias Pradadimara</i> | 79 |
| Daftar Penulis | 97 |

PENGANTAR REDAKSI

Populasi kembali hadir dengan menyajikan empat artikel yang beragam mulai dari kebijakan sistem pengupahan dalam keadaan pasar kerja yang kelebihan persediaan tenaga kerja, dilema pelayanan kesehatan antara pemerataan dan efisiensi, perkembangan kesejahteraan penduduk di Papua, dan dari Makassar ke Makassar suatu proses etnisasi dari kota metropolitan. Tulisan pertama membahas tentang kebijakan upah. Makna tentang upah sering kali berbeda menurut karyawan dan pengusaha. Menurut karyawan, upah adalah sejumlah uang dan barang yang ada pada daftar gaji yang dapat dibawa pulang. Sebaliknya, menurut pengusaha, upah yang diterima oleh karyawan tersebut hanya merupakan salah satu komponen dari berbagai jenis upah dalam proses produksi.

Tulisan kedua membahas tentang utilitas pelayanan kesehatan. Sistem pelayanan kesehatan oleh pemerintah pada pagi hari dan sore hari oleh swasta mengakibatkan pemanfaatan fasilitas dan sumber daya kesehatan kurang optimal dan masyarakat harus menanggung biaya yang lebih mahal. Meskipun desentralisasi pelayanan kesehatan telah diberlakukan, masih diperlukan subsidi dari pemerintah untuk penduduk kurang mampu. Tulisan ketiga membahas tentang kesejahteraan penduduk di Papua. Perbedaan aksesibilitas wilayah, seperti daerah pantai, dataran, dan pegunungan, telah menimbulkan disparitas kesejahteraan antardaerah. Akan tetapi, hal ini tidak menjadi pilihan utama untuk ditanggulangi dan prioritas utama justru adalah pemekaran Provinsi Papua menjadi tiga provinsi baru yang sampai saat ini masih dipersoalkan.

Tulisan keempat yang mengakhiri *Populasi* edisi ini membahas tentang etnisasi sebuah kota metropolitan. Pada tahun 1999 nama Makassar kembali menjadi nama ibukota Provinsi Sulawesi Selatan menggantikan nama Ujungpandang. Namun perlu diketahui bahwa Makassar pada tahun 1999 bukanlah Makassar di tahun 1950 atau sebelumnya. Selama rentang waktu tersebut telah terjadi perubahan struktur demografi, sosial-ekonomi, dan politik yang membawa Ujungpandang ke corak kota metropolitan.

Tukiran

KEBIJAKAN UPAH: TANTANGAN DI TENGAH SUASANA KRISIS EKONOMI

Prijono Tjiptoherijanto

Abstract

The difference in understanding between businessmen and workers on the issue of remuneration has caused demonstrations or strike actions demanding higher pay. According to workers, wage is considered take home pay, while for businessmen take home pay is just part of the emolument paid to workers. While workers attribute low work productivity to the low pay they get, businessmen regard the low wages paid to workers as attributable to the low work productivity. The national workers' emolument determination board DPPN makes efforts to reduce the bickering over wages between workers and businessmen by calculating the minimum wage, which must be paid to the formner by the latter. Such wage should enable workers live fairly well and should thus enhance work productivity.

Pendahuluan

Walaupun saat ini Indonesia sedang mengalami krisis ekonomi dan politik yang sangat hebat, persoalan lain, misalnya globalisasi, perdagangan, dan investasi bebas, blok dan kesepakatan perdagangan seperti AFTA, APEC, WTO; tidak semestinya dilupakan begitu saja. Memang dengan adanya krisis ini, agenda pemerintah dan swasta untuk menghadapi berbagai masalah dalam globalisasi ekonomi menjadi bertambah rumit dan berat. Salah satu, di antaranya, adalah menyangkut masalah pengupahan.

Krisis ekonomi yang terjadi telah membuat pertumbuhan ekonomi Indonesia mengalami kontraksi sekitar 15 persen pada tahun 1998. Tingkat inflasi tahun 1997/1998 diperkirakan mencapai 80 persen. Tidak sedikit perusahaan yang menutup usahanya. Kadin memperkirakan perusahaan di Indonesia pada tahun 1998 yang lalu hanya memproduksi sekitar 50 persen dari kapasitas yang terpasang. Bagi yang masih dapat bertahan, pemilik atau manajemen harus melakukan berbagai langkah efisiensi, antara lain, dengan tidak menaikkan gaji karyawan, meniadakan jam lembur, mengurangi pos-pos pengeluaran yang dipandang tidak perlu,

bahkan sampai pada pemutusan hubungan kerja. Data Sakernas (*Media Indonesia*, 1 April 1999) memperlihatkan bahwa telah terjadi 4,2 juta pengangguran sebagai akibat krisis ekonomi, dengan rincian 1,2 juta karena pemutusan hubungan kerja, 0,9 juta karena bisnis terhenti, 0,8 juta karena gaji yang tidak memadai, 0,2 juta karena kerja tidak sesuai, dan 1,1 juta karena alasan-alasan lainnya.

Di lain pihak, melonjaknya inflasi menyebabkan pengeluaran kebutuhan hidup para pekerja menjadi meningkat drastis. Data Sakernas 1998 (*Media Indonesia*, 1 April 1999) memperlihatkan bahwa upah riil tenaga kerja Indonesia menurun sekitar 41,2 persen sebagai dampak dari krisis ekonomi yang ada. Akibatnya, karyawan banyak yang menuntut kenaikan upah. Dalam kondisi yang sedemikian bertentangan satu dengan lainnya, yaitu antara keperluan para pekerja akan peningkatan upah dan prospek bisnis yang tidak menentu, kebijaksanaan upah yang dikeluarkan pemerintah harus dapat menjembatani dua kepentingan yang berlawanan tersebut.

Hal lain yang harus juga menjadi perhatian dalam menetapkan kebijaksanaan upah adalah kenyataan bahwa krisis ekonomi saat ini tidak berdampak sama di seluruh sektor atau daerah. Beberapa sektor, seperti sektor pertanian, dalam banyak aspek malah diuntungkan dengan adanya krisis ini. Sebaliknya, sektor industri perpabrik (*manufacturing*) dan konstruksi sangat terpukul dengan adanya krisis saat ini.

Kebijakan Upah

Upah bagi pekerja memiliki dua sisi manfaat, yaitu sebagai imbalan atau balas jasa terhadap *output* produksi yang dihasilkan dan sebagai perangsang bagi peningkatan produktivitas. Sebagai imbalan, upah merupakan hak pekerja terhadap tenaga atau pikiran yang telah dikeluarkannya. Sebagai perangsang produktivitas, upah dapat meningkatkan motivasi pekerja untuk bekerja lebih giat lagi. Apalagi jika standar penentuan upah didasarkan atau *merit system*.

Bagi perusahaan, upah merupakan salah satu komponen biaya produksi yang dipandang dapat mengurangi tingkat laba yang dihasilkan. Karena dipandang sebagai biaya faktor produksi, pengusaha berusaha menekan upah tersebut sampai pada tingkat yang paling minimum

Kebijakan Upah: Tantangan di Tengah Suasana Krisis Ekonomi

sehingga laba perusahaan dapat ditingkatkan. Masih sedikit pengusaha yang memandang pekerja sebagai mitra perusahaan dalam menjalankan dan menghasilkan keuntungan bagi perusahaan.

Untuk menghindari perbedaan kepentingan antara pengusaha dan pekerja, pemerintah memandang perlu untuk mengatur masalah pengupahan ini. Tujuan pengaturan ini adalah (1) menjaga agar tingkat upah tidak merosot ke bawah (berfungsi sebagai jaring pengaman), (2) meningkatkan daya beli pekerja yang paling bawah, dan (3) mempersempit kesenjangan secara bertahap antara mereka yang berpenghasilan tertinggi dan terendah.

Pengertian Tentang Upah

Sesuai dengan Peraturan Menteri Tenaga Kerja No. PER-03/MEN/1997 tentang Upah Minimum Regional Bab I pasal 1 ayat (a) menyebutkan bahwa: "... Upah Minimum Regional adalah upah bulanan terendah yang terdiri dari upah pokok termasuk tunjangan tetap di wilayah tertentu dalam suatu provinsi ...". Dari penjelasan tersebut jelas bahwa yang dimaksud "regional" dalam Permen ini bukanlah "wilayah administratif", seperti yang dikenal sebagai kelurahan, kecamatan, kabupaten, kotamadya, atau provinsi. "Regional" dalam pengertian ini mengandung makna "wilayah" yang ada hubungannya dengan hal-hal yang bersangkutan dengan pengupahan dan ketenagakerjaan.

Undang-Undang R.I. No. 25 Tahun 1997 tentang Ketenagakerjaan pada bagian kedua mengenai Pengupahan pasal 111 menyebutkan bahwa "... (2) Penetapan upah minimum dilaksanakan untuk tingkat daerah; (3) Penetapan upah minimum sebagaimana dimaksud pada ayat (2) untuk daerah tertentu dapat dilakukan menurut Sektor dan Sub-Sektor ...". Kemudian penjelasan atas UU RI No. 25 Tahun 1997 ini menyebutkan bahwa "... pasal 111, ayat (2) yang dimaksud dengan penetapan upah minimum tingkat daerah adalah penetapan upah minimum regional dan subregional dalam suatu provinsi ...". Melalui UU RI No. 25 Tahun 1997 tentang Ketenagakerjaan ini dikenal istilah baku, yaitu upah minimum regional dan subregional dalam suatu provinsi. Suatu istilah yang tidak terdapat dalam Permenaker No. 3 Tahun 1997.

Lebih lanjut PP No. 8 Tahun 1991 memberikan pengertian tentang upah, upah minimum, dan upah pokok minimum sebagai berikut.

- Upah: suatu penerimaan sebagai imbalan dari pengusaha kepada karyawan untuk suatu pekerjaan atau jasa yang telah atau akan dilakukan dan dinyatakan atau dinilai dalam bentuk uang yang ditetapkan atas dasar suatu persetujuan atau peraturan perundang-undangan serta dibayarkan atas dasar suatu perjanjian kerja antara pengusaha dengan karyawan, termasuk tunjangan, baik untuk karyawan itu sendiri maupun untuk keluarganya.
- Upah minimum: upah yang ditetapkan secara minimum regional, sektoral regional, maupun subsektoral. Dalam hal ini, upah minimum adalah upah pokok dan tunjangan.
- Upah minimum pokok: upah minimum pokok diatur secara minimal, baik regional, sektoral, maupun subsektoral. Dalam peraturan pemerintah, yang diatur secara jelas hanya upah pokoknya saja dan tidak termasuk tunjangan.

Penetapan Upah Minimum

Dalam menentukan tingkat upah minimum terdapat 4 (empat) pihak yang saling terkait, yaitu pemerintah, dalam hal ini Departemen Tenaga Kerja; Dewan Pengupahan Nasional yang merupakan lembaga independen terdiri dari pakar, praktisi dan lain sebagainya yang bertugas memberikan masukan kepada pemerintah; Federasi Serikat Pekerja Seluruh Indonesia (FSPSI) sebagai penyalur aspirasi pekerja; dan wakil pengusaha melalui Apindo (Asosiasi Pengusaha Indonesia). Mereka bertugas mengevaluasi tingkat upah minimum yang berlaku pada saat tertentu dan memutuskan apakah tingkat upah tersebut sudah saatnya untuk dinaikkan atau belum.

Pada saat ini, paling tidak ada 5 (lima) faktor utama yang sangat diperhitungkan pemerintah dalam menetapkan tingkat upah minimum, yaitu sebagai berikut.

1. Kebutuhan hidup minimum (KHM).
2. Indeks harga konsumen (IHK) atau tingkat inflasi.
3. Perluasan kesempatan kerja.
4. Upah pada umumnya yang berlaku secara regional.
5. Tingkat perkembangan perekonomian daerah setempat.

Kebijakan Upah: Tantangan di Tengah Suasana Krisis Ekonomi

Dari sudut kebutuhan hidup pekerja, terdapat 2 (dua) komponen yang menentukan tingkat upah minimum, yaitu kebutuhan fisik minimum (KFM) dan kebutuhan hidup minimum (KHM). Berbagai bahan yang ada dalam komponen KFM dan KHM dinilai dengan harga yang berlaku sehingga menghasilkan tingkat upah. Karena harga sangat bervariasi antardaerah serta adanya situasi-situasi lokal yang tidak mungkin berlaku secara nasional, tingkat upah minimum tersebut disesuaikan dengan kondisi masing-masing daerah atau lebih sering dikenal dengan upah minimum regional (UMR).

Sesuai dengan istilahnya, penentuan upah minimum yang berdasarkan pada kebutuhan fisik minimum (KFM) kurang memperhatikan kebutuhan nonfisik. Sementara itu, penentuan tingkat upah dengan berpedoman kepada kebutuhan hidup minimum (KHM) memberikan perhatian yang besar kepada pemenuhan kebutuhan nonfisik di samping kebutuhan fisik. Oleh karena itu, sangat wajar apabila penentuan upah didasarkan pada kebutuhan hidup minimum (KHM) yang lebih besar 20 persen dari kebutuhan fisik minimum (KFM).

Federasi Serikat Pekerja Seluruh Indonesia (SPSI) merasa keberatan terhadap penentuan upah yang didasarkan atas kebutuhan fisik minimum. Hal ini disebabkan oleh hal-hal berikut.

1. Masih diabaikannya pemenuhan kebutuhan nonfisik yang justru sangat berkaitan erat dengan kebutuhan fisik. Apabila berdasarkan KFM, maka komponen transportasi, rekreasi, obat-obatan, pendidikan/bacaan, dan lainnya hanya mendapatkan porsi 15 persen dari seluruh kebutuhan tersebut.
2. Jika urusan rekreasi diabaikan, akan berdampak pada peningkatan produktivitas pekerja. Secara teoretis, seorang pekerja akan membutuhkan waktu istirahat guna penyegaran kembali. Demikian pula proporsi upah yang dialokasikan untuk pendidikan dipandang terlalu kecil dan tidak sesuai dengan kebijakan pengembangan sumber daya manusia.
3. Beberapa komponen pembentukan KFM telah kadaluarsa, seperti bahwa pekerja minimum tidur di atas dipan beralaskan tikar pandan.
4. Perlu diingat bahwa komponen KFM sudah ditetapkan sejak 38 tahun yang lalu tanpa pernah disesuaikan dengan perkembangan ekonomi

Indonesia. Sebagai contoh, dalam KFM terdapat komponen tikar pandan, lampu teplok, sandal jepit, dan lain-lain, yang sudah tidak sesuai dengan perkembangan ekonomi saat ini (lihat *Kompas*, 9 Januari 1996).

Berdasarkan berbagai kelemahan pada penentuan upah minimum berdasarkan KFM, sejak tahun 1997 pemerintah mengeluarkan pedoman baru penentuan upah minimum yang berdasarkan pada kebutuhan hidup minimum (KHM) yang dipandang lebih realistis dengan keadaan sekarang.

Melihat kondisi dan perkembangan ekonomi makro, pemerintah sampai tahun 1996 masih memberlakukan upah minimum didasarkan pada kedua komponen di atas, yaitu KFM dan KHM. Artinya, perusahaan-perusahaan yang memang belum mampu membayar karyawan berdasarkan KHM didorong untuk memberikan upah minimum berdasarkan KFM terlebih dahulu. Jika perusahaan tersebut sudah mampu membayar upah minimum berdasarkan KFM, maka didorong untuk mencapai standar KHM. Namun mulai tahun 1997, standar upah minimum di Indonesia harus mengacu pada KHM.

Situasi Ketenagakerjaan di Indonesia

Situasi ketenagakerjaan merupakan salah satu faktor yang turut mempengaruhi tingkat upah. Tingginya *supply* tenaga kerja (apalagi jika tidak dapat terserap seluruhnya dalam kegiatan ekonomi) akan berdampak pada penurunan tingkat upah. Sebaliknya, rendahnya kesempatan kerja akan menyebabkan terbatasnya penduduk yang dapat memasuki pasar kerja. Ini mengakibatkan meningkatnya pengangguran serta berdampak pula pada tingkat upah. Para ekonom¹ mengartikan *employment* atau kesempatan kerja sebagai *demand for labour*, yang merupakan fungsi dari perubahan perekonomian (Arsyad Anwar, 1992). Dengan demikian,

¹ Fisher pada tahun 1935 mengatakan bahwa pertumbuhan ekonomi akan mengakibatkan berubahnya permintaan sehingga memerlukan kualifikasi tenaga kerja tertentu yang dengan demikian mengubah struktur ketenagakerjaan. Juga disebutkan bahwa struktur produksi berubah dari sektor primer, sekunder, dan kemudian berkembang ke sektor tertier. Clark (1940, 1951, 1957) dengan menggunakan data cross section dari beberapa negara menyusun struktur produksi dan kesempatan kerja menurut sektor dan pendapatan per kapita. Hasil perhitungannya menunjukkan adanya hubungan antara struktur produksi dan kesempatan kerja.

Kebijakan Upah: Tantangan di Tengah Suasana Krisis Ekonomi

jelas bahwa tingkat upah merupakan titik temu antara *supply* dan *demand* akan tenaga kerja.

Data pada Tabel 1. memperlihatkan bahwa sebagian besar pekerja Indonesia masih memiliki tingkat pendidikan yang rendah. Walaupun terdapat sedikit penurunan persentase mereka yang memiliki pendidikan sekolah dasar atau kurang dan sebaliknya terjadi sedikit peningkatan pekerja yang berpendidikan SLTP ke atas, secara keseluruhan gambaran pada Tabel 1. memperlihatkan bahwa kualitas sumber daya pekerja Indonesia masih memprihatinkan. Lebih dari 70 persen pekerja Indonesia masih berpendidikan SLTP atau lebih rendah. Gambaran ini tentu saja sangat bertolak belakang dengan kebutuhan kualitas tenaga kerja yang diharapkan oleh para pengusaha. Studi yang pernah dilakukan atas kerja sama ADB dan Bappenas (1995) memperlihatkan bahwa kebutuhan akan tenaga kerja SLTA ke atas adalah sekitar 16-22 persen.

Ketidaksiharian antara permintaan dan penawaran kualitas tenaga kerja ini tentu saja berdampak pada upah pekerja. Di satu sisi, terjadi kelangkaan sumber daya pekerja pada tingkat pendidikan yang tinggi yang berdampak pada terjadinya banyak "pembajakan" tenaga-tenaga profesional dan tingginya penghasilan pada kelompok ini. Di lain pihak, terjadi *over supply* tenaga kerja pada sumber daya pekerja yang

Tabel 1.
 Penduduk yang Bekerja menurut Pendidikan Tahun 1996 dan 2000

| Pendidikan | 1996 | | 2000 | |
|-------------|------------|-------|------------|-------|
| | | % | | % |
| <SD | 25.014.396 | 29,8 | 21.529.800 | 23,3 |
| SD | 31.981.112 | 38,1 | 34.290.316 | 38,1 |
| SLTP | 10.654.870 | 12,7 | 13.995.118 | 15,5 |
| SLTA | 13.283.620 | 15,8 | 16.044.574 | 17,8 |
| D1/D2/D3 | 1.482.947 | 1,8 | 1.959.299 | 2,1 |
| Universitas | 1.483.184 | 1,8 | 2.018.623 | 2,2 |
| Total | 83.900.129 | 100,0 | 89.837.730 | 100,0 |

Sumber: BPS, Sakernas, 1996 dan Sakernas, 2000

berpendidikan rendah dan akan berdampak pada rendahnya posisi tawar mereka untuk menentukan gaji/upah.

Tabel 2. menggambarkan struktur lapangan usaha penduduk. Jika dilihat kecenderungan antara tahun 1990 sampai dengan tahun 2000, tampak adanya konsistensi dengan kondisi perekonomian Indonesia. Sebelum terjadinya krisis ekonomi, Indonesia sangat mendorong tumbuhnya ekonomi berbasis industri. Oleh karena itu, sampai dengan tahun 1996, terjadi suatu konsistensi perubahan struktur lapangan usaha, yaitu terjadinya penurunan persentase penduduk yang bekerja di sektor pertanian dan sebaliknya terjadi peningkatan persentase penduduk yang bekerja di sektor nonpertanian, utamanya sektor industri.

Meningkatnya jumlah penduduk yang bekerja di sektor industri dan jasa, selain karena meningkatnya kebutuhan hidup petani, juga karena makin meningkatnya pengetahuan penduduk di sektor pertanian. Keadaan ini mengubah persepsi masyarakat terhadap pekerjaannya sebagai petani. Pekerjaan-pekerjaan di sektor industri dan jasa dianggap lebih mempunyai daya tarik karena lebih modern, berkonotasi tidak kumuh dan kotor, serta mempunyai tipe pekerjaan yang lebih variatif. Ada temuan yang menarik dari penelitian Sumarwan (1994) pada aspek sikap, pandangan, dan harapan petani, baik dalam fungsinya sebagai pekerja maupun orang tua. Dari sejumlah responden penelitian, hanya sekitar 20 persen petani yang menginginkan anak-anak mereka meneruskan pekerjaan sebagai petani. Selebihnya menginginkan anaknya menjadi karyawan atau pengusaha. Sikap terhadap pemilihan pekerjaan anak-anak petani tidak berbeda dengan harapan orang tuanya. Sebagian besar menginginkan bekerja di luar pertanian, baik sebagai pegawai negeri, karyawan, pedagang, buruh, maupun bekerja di jasa angkutan, yaitu sebagai sopir dan tukang ojek.

Dalam perkembangannya, tampak bahwa sektor industri dan jasa memang memberikan kesempatan kerja yang lebih luas. Hal ini terbukti dari meningkatnya elastisitas kesempatan kerja pada salah satu sektor industri, yaitu industri pengolahan dari 0.03 pada tahun 1980-1985 menjadi 2.52 pada tahun 1993-1994.

Sayangnya, kondisi seperti ini ternyata tidak dapat terus berlangsung karena pada periode 1988-1993 sektor industri mulai 'melesu'. Permintaan barang hasil industri, baik untuk keperluan konsumsi dalam negeri maupun

Tabel 2.
Penduduk Berumur 10 Tahun ke Atas yang Bekerja menurut Lapangan Usaha Tahun 1990-2000

| Tahun | 1990 | | 1992 | | 1994 | | 1996 | | 2000 | |
|--------------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|------------|--------|
| | | % | | % | | % | | % | | % |
| Pertanian | 42.378.309 | 55.87 | 42.153.205 | 53.69 | 37.857.499 | 46.15 | 36.500.310 | 43.37 | 40.676.713 | 45.28 |
| Industri | 7.693.263 | 10.14 | 8.255.496 | 10.51 | 10.840.195 | 13.21 | 11.266.566 | 13.19 | 11.641.756 | 12.96 |
| Perdagangan | 11.067.357 | 14.59 | 11.746.513 | 14.96 | 13.967.234 | 18.57 | 15.777.216 | 18.57 | 18.489.005 | 20.58 |
| Jasa | 9.070.324 | 11.96 | 9.911.578 | 12.62 | 14.755.630 | 5.62 | 12.345.602 | 14.71 | 9.574.009 | 10.52 |
| Lainnya | 5.641.327 | 7.44 | 6.451.280 | 8.22 | 4.617.551 | 5.62 | 9.364 | 10.01 | 9.456.247 | 10.52 |
| Tak Terjawab | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Total | 75.850.580 | 100.00 | 78.518.372 | 100.00 | 82.038.109 | 100.00 | 75.889.058 | 100.00 | 89.837.730 | 100.00 |

Sumber: Departemen Tenaga Kerja, 1994; BPS, 1995, dan BPS: Sakernas, 1996

untuk ekspor, menurun. Di sisi lain, ekspor barang manufaktur/pengolahan ternyata menghasilkan devisa yang sangat kecil. Hal itu, bahkan menggerogoti devisa negara karena kandungan impornya sangat tinggi. Demikian pula halnya dengan daya saing ekspor manufaktur. Lemahnya daya saing ekspor tersebut adalah akibat industri Indonesia berbiaya tinggi dan kualitasnya kalah bersaing.

Selain hal itu, juga terjadi peningkatan impor bahan produksi dan peningkatan upah tenaga kerja. Hal itu kemudian justru menyebabkan peningkatan biaya produksi sehingga mengakibatkan meningkatnya harga jual dan mengalami kesulitan bersaing di pasar. Werner Internasional pada tahun 1996 pernah melakukan penelitian tentang hal tersebut. Hasilnya menunjukkan adanya korelasi negatif antara upah pekerja dengan porsi ekspor Indonesia pada tahun berikutnya di pasar internasional. Berarti bahwa setiap terjadi kenaikan upah buruh cenderung diikuti menurunnya porsi ekspor Indonesia. Pada tahun 1991, pada saat terjadi kenaikan upah sebesar dari 0.28 dollar AS per jam menjadi 0.43 dollar AS per jam, pada tahun berikutnya pada periode yang sama porsi ekspor Indonesia menurun dari 12.9 persen (1991) menjadi 9,9 persen (1993) (*Republika*, 15 Januari 1995). Akibat hal-hal tersebut, perusahaan-perusahaan yang ada kemudian mulai membatasi penerimaan tenaga kerjanya sehingga pada periode 1988-1993 angka elastisitas kesempatan kerja di sektor industri hanya mencapai 0.26 persen.

Kenyataan lain yang mendukung melesunya kondisi industrialisasi ini adalah meningkatnya impor barang konsumsi. Pada tahun 1994-1995, angka impor hampir mencapai 100 persen, terutama untuk barang mewah. Peningkatan impor barang konsumsi yang tergolong 'mewah' menunjukkan telah terjadi peningkatan kesejahteraan masyarakat atau lebih khusus terjadi peningkatan jumlah penduduk yang tergolong sebagai 'kelas menengah baru' dengan penghasilan rata-rata di atas 10 juta rupiah per bulannya. Golongan ini lebih berminat mengkonsumsi 'barang impor', selain karena kualitas hasil produksi lebih baik, juga untuk menunjukkan kemampuannya secara ekonomis.

Kekurangmampuan hasil produksi Indonesia untuk bersaing, baik untuk pasar dalam maupun luar negeri, terutama karena harga dan kualitasnya kurang dapat memenuhi permintaan pasar. Keadaan ini disebabkan oleh beberapa hal yang telah disebutkan dahulu dan karena

Kebijakan Upah: Tantangan di Tengah Suasana Krisis Ekonomi

kualitas pekerja yang masih sebagian besar dapat digolongkan sebagai pekerja 'tidak terampil'. Pekerja tidak terampil ini kebanyakan merupakan hasil 'transfer' dari pekerja sektor pertanian. Krisis ekonomi kembali mengubah struktur ekonomi Indonesia dan secara langsung berdampak pula pada perubahan struktur lapangan usaha penduduk. Tutupnya banyak industri besar memaksa penduduk untuk kembali ke sektor pertanian atau berusaha di bidang perdagangan, terutama pada sektor informal. Ini dengan jelas tergambar pada Tabel 2.

Kalau dilihat lebih lanjut, kondisi ketenagakerjaan di Indonesia masih didominasi oleh lapangan usaha di sektor pertanian (lihat Tabel 2.). Sektor pertanian memang masih merupakan sektor yang menyerap banyak tenaga

Tabel 3.
Distribusi Pendapatan nasional dan Distribusi Pekerja
serta Produktivitas Relatif Pekerja Indonesia, Tahun 1995

| No. Sektor | Distribusi Pendapatan Nasional (%) | Distribusi Pekerja (%) | Produktivitas Relatif |
|---|------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| Pertanian, peternakan, kehutanan, dan perikanan | 16,1 | 43,9 | 1 |
| Pertambangan dan penggalian | 9,2 | 0,8 | 32 |
| Industri pengolahan | 24,0 | 12,6 | 5 |
| Listrik, gas, dan air minum | 1,1 | 0,3 | 12 |
| Konstruksi | 7,6 | 4,7 | 5 |
| Perdagangan, hotel, dan restoran | 16,7 | 17,3 | 3 |
| Perhubungan dan telekomunikasi | 7,1 | 4,3 | 5 |
| Perbankan dan lembaga-lembaga keuangan | 8,9 | 0,8 | 30 |
| Jasa lain-lain | 9,3 | 15,3 | 2 |
| | 100,0 | 100,0 | - |
| Jumlah Pendapatan nasional | | | |

- Sumber: 1. Kantor Informasi Pembangunan Nasional: Jakarta, 1996, hlm. 43
2. Biro Pusat Statistik: *Survei Penduduk Antar Sensus 1995*, Jakarta, 1996, hlm. 345

kerja, meskipun dari tahun ke tahun persentasenya terus menurun. Selain itu, tampak bahwa persentase penduduk yang mempunyai lapangan kerja di luar sektor pertanian meningkat. Tampaknya proses modernisasi dan industrialisasi di Indonesia telah mulai berjalan sehingga sedikit demi sedikit lapangan kerja penduduk mulai bergeser ke bidang industri dan jasa. Apakah penyebab pergeseran tersebut? Tabel 3. mungkin dapat memberikan penjelasan. Dari Tabel 3. tampak bahwa pada tahun 1995, pekerja di sektor pertanian, sebagai contoh, berjumlah sekitar 44 persen dari seluruh angkatan kerja yang ada, tetapi hanya menikmati 16 persen dari Pendapatan Nasional. Dilihat dari segi produktivitas juga sangat rendah, yaitu sebesar 1 (satu), sementara pekerja di sektor pertambangan mempunyai produktivitas sebesar 32, perbankan dan lembaga-lembaga keuangan 30, listrik, gas, dan air minum 12, industri 5, konstruksi 5, perdagangan, hotel, dan restoran 3, serta jasa lainnya 2. Bukan tidak mungkin bahwa pekerja melakukan pindah lapangan usaha untuk mencari penghasilan yang lebih baik, yaitu dari sektor pertanian ke sektor-sektor lain.

Tabel 4.
Perkiraan Kenaikan Jumlah Angkatan Kerja dan Kesempatan Kerja Indonesia
1990-2020

| Tahun | Angkatan Kerja | | Kesempatan Kerja | | Angka Pengangguran (%) |
|-------|----------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------------|
| | Jumlah (juta) | Kenaikan (juta) | Jumlah (juta) | Kenaikan (juta) | |
| 1990 | 73,9 | | 71,6 | | 3,17 |
| 1995 | 86,1 | 12,2 | 82,9 | 11,2 | 3,68 |
| 2000 | 98,9 | 12,9 | 94,7 | 12,0 | 4,28 |
| 2005 | 111,6 | 12,6 | 106,0 | 10,4 | 5,00 |
| 2010 | 123,6 | 12,1 | 116,4 | 10,3 | 5,84 |
| 2015 | 134,9 | 11,3 | 125,7 | 9,3 | 6,82 |
| 2020 | 144,8 | 9,9 | 133,2 | 7,5 | 8,00 |

Sumber: Tjiptoherijanto, 1997

Kebijakan Upah: Tantangan di Tengah Suasana Krisis Ekonomi

Sementara itu, pertumbuhan angkatan kerja serta kesempatan kerja² juga sangat ditentukan oleh jumlah absolut dan pertumbuhan penduduk. Tabel 4. menunjukkan bahwa selama 5 (lima) tahun, yaitu antara 1995-2000, angkatan kerja bertambah dengan 12,9 juta. Ini berarti perekonomian harus menyediakan kenaikan kesempatan kerja yang mengalami kenaikan tersebut. Dengan rata-rata peningkatan sebesar 2.3 juta per tahun, maka angkatan kerja pada tahun 2003-2005 akan ada sekitar 26 juta.

Perkembangan Tingkat Upah Minimum Regional

Mengacu pada indeks konsumen yang berhubungan dengan inflasi, pemerintah senantiasa mengevaluasi tingkat upah minimum regional yang ada yang disesuaikan dengan kondisi pekerja dan kemampuan pengusaha. Lampiran-1 memperlihatkan perkembangan UMR di Indonesia antara tahun 1997-1999. Dilihat dari perkembangannya, maka antara tahun 1997-1998, UMR diupayakan untuk ditingkatkan sebesar lebih kurang 15-20 persen. Sementara itu, antara tahun 1998-1999, peningkatan tersebut diupayakan lebih tinggi lagi, yaitu sedikit di atas 20 persen.

Dari gambaran tersebut ada beberapa kesimpulan yang dapat diambil, antara lain.

1. Peningkatan upah minimal yang ada dalam dua tahun terakhir ini berada jauh di bawah tingkat inflasi yang terjadi. Hampir pasti bahwa tingkat kesejahteraan pekerja (utamanya pekerja golongan rendah) telah mengalami kemerosotan.
2. Menyadari kesulitan yang dialami dalam masa krisis ini, pemerintah berupaya sekuat mungkin untuk meningkatkan UMR sampai pada tingkat maksimal yang dapat dilakukan. Ini dapat terlihat dari upaya pemerintah untuk meningkatkan UMR tahun 1998-1999 lebih tinggi daripada peningkatan 1997-1998. Walaupun harus diakui bahwa peningkatan tersebut masih di bawah tingkat inflasi yang ada.

Walaupun pemerintah telah secara terus-menerus melakukan monitoring terhadap pelaksanaan UMR, pada kenyataannya masih banyak

² Para ekonom mengartikan *employment* atau kesempatan kerja sebagai demand for labour, yang merupakan fungsi perubahan perekonomian. Pertumbuhan employment merupakan fungsi pertumbuhan jumlah angkatan kerja dan tenaga kerja.

perusahaan yang membayar upah buruh di bawah UMR yang telah ditetapkan oleh pemerintah. Kondisi ini sering kali memicu timbulnya ketidakpuasan para pekerja. Menteri Tenaga Kerja Kabinet Pembangun IV pernah mengakui bahwa masalah upah masih merupakan masalah yang perlu mendapat perhatian khusus dalam Hubungan Industrial Pancasila (HIP) (lihat Abdul Latief, 1994).

Masalah Pelaksanaan Standar Upah Minimum

Kesulitan dalam menerapkan UMR dapat dilihat dari 2 (dua) sisi, yaitu sisi pengusaha dan sisi pekerja. Dari sisi pengusaha kesulitan menerapkan UMR meliputi hal-hal berikut.

Kurangnya pemahaman mengenai fungsi pekerja sebagai mitra kerja. Dalam hal ini, pekerja masih selalu dipandang sebagai faktor produksi yang sedapat mungkin ditekan pengeluarannya. Hal itu menyebabkan pelaksanaan HIP yang murni dan konsekuen belum sepenuhnya dapat diwujudkan.

1. Apabila dihubungkan dengan kenyataan yang sering dikemukakan oleh para pengusaha bahwa upah buruh hanya meliputi 15-20 persen dari seluruh biaya produksi, maka tuntutan akan kenaikan upah hingga mencapai Rp 20.000,00 per hari per pekerja adalah layak.
2. Kondisi perusahaan memang tidak memungkinkan. Kondisi ini dapat saja berkaitan dengan situasi bisnis yang sedang menurun atau dapat pula disebabkan biaya produksi yang besar, terutama karena adanya pungutan-pungutan, baik yang sifatnya resmi, setengah resmi, maupun pungutan liar.

Dari sudut pekerja, kesulitan dalam penerapan UMR adalah karena hal-hal berikut.

1. Tingkat produktivitas pekerja yang masih rendah, rata-rata 114.986 rupiah/orang/bulan. Untuk sektor industri manufaktur, produktivitasnya mencapai sekitar 241.304 rupiah/orang/bulan pada tahun 1990³. Hal ini berkaitan erat dengan rendahnya tingkat pendidikan pekerja di sektor industri, yang masih sekitar 70 persen berpendidikan tidak tamat

³ Dihitung berdasarkan data kesempatan kerja dan PDB atas dasar harga konstan 1983.

Kebijakan Upah: Tantangan di Tengah Suasana Krisis Ekonomi

SD dan tamat SD, demikian pula dengan keterampilan pekerja (BPS, 1990).

2. Struktur angkatan kerja yang belum seimbang dengan permintaan. Besarnya jumlah tenaga kerja dibandingkan dengan kesempatan kerja yang ada otomatis akan menurunkan harga pekerja atau upah yang diterima.

Antisipasi Ke Depan

Perkembangan perekonomian dunia awal abad 21 yang tampaknya akan semakin tajam dengan persaingan produk dalam berbagai kualitas menuntut profesionalisme yang tinggi dari para usahawan, industriawan, manajemen, dan seluruh pekerja di seluruh sektor. Sebagai ujung tombaknya, kemajuan teknologi komputer dalam bidang rancang bangun, model-model analisis masalah, sampai pengembangan jaringan pemasaran produk hasil industri akan semakin mendalam dan menyebar luas sehingga perlu diupayakan berbagai penyiapan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia di bidang tersebut. Sementara itu, sektor industri manufaktur tampaknya akan semakin memerlukan peralatan canggih agar efisiensi dan produktivitas serta kualitas hasil produksinya meningkat sehingga dapat bersaing di pasaran internasional. Untuk itu, manajemen yang mengutamakan kualitas produk sangat perlu untuk dilaksanakan di dalam industri manufaktur yang berskala besar dan menengah.

Sementara itu, masih banyaknya tenaga kerja kurang terampil yang berada di sektor pertanian perlu segera dipacu dan dikembangkan dengan teknologi yang tepat guna agar mereka dapat menerima dan memanfaatkan kemajuan teknologi tersebut untuk membangun daerahnya. Bidang-bidang agrobisnis dan agroindustri sangat perlu dikembangkan untuk menjadi tumpuan harapan bagi penyerapan tenaga kerja perdesaan di sektor pertanian yang modern. Sekaligus hal itu untuk dikembangkan menjadi kekuatan perekonomian rakyat agar dapat menopang perekonomian nasional memasuki abad 21 dengan sebaik-baiknya.

Bersamaan dengan itu, akan merebak pula masalah-masalah Hak Azasi Manusia yang berkaitan dengan kaum pekerja. Kekurangmampuan pemerintah dalam mengatasi masalah upah akan menyudutkan posisi pemerintah dalam hubungan internasional, khususnya yang berkaitan dengan adanya pembatasan wilayah pemasaran pada daerah tertentu.

Hal serupa juga terjadi pada keperluan akan sertifikasi internasional berkaitan dengan masalah lingkungan yang akan menjadi persyaratan yang perlu diantisipasi sejak dini.

Berkaitan dengan itu, UMR yang didasarkan atas kebutuhan hidup riil mutlak perlu dilakukan. Keharusan ini tidak saja untuk kepentingan stabilitas ekonomi makro, tetapi juga demi peningkatan produktivitas pekerja yang juga berpengaruh besar terhadap tingkat kesejahteraan pekerja. Selain itu, upaya-upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia, baik dari segi fisik – kesehatan dan kebugaran- maupun dari nonfisik-pendidikan dan pelatihan keterampilan-penting pula dipikirkan. Pada era global ini, para pekerja asing akan menyerbu masuk ke Indonesia dan pengusaha yang dengan visi hanya meraih keuntungan sebesar-besarnya akan lebih senang mempekerjakan mereka karena pada umumnya lebih berpengalaman, terampil, disiplin, lebih produktif, serta dapat dipimpin secara profesional.

Selain itu, agar lebih sesuai dengan namanya 'upah minimum', maka standar ini hendaknya hanya dipakai acuan dan bukan sebagai tujuan yang ingin dicapai. Jika mungkin, standar upah disesuaikan pula dengan lamanya masa kerja sehingga pemberian upah berada di atas upah minimum yang ditetapkan. Oleh karena itu, jika peningkatan upah minimum di sektor industri tetap sangat lambat dibandingkan dengan sektor-sektor lain, akan dapat mengakibatkan merosotnya tingkat produktivitas sektor tersebut. Padahal, sektor ini merupakan tulang punggung perekonomian Indonesia sehingga akan mempengaruhi kemampuan daya saing hasil produksi yang selanjutnya akan menurunkan minat penanaman investasi.

Untuk itu, pemberian upah minimum setidaknya disertai dengan bentuk-bentuk insentif lain sebagai perangsang motivasi kerja. Selain itu, penetapan upah minimum berdasarkan sektor, subsektor ekonomi ataupun regional juga harus dilaksanakan secara konsekuen.

Penutup

Permasalahan tenaga kerja di masa mendatang tidak hanya berupa permasalahan jumlah komposisi dan kesempatan kerja saja, tetapi juga berupa pengembangan sumber daya manusia. Dalam hal ini, kebijaksanaan

Kebijakan Upah: Tantangan di Tengah Suasana Krisis Ekonomi

upah yang merupakan landasan hubungan kerja masih perlu ditinjau karena masih banyak pekerja yang belum mendapatkan upah sesuai dengan KFM, apalagi KHM, yang tentu saja akan berkaitan erat dengan produktivitas pekerja. Untuk itu, pemberian upah minimum setidaknya memperhitungkan: (1) hasil kerja atau produktivitas yang diperoleh dari peningkatan keuntungan perusahaan, (2) lamanya masa pengabdian pekerja, dan (3) jaminan hidup yang layak.

Krisis ekonomi yang masih berlangsung sampai saat ini merupakan pelajaran mahal bagi bangsa Indonesia yang selama ini terlalu menekankan pada aspek pertumbuhan ekonomi dalam strategi pembangunan. Strategi ini menyebabkan perhatian kepada masalah sumber daya manusia, termasuk juga perhatian yang profesional kepada para pekerja, agak terabaikan. Akibatnya, dalam menghadapi krisis ini tidak terjadi satu persepsi yang sama antara pengusaha dan pekerja dan ini mempersulit pemecahan jalan keluar yang harus ditempuh.

Jika dianalisis secara seksama, tidak seluruh sektor atau wilayah di Indonesia yang mengalami krisis atau paling tidak tampak bahwa krisis yang ada pada saat ini tidak berdampak sama untuk seluruh sektor serta wilayah. Ada beberapa sektor yang justru diuntungkan dengan krisis ini. Sektor-sektor tersebut seharusnya dapat memberikan kenaikan tingkat upah yang memadai kepada para pekerjanya untuk mengimbangi dengan tingkat inflasi. Namun, apakah yang terjadi? Para pengusaha tersebut hanya memberikan gaji sesuai dengan UMR yang telah ditetapkan pemerintah. Ini menunjukkan masih kurangnya kesadaran pengusaha untuk menjadikan pekerja sebagai mitra. Untuk itu, kebijaksanaan UMR kiranya perlu semakin disempurnakan dengan lebih memerinci UMR berdasarkan sektor. Memang saat ini upaya ke arah itu sudah dilakukan, namun baru terbatas pada sektor-sektor utama saja. Oleh karenanya, UMR berdasarkan sektor tersebut seyogianya harus lebih mendetail dan diberlakukan di seluruh daerah, jika mungkin sampai pada tingkat II (lihat Lampiran-2).

Referensi

- Latief, Abdul. 1994. Kebijakan Pembangunan Ketenagakerjaan dan Permasalahannya, disampaikan pada *Sekolah Staf dan Komando TNI-AD Angkatan IV, Tahun Pendidikan 1993-1994, 11 Januari 1994, di Bandung*.
- ADB dan Bappenas. 1995. *Intermediate Services: Key to Accelerated Export Development in Indonesia*. Jakarta
- Anwar, Arsyad. 1992. "Transformasi Struktur Ketenagakerjaan Menurut Sektor Produksi dan Pertumbuhan Ekonomi Indonesia 1971-1990", *Seminar Dua Hari Ciri Demografis Kualitas Penduduk dan Pembangunan Ekonomi*. Kerja sama Lembaga Demografi, Fakultas Ekonomi, Universitas Indonesia, dan Ikatan Sarjana Ekonomi Indonesia, 12-13 Februari 1992, Jakarta.
- Biro Pusat Statistik. 1994. *Sensus Penduduk*. Jakarta.
- Departemen Tenaga Kerja RI. 1994. *Perencanaan Kebutuhan Tenaga Kerja di Luar Negeri*. Jakarta.
- Departemen Tenaga Kerja RI. 1994. *Profil Sumber Daya Manusia*. Jakarta.
- Hill, Hall. 1996. *Transformasi Ekonomi Indonesia Sejak 1966: Sebuah Studi Kritis dan Komprehensif*. Yogyakarta: Pusat Antar Studi (Studi Ekonomi), UGM bekerja sama dengan PT. Tiara Wacana
- Kompas*. 1996. "Upah Berdasarkan KFM atau KHM, Hanya Sekadar Jaring Pengaman", 9 Januari
- Kantor Menteri Negara Kependudukan/BKKBN. 1995. *Beberapa Implikasi Perkembangan Penduduk Indonesia dalam PJP II*. Jakarta
- Kantor Menteri Negara Kependudukan/BKKBN. 1995. *Pasar Kerja dan Produktivitas*. Jakarta.
- Pardipto, Rimawan. 1996. "Dampak Kebijakan Sektor Riil terhadap Struktur dan Kinerja Sektor Industri Indonesia 1980-1994", *Kelola: Gadjah Mada University Business Review*, (11)
- Pasay, Haidy A. 1995. "Produktivitas, Sumber Daya, dan Teknologi", dalam Anwar M. Arsyad, dkk., *Prospek Ekonomi Indonesia Jangka Pendek: Sumber Daya, Teknologi, dan Pembangunan*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama

Kebijakan Upah: Tantangan di Tengah Suasana Krisis Ekonomi

- Poot, Huib., Kuyvenhoven, Arie and Jaap Jansen. 1992. *Industrization and Trade in Indonesia*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Republika. 1996. "Risiko Kenaikan Upah Bagi Industri dan Pekerja", 15 Januari
- Sumarwan, Ujang, dkk. 1994. *Studi Kesenjangan Kualitas Fisik Penduduk dan Tingkat Penghasilan dalam Rangka Pengembangan Indikator Produktivitas Penduduk*. [S.L]: Kerja sama Fakultas Pertanian-IPB dengan Kantor Menteri Negara Kependudukan
- Tjiptoherijanto, Prijono. 1994. *Perkembangan Upah Minimum dan Pasar Kerja*, Jakarta, 24 Maret
- Tjiptoherijanto, Prijono. 1995. *UMR, KFM, dan Rasio Upah*, Jakarta, 12 Januari
- Tjiptoherijanto, Prijono. 1996. *Upah Minimum Regional: Perkembangan Kebijakan, Pelaksanaan, dan Masalah-Masalahnya*, Jakarta, 10 April
- Tjiptoherijanto, Prijono. 1997. "Kebijakan Upah dan Industrialisasi", makalah disampaikan pada Kuliah S2 Ketenagakerjaan di Universitas Indonesia.

Lampiran 1. Perkembangan UMR 1997, 1998, dan 1999

| Daerah | UMR | | | Peningkatan (%) | |
|----------------------|---------|---------|---------|-----------------|-------|
| | 1997 | 1998 | 1999 | 97-98 | 98-99 |
| DI Aceh | 128.000 | 147.000 | 171.000 | 14,84 | 16,32 |
| Sumatra Utara | 151.000 | 174.000 | 210.000 | 15,23 | 20,68 |
| Sumatra Barat | 119.000 | 137.000 | 160.000 | 15,12 | 16,78 |
| Riau | | | | | |
| • Luar Batam | 151.000 | 174.000 | 218.000 | 15,23 | 25,28 |
| • Pulau Batam | 235.000 | 270.000 | 290.000 | 14,89 | 7,40 |
| Jambi | 119.500 | 137.500 | 150.000 | 15,06 | 9,09 |
| Sumatra Selatan | | | | | |
| • Daratan | 127.500 | 146.500 | 170.000 | 14,90 | 16,04 |
| • P. Bangka&Belitung | 135.000 | 155.500 | 181.000 | 15,18 | 16,39 |
| Bengkulu | 127.500 | 146.500 | 150.000 | 14,90 | 2,38 |
| Lampung | 126.000 | 145.000 | 160.000 | 15,07 | 10,34 |
| DKI Jakarta | 172.500 | 198.500 | 231.000 | 15,07 | 16,37 |
| Jawa Barat | | | | | |
| • Wilayah I | 172.500 | 198.500 | 230.000 | 15,07 | 15,86 |
| • Wilayah II | 157.500 | 181.000 | 210.000 | 14,92 | 16,02 |
| • Wilayah III | 145.500 | 167.500 | 200.000 | 15,12 | 19,40 |
| • Wilayah IV | 139.000 | 160.000 | 195.000 | 15,10 | 21,87 |
| JawaTengah | 113.000 | 130.000 | 153.000 | 15,04 | 17,69 |
| DI Yogyakarta | 106.000 | 122.500 | 130.000 | 15,56 | 6,12 |
| Jawa Timur | | | | | |
| • Wilayah I | 132.500 | 152.500 | 182.000 | 15,09 | 19,34 |
| • Wilayah II | 127.500 | 146.500 | 174.000 | 14,90 | 18,77 |
| • Wilayah III | 121.000 | 139.000 | 166.000 | 14,87 | 19,42 |
| • Wilayah IV | 116.500 | 134.000 | 160.000 | 15,02 | 19,40 |
| Bali | 141.500 | | | 14,84 | 8,61 |
| • Wilayah I | | 162.500 | 182.000 | | |
| • Wilayah II | | 162.500 | 166.000 | | |
| NTB | 108.000 | 124.000 | 145.000 | 14,81 | 16,93 |
| NTT | 106.500 | 122.500 | 143.000 | 15,02 | 16,73 |
| Kalimantan Barat | 126.500 | 145.500 | 175.000 | 15,01 | 20,27 |
| Kalimantan Tengah | 138.000 | 158.500 | 195.000 | 14,85 | 23,02 |
| Kalimantan Selatan | 125.000 | 144.000 | 166.000 | 15,20 | 15,27 |
| Kalimantan Timur | 153.000 | 176.000 | 194.000 | 15,03 | 10,22 |
| Sulawesi Utara | 118.000 | 135.000 | 155.000 | 14,40 | 14,81 |
| Sulawesi Tengah | 106.500 | 122.500 | 150.000 | 15,02 | 22,44 |
| Sulawesi Selatan | 112.500 | 129.500 | 148.000 | 15,11 | 14,28 |
| Sulawesi Tenggara | 121.000 | 139.000 | 160.000 | 14,87 | 15,10 |
| Maluku | 136.000 | 156.500 | 180.000 | 15,07 | 15,01 |
| Papua | 170.000 | 195.500 | 225.000 | 15,00 | 15,08 |

Sumber: DPPN, Departemen Tenaga Kerja RI

Lampiran 2. Upah Minimum Sektoral Regional pada Sembilan Belas Provinsi di Indonesia

| Sektor/Subsektor | Besarnya (Rp) |
|---|---------------|
| DAERAH ISTIMEWA ACEH | |
| Pertanian, Peternakan, Kehutanan, Perburuan, dan Perikanan | |
| • Pertanian tanaman pangan | 176,400 |
| • Pertanian tanaman lainnya | 176,400 |
| • Peternakan | 176,400 |
| • Jasa pertanian dan peternakan | 179,300 |
| • Kehutanan dan penebangan hutan | 183,750 |
| • Perikanan laut | 176,400 |
| • Perikanan darat | 173,450 |
| Pertambangan dan Penggalian | |
| • Pertambangan minyak dan gas bumi | 191,100 |
| • Pertambangan biji logam | 179,300 |
| • Penggalian batu-batuan, tanah liat, dan pasir | 173,450 |
| • Pertambangan dan penggalian lain | 173,450 |
| Industri Pengolahan | |
| • Industri kayu dan barang dari kayu termasuk perabot rumah tangga | 176,400 |
| • Industri Kimia Dasar Anorganik, Klor, dan Alkali | 176,400 |
| • Industri barang perhiasan berharga | 176,400 |
| Listrik, Gas, dan Air | |
| • Listrik | 176,400 |
| • Gas, Uap, dan air panas | 176,400 |
| • Penjernihan penyediaan dan penyaluran air | 176,400 |
| Bangunan | |
| • Bangunan jalan dan jembatan | 173,450 |
| • Bangunan stasiun pembangkit tenaga listrik transmisi dan distribusi | 183,750 |
| Perdagangan Besar, Eceran, dan Rumah Makan serta Hotel | |
| • Perdagangan Besar Hasil-Hasil Pertanian | 176,400 |
| Angkutan, Penggudangan, dan Komunikasi | |
| • Penggudangan | 172,400 |
| • Komunikasi | 176,400 |
| Keuangan, Asuransi Usaha Persewaan Bangunan Tanah, dan Jasa Perusahaan | |
| • Lembaga Keuangan | 176,400 |
| • Asuransi | 176,400 |
| • Usaha Persewaan/Jual Beli tanah, Gedung, dan Jasa Perusahaan | 176,400 |
| Jasa Kemasyarakatan Sosial dan Perorangan | |
| • Administrasi Negara | 176,400 |
| • Jasa kebersihan dan sejenis (swasta) | 173,450 |
| • Pendidikan swasta | 173,450 |

Lanjutan Lampiran 2.

| Sektor/Subsektor | Besarnya (Rp) |
|--|---------------|
| SUMATRA UTARA | |
| Pertanian, Peternakan, Kehutanan, Perburuan, dan Perikanan | |
| • Penebangan Hutan | 252,000 |
| Industri Pengolahan | |
| • Industri pembekuan ikan dan sejenisnya | 252,000 |
| • Industri minuman ringan | 221,000 |
| • Industri minuman keras | 252,000 |
| • Industri roti, kue kering, dan sejenisnya | 231,000 |
| • Industri makanan dari coklat dan kembang gula | 231,000 |
| • Industri dan hasil lainnya tembakau, bumbu rokok, dan klobot/kawung | 252,000 |
| • Industri minyak goreng dari kelapa sawit | 252,000 |
| • Industri pakaian jadi dan tekstil | 242,000 |
| • Industri penggergajian dan pengolahan kayu | 252,000 |
| • Industri kayu lapis | 252,000 |
| • Industri kimia dasar organik yang tidak termasuk golongan manapun | 231,000 |
| • Industri cat, pernis, dan lak | 242,000 |
| • Industri farmasi | 252,000 |
| • Industri perekat | 242,000 |
| • Industri bahan kimia dan barang kimia lainnya | 242,000 |
| • Industri pembersih dan penggilingan minyak bumi | 252,000 |
| • Industri ban luar dan dalam | 242,000 |
| • Industri remilling karet | 242,000 |
| • Industri barang-barang keperluan haki dari karet | 231,000 |
| • Industri barang-barang plastik lainnya | 227,000 |
| • Industri kapur dan barang dari kapur | 231,000 |
| • Industri penggilingan baja | 252,000 |
| • Industri alat-alat dapur dari aluminium | 242,000 |
| • Industri alat-alat dapur dari aluminium kunci dan barang-barang logam sejenisnya | 231,000 |
| SUMATRA BARAT | |
| Pertanian, Peternakan, Kehutanan, Perburuan, dan Perikanan | |
| • Perkebunan kelapa sawit | 200,000 |
| • Industri crumb rubber (karet remah) | 200,000 |
| • Perdagangan besar hasil-hasil pertanian lainnya | 160,000 |
| RIAU | |
| Industri Pengolahan | |
| • Industri bubur kertas (pulp), kertas, dan karton | 255,000 |

Lanjutan Lampiran 2.

| Sektor/Subsektor | Besarnya (Rp) |
|---|---------------|
| JAMBI | |
| Pertanian, Peternakan, Kehutanan, Perburuan, dan Perikanan | |
| • Pertanian tanaman lainnya | 158,150 |
| • Usaha kehutanan lainnya | 156,250 |
| • Penebangan hutan | 162,500 |
| Pertambangan dan Penggalian | |
| • Pertambangan minyak dan gas bumi | 187,500 |
| Industri Pengolahan | |
| • Industri minyak kasar (minyak makan) dari nabati dan hewani | 162,500 |
| • Industri minyak goreng dari kelapa | 156,250 |
| • Industri pengolahan kopi | 151,250 |
| • Industri minuman ringan | 151,250 |
| • Industri penggergajian dan pengolahan kayu | 156,250 |
| • Industri kayu lapis | 151,250 |
| • Industri kayu lapis aneka inti | 151,250 |
| • Industri karet | 151,250 |
| Perdagangan besar, Eceran, dan Rumah Makan serta Hotel | |
| • Perdagangan besar | 251,250 |
| SUMATRA SELATAN | |
| Daratan: | |
| • Pertanian, peternakan, kehutanan, perburuan, dan perikanan | 197,800 |
| • Pertambangan dan penggalian | 175,800 |
| • Industri dan pengolahan | 183,800 |
| • Pembangunan | 175,800 |
| Kepulauan: | |
| • Pertanian, peternakan, kehutanan, perburuan, dan perikanan | 210,000 |
| • Pertambangan dan penggalian | 186,600 |
| • Industri dan pengolahan | 194,400 |
| • Pembangunan | 186,600 |
| BENGGULU | |
| Pertanian, peternakan, kehutanan, perburuan, dan perikanan | 160,240 |
| Pertambangan dan penggalian | 160,380 |
| Industri dan pengolahan | |
| • Industri makanan, minuman, tembakau | 174,960 |
| Listrik, gas, dan air | 174,960 |
| Pembangunan | 174,960 |

Lanjutan Lampiran 2.

| Sektor/Subsektor | Besarnya (Rp) |
|--|---------------|
| DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA | |
| Industri Pengolahan | |
| • Industri pengolahan dan pengawetan lainnya untuk buah-buahan dan sayur-sayuran | 134,000 |
| • Industri batik | 134,000 |
| • Industri perabot dari bambu dan rotan | 148,000 |
| • Industri anyam-anyaman dari rotan dan bambu | 134,000 |
| • Industri kerajinan ukir-ukiran dari kayu (kecuali meubel) | 134,000 |
| • Industri perabot serta perlengkapan rumah tangga dari kayu | 156,000 |
| • Industri minyak atsiri | 148,000 |
| • Industri barang keramik tanah liat untuk keperluan rumah tangga | 134,000 |
| • Industri barang dari batu | 148,000 |
| JAWA TIMUR | |
| <i>Upah minimum sektoral regional Tk. II Kodya Surabaya Kab. Gresik, Kab. Sidoarjo, Kab/Kodya Mojokerto, Kab/Kodya Malang, Kab/Kodya Pasuruan, Kab/Kodya Probolinggo.</i> | |
| Pertanian, Peternakan, Kehutanan, Perburuan, dan Perikanan | |
| • Pertanian tanaman lainnya | 182,000 |
| Industri Pengolahan | |
| • Industri farmasi dan jamu | 194,000 |
| <i>Upah minimum sektoral regional Tk. II kab/Kodya Kediri, Kab/Kodya Madiun, Kab. Banyuwangi, Kab. Ngawi, Kab. Magetan, Kab. Tuban, Kab. Jember, Kab. Sumenep.</i> | |
| Pertanian, Peternakan, Kehutanan, Perburuan, dan Perikanan | |
| • Pertanian tanaman lainnya | 174,000 |
| Industri Pengolahan | |
| • Industri farmasi dan jamu | 186,000 |
| <i>Upah minimum sektoral regional Tk. II, Kab. Jombang, Kab. Lamongan, Kab. Lumajang, Kab. Tulung Agung, Kab. Bangkalan, Kab. Nganjuk, Kab. Bondowoso, Kab. Bojonegoro, Kab. Ponorogo.</i> | |
| Pertanian, Peternakan, Kehutanan, Perburuan, dan Perikanan | |
| • Pertanian tanaman lainnya | 166,000 |
| Industri Pengolahan | |
| • Industri farmasi dan jamu | 177,000 |
| <i>Upah minimum sektoral regional Tk. II Kab. Trenggalek, Kab. Pacitan, Kab. Pamekasan, Kab. Sampang, Kab/Kodya Blitar</i> | |
| Industri Pengolahan | |
| • Industri farmasi dan jamu | 170,000 |

Lanjutan Lampiran 2.

| Sektor/Subsektor | Besarnya (Rp) |
|--|---------------|
| KALIMANTAN BARAT | |
| Pertanian, Peternakan, Kehutanan, Perburuan, dan Perikanan | |
| • Perkebunan kelapa sawit | 182,500 |
| • Kehutanan dan penebangan hutan | 187,500 |
| • Industri karet dan barang dari karet | 180,000 |
| KALIMANTAN TENGAH | |
| Pertanian, Peternakan, Kehutanan, Perburuan, dan Perikanan | |
| • Pertanian tanaman lainnya | 209,000 |
| • Penebangan hutan | 213,000 |
| • Usaha kehutanan lainnya | 209,000 |
| Pertambangan dan Penggalian | 224,000 |
| Industri Pengolahan | |
| • Industri penggergajian, pengetaman, dan pengolahan kayu | 205,000 |
| • Industri karet | 205,000 |
| Bangunan | 217,000 |
| KALIMANTAN TIMUR | |
| Pertanian, Peternakan, Kehutanan, Perburuan, dan Perikanan | |
| • Kehutanan dan penebangan hutan | 201,000 |
| Industri Pengolahan | |
| • Industri makanan, minuman, dan tembakau | 194,000 |
| • Industri tekstil pakaian jadi dan kulit | 194,000 |
| • Industri percetakan dan penerbitan | 194,000 |
| • Industri farmasi dan jamu | 201,000 |
| • Industri barang dari logam, mesin, dan peralatannya | 201,000 |
| Bangunan | |
| • Bangunan sipil | 194,000 |
| Kuangan, Asuransi, Usaha Persewaan Bangunan, Tanah, dan Jasa Perusahaan | 203,000 |
| SULAWESI SELATAN | |
| Industri Pengolahan | 151,000 |
| Bangunan | 160,000 |
| Perdagangan Besar, Eceran, Rumah Makan, serta Hotel | 158,000 |
| SULAWESI TENGGARA | |
| Bangunan | |
| • Bangunan Sipil | 166,800 |
| Perdagangan Besar, Eceran, dan Rumah Makan serta Hotel | |
| • Rumah makan dan minum | 160,000 |
| • Hotel dan penginapan | 160,000 |

Lanjutan Lampiran 2.

| Sektor/Subsektor | Besarnya (Rp) |
|---|---------------|
| SULAWESI UTARA | |
| Bangunan | |
| • Bangunan Sipil | 206,250 |
| NUSA TENGGARA BARAT | |
| Pertanian, Peternakan, Kehutanan, Perburuan, dan Perikanan | |
| • Penebangan hutan | 165,000 |
| • Mutiara | 162,500 |
| NUSA TENGGARA TIMUR | |
| Industri Pengolahan | |
| • Industri minuman ringan | 147,500 |
| • Industri semen | 157,500 |
| MALUKU | |
| Pertanian, Peternakan, Kehutanan, Perburuan, dan Perikanan | |
| • Penebangan hutan | 210,000 |
| • Penangkapan Pengembangan hasil laut | 215,000 |
| • Pemeliharaan hasil laut | 195,000 |
| Pertambangan dan Penggalian | 200,000 |
| Industri Pengolahan | |
| • Industri pengolahan dan pengawetan ikan dan sejenisnya | 195,000 |
| • Industri penggergajian, pengetaman, dan pengolahan kayu | 190,000 |
| Bangunan | 200,000 |
| Angkutan, Penggudangan, dan Komunikasi | 200,000 |
| PAPUA | |
| Pertanian, Peternakan, Kehutanan, Perburuan, dan Perikanan | |
| • Pertanian tanaman pangan | 235,000 |
| • Pertanian tanaman lainnya | 235,000 |
| • Perkebunan coklat | 235,000 |
| • Perkebunan kelapa sawit | 235,000 |
| • Perikanan laut | 235,000 |
| Pertambangan dan Penggalian | |
| • Minyak dan gas bumi | 250,000 |
| • Pertambangan tembaga | 250,000 |
| Industri pengolahan | 235,000 |

UTILISASI PELAYANAN KESEHATAN: PROBLEM ANTARA PEMERATAAN DAN EFISIENSI¹ (Studi di Wilayah Pedesaan Kabupaten Purworejo)

Ambar Widaningrum

Abstract

Undoubtly, an accessible and adequate basic health service is priority for poverty reduction and more equitable development. Underutilization of health services is still a major concern for policy makers and constitutes the prime barrier to the large scale success of health programs. Information on the determinants and patterns of health care use can identify problems in organization and delivery that may result in underutilization. Based on the research findings in rural Purworejo, delivering services for the rural and poor people are in conflict with the objective to generate revenue. Many potential beneficiaries never get to adequate health services, because of the multiple non-financial constraints either from the demand side or the supply side. In order to enhance equitable utilization of public health services, strong commitment to apply investment in accessibility is certainly needed.

Pendahuluan

Investasi di dalam pembangunan kesehatan sangat penting, baik untuk alasan keadilan sosial maupun efisiensi ekonomi. Di dalam laporan terbaru Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2000), ada tiga tujuan fundamental dari sebuah sistem kesehatan: *pertama*, meningkatkan kesehatan warga negara; *kedua*, merespons kebutuhan dan harapan warga negara akan kesehatan; dan *ketiga* adalah melindungi penduduk miskin dari pembiayaan kesehatan yang mahal ketika mereka jatuh sakit.

Sejak Repelita VI 1994-1998 sampai dengan dicanangkannya Indonesia Sehat 2010 pada bulan Maret 1999 oleh Menteri Kesehatan, penekanan program pembangunan kesehatan sudah memprioritaskan kualitas dan distribusi pelayanan, khususnya pada masyarakat miskin, selain

¹ Tulisan ini merupakan bagian dari laporan penelitian untuk disertasi penulis pada Program Doktor Administrasi Publik, Universitas Gadjah Mada.

memperkuat kegiatan preventif dan promotif untuk mengurangi tingkat kematian bayi, ibu, dan anak, serta mengurangi angka kesakitan. Beberapa program tersebut telah diungkapkan dalam bentuk kebijakan-kebijakan untuk meningkatkan pemerataan akses dan kualitas pelayanan terutama untuk kelompok marginal dan miskin, seperti program JPS-BK (Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan), Gerakan Sayang Ibu, dan Pekan Imunisasi Nasional. Perbaikan dan penambahan sumber daya dan prasarana kesehatan juga telah dilakukan untuk menunjang tujuan tersebut, misalnya dengan merekrut 50.000 bidan desa di tahun 1990-an dan menambah jumlah puskesmas dari 36.307 puskesmas di tahun 1998 menjadi 42.247 puskesmas di tahun 1999 (Depkes, 2001).

Namun demikian, ketika terjadi krisis ekonomi Indonesia yang dimulai sejak pertengahan tahun 1997 dan tahun-tahun sesudahnya, bidang kesehatan tidak terlepas sebagai bagian dari krisis tersebut. Penyediaan pelayanan kesehatan membutuhkan sumber daya yang besar. Di tengah kelangkaan sumber daya akibat krisis tersebut, berbagai upaya dilaksanakan untuk memenuhi tujuan efisiensi dan sekaligus pemerataan. Hal ini menjadi sulit dilakukan karena adanya tukar-imbang antara efisiensi di satu sisi dan pemerataan pelayanan kesehatan di sisi yang lain. Kesulitan-kesulitan, seperti naiknya harga obat dan biaya kesehatan, membawa konsekuensi status kesehatan yang menurun, khususnya pada kelompok rumah tangga miskin. Tingkat utilisasi pelayanan kesehatan di tahun 1980-an meningkat tajam karena akses ke tempat pelayanan kesehatan pemerintah yang makin baik, kemudian menurun di tahun 1997 dan 1998. Seperti yang ditulis oleh Lieberman dan Marzoeki (2000), angka kunjungan antara petugas pelayanan dengan pengguna pelayanan puskesmas maupun puskesmas pembantu (Pustu) menunjukkan penurunan. Di tahun 1995, angka kunjungan puskesmas adalah 4,66 yang menurun menjadi 4,31 persen (1997) dan menurun lagi menjadi 3,25 persen di tahun 1998. Demikian halnya dengan kunjungan ke Pustu, dari 1,69 persen di tahun 1995, 1,66 di tahun 1997, dan menurun menjadi 1,01 di tahun 1998. Data tersebut menunjukkan bahwa angka utilisasi puskesmas makin menurun, sementara menurut data BPS (2001) angka kesakitan (persentase penduduk yang mengalami gangguan kesehatan selama sebulan yang lalu) meningkat dari 25,4 persen di tahun 1998 menjadi 25,6 persen di tahun 2000. Laporan SMERU (1999) dan BPS (1999) juga memperlihatkan peningkatan persentase penduduk miskin dalam

melakukan pengobatan sendiri jika sakit. Dalam keterbatasan sumber daya dan sumber dana, pengobatan sendiri menjadi salah satu mekanisme *coping* bagi mereka untuk bertahan. Namun demikian, mekanisme tersebut tidak akan bertahan lama ketika mereka harus menanggung beban makin berkurang aset dan biaya hidup.

Sehubungan dengan adanya peluang pengembangan kebijakan kesehatan pada tingkat kabupaten dan kota karena otonomi daerah yang sedang dilaksanakan saat ini, persoalan-persoalan pelayanan kesehatan di tingkat kabupaten dan kota perlu diketahui dengan jelas. Kabupaten Purworejo juga mengalami masalah yang relatif sama dengan paparan data tersebut. Kendati telah ada penambahan fasilitas dan perbaikan akses fisik ke tempat pelayanan, cakupan kunjungan puskesmas maupun tempat-tempat pelayanan lain tidak menunjukkan peningkatan. Angka kematian ibu melahirkan masih cukup tinggi, yakni 258 per 100.000 kelahiran hidup, dan salah satu penyebabnya diduga karena pemanfaatan tenaga penolong persalinan tradisional masih cukup tinggi, terutama di wilayah pedesaan (30,7 persen) (Profil Kesehatan Kabupaten Purworejo tahun 2000).

Secara umum dapat dikatakan bahwa peningkatan jumlah sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan yang dimaksudkan untuk peningkatan aksesibilitas pelayanan tidak selalu diikuti dengan peningkatan utilisasi pelayanan. Oleh karenanya, tulisan ini mengacu pada *dua* isu penting. *Pertama*, dengan adanya peningkatan fasilitas dan sarana pelayanan kesehatan, kecenderungan pemanfaatan pelayanan tidak berubah sehingga pola-pola utilisasi pelayanan tidak diketahui secara jelas. *Kedua*, apakah pelayanan kesehatan yang ada bermanfaat secara merata?

Tinjauan Literatur

Sistem Pelayanan dan Kegagalan Pasar Kesehatan

Mekanisme pasar dalam teori ekonomi dimaksudkan untuk menghasilkan efisiensi ekonomi dengan beberapa asumsi (kompetisi sempurna, informasi yang setara, dan sebagainya). Dalam kondisi pasar yang efisien, harga barang atau jasa ditentukan oleh keseimbangan antara penawaran dan permintaan. Asumsi pasar bebas menjadi dasar untuk mendukung privatisasi dan liberalisasi pada banyak sektor di seluruh dunia, terutama kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan oleh badan-badan besar dunia, seperti IMF dan Bank Dunia. Efisiensi menjadi standar

produksi di sektor manapun. Namun demikian, untuk sektor kesehatan, persyaratan dalam mekanisme pasar sempurna untuk mencapai efisiensi tersebut tidak mungkin terpenuhi karena berbagai sifat yang khusus, seperti produk yang heterogen, sifat gawat darurat, dan padat karya. Persyaratan pasar sempurna memungkinkan terjadinya konflik dengan tujuan lain, yakni distribusi yang merata. Aspek ini amat penting dalam sektor kesehatan karena orang miskin lebih mudah jatuh sakit (karena malnutrisi atau sanitasi yang buruk) dan kesulitan menjangkau biaya pelayanan. Padahal, jatuh sakit berarti kehilangan hari produktif dan pada gilirannya mengurangi kemampuan memperoleh pendapatan.

Le Grand, dkk. (1992) dan James (1997) menjelaskan beberapa hal penyebab kegagalan pasar dalam pelayanan kesehatan sebagai berikut. *Pertama*, informasi yang tidak seimbang (*asymmetric information*) atau ketidaktahuan pasien (*patient-ignorancy*). Peran penyedia jasa pelayanan kesehatan lebih kuat dari pada konsumen jasa pelayanan kesehatan. Desain dan pilihan-pilihan penyediaan pelayanan ada pada produsen atau petugas pelayanan dan bukan berorientasi pada konsumen. Dalam kondisi tertentu, pengobatan atau pelayanan yang diberikan tidak efektif tanpa diketahui oleh pasien. Dalam ilmu ekonomi dikenal dengan istilah *supply induced demand* (pemanfaatan berlebihan atau tidak sesuai dengan kebutuhan) karena keputusan konsumen untuk menggunakan atau tidak menggunakan barang/jasa sangat dipengaruhi oleh keputusan produsen. Dengan demikian, tidak ada prinsip kesetaraan antara produsen dan konsumen.

Kedua, ada eksternalitas yang dihasilkan, yakni dampak yang ditimbulkan (baik yang bersifat positif maupun yang bersifat negatif) akibat tindakan konsumsi dan/atau produksi oleh satu pihak ke pihak lain tanpa adanya kompensasi. Pada beberapa pelayanan tertentu, terutama yang terkait dengan penyakit menular, seperti program imunisasi, akan menimbulkan eksternalitas positif tidak hanya pada orang yang diimunisasi, tetapi juga menciptakan manfaat eksternal bagi orang lain.

Ketiga, kebutuhan akan pelayanan bersifat tidak menentu (*uncertainty*), baik waktu, tempat, jumlah, maupun biaya yang dibutuhkan. Pada pasar sempurna, akses sangat bergantung pada kemampuan membeli. Dalam situasi seperti ini, kelompok penduduk miskin tidak akan memperoleh akses yang lebih baik dari sekadar pelayanan dasar. Sementara itu, dalam

mekanisme pembayaran biaya kesehatan melalui asuransi, pasar asuransi selalu memakai asumsi yang pasti dari kondisi kesehatan pemakai jasa asuransi. Oleh karenanya, pasar asuransi biasanya menolak klien yang memiliki kemungkinan klaim yang tinggi. Pada gilirannya, pasar asuransi hanya akan mencakup kelompok populasi tertentu. Lebih lanjut, karena asuransi kesehatan selalu menetapkan tarif lebih rendah dari penggunaan nyata, maka akan terjadi potensi penggunaan asuransi yang tidak efisien, yang biasa dikenal dengan istilah *moral hazard*.

Teori kesejahteraan klasik (*classical welfare theory*) menjelaskan tentang pandangan normatif tentang apa yang seharusnya dilakukan oleh pemerintah untuk kesejahteraan warga negaranya. Peran pemerintah sangat penting terutama karena kewenangan regulasi yang dimilikinya. Regulasi memiliki pengaruh penting dalam isu penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk masyarakat, terutama mengatur proses pengalokasian sumber daya yang memungkinkan tercapainya nilai pemerataan dan efisiensi. Jika sektor swasta menggunakan mekanisme pasar sebagai aturan main, maka pemerintah berwenang mengatur pengadaan barang atau pelayanan yang ditentukan melalui keputusan-keputusan badan-badan pemerintah atau lembaga perwakilan seluruh warga negara. Pemerintah dapat berperan dalam memperbaiki atau memperluas pelayanan kesehatan dengan berbagai cara, antara lain, dengan memperluas sistem dan arus informasi sehingga mampu menangkap kecenderungan problem kesehatan dalam masyarakat untuk membangun prioritas kebijakan.

Kendati demikian, harus diakui bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah kadangkala membawa dampak ketidakmerataan karena sumber daya yang terbatas. Dari pengalaman internasional misalnya, kebijaksanaan pemberian pelayanan kesehatan gratis atau murah untuk penduduk cenderung menghasilkan lebih banyak kegagalan daripada keberhasilan (Kim-Farley, 1996). Hal itu disebabkan karena kurangnya insentif untuk para petugas kesehatan dan upah yang rendah, langkanya obat dan peralatan medis karena keterbatasan keuangan negara, inefisiensi pelayanan karena tidak adanya iklim kompetisi dalam pelayanan, serta ketidaksetaraan fasilitas antara desa yang lebih membutuhkan pelayanan dasar dan kota dengan kemampuan sosial ekonomi yang lebih baik.

Pemerataan Pelayanan Kesehatan

Pemerataan membutuhkan perhatian khusus dalam pasar pelayanan kesehatan dibandingkan dengan pasar kebutuhan dasar lainnya. Dalam beberapa literatur terdapat beberapa interpretasi tentang makna atau definisi pemerataan pelayanan kesehatan. Definisi pemerataan yang banyak digunakan adalah bahwa penduduk harus dijamin mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhannya, bukan sesuai dengan kemampuannya membayar (Wagstaff dan Doorsler, 1993). Karena penyakit atau jatuh sakit tidak terdistribusi secara acak dan seragam, pemerataan tidak dapat diartikan bahwa semua orang mendapat pelayanan yang sama. Namun demikian, apapun definisi yang digunakan, sistem pasar tidak mengandung mekanisme yang mempertimbangkan pemerataan. Pada kondisi kompetisi dan informasi yang sempurna sekalipun ketika setiap orang mendapatkan harga yang sama untuk setiap unit pelayanan, harga tersebut tetap membebani orang miskin, baik dari ketidakmerataan akses maupun hasil kesehatan yang diharapkan (Le Grand, dkk., 1992).

Pelayanan kesehatan di Amerika Serikat misalnya, menganut mekanisme pasar bebas dengan berbagai asuransi kesehatan swasta sebagai pelaku utama sektor kesehatan. Peran mekanisme pasar di negara ini ternyata tidak mampu memberikan gambaran tentang pelayanan kesehatan, terutama masalah pemerataan pelayanan secara eksplisit. Intervensi pemerintah hanya pada pelayanan-pelayanan khusus, seperti kontrol penyakit menular, pelayanan kesehatan untuk militer, dan penyakit jiwa. Ada sejumlah 30 sampai dengan 40 ribu penduduk yang tidak memiliki premi asuransi tidak mampu menjangkau pelayanan yang dibutuhkan kendati fasilitas pelayanan amat tersedia dan modern. Angka pemanfaatan pelayanan kesehatan di Amerika juga tidak merata untuk berbagai golongan ras, kelompok pendatang kurang mendapatkan pelayanan yang berkualitas jika dibandingkan dengan kelompok kulit putih. Di Cina, pemanfaatan pelayanan merupakan gambaran dari pemerataan pelayanan. Dengan sistem kesehatan masyarakat yang terdesentralisasi, pemerintah Cina menganggap bahwa tingkat pencapaian kinerja yang baik dari sektor pelayanan kesehatan adalah jika pemanfaatan pelayanan cukup tinggi dan sesuai dengan kebutuhan (Turshen, 1989). Di Filipina, kinerja pelayanan kesehatan justru tidak ditunjukkan oleh adanya penambahan fasilitas, namun lebih kepada pertimbangan kualitas pelayanan. Ada semacam gerakan yang kuat dari pasien yang memiliki keluhan penyakit

yang serius untuk memilih jenis pelayanan yang lebih mahal yang umumnya diberikan oleh lembaga pelayanan swasta. Pelayanan swasta yang relatif lebih mahal dipersepsikan memiliki kualitas pelayanan yang lebih baik daripada pelayanan yang murah (Raghupathy, 1996).

Orientasi Birokrasi Pelayanan Kesehatan

Beberapa aspek modernisasi dapat diterapkan untuk melihat perkembangan dan orientasi dunia pelayanan kesehatan. Yang pertama adalah diferensiasi institusional, yakni munculnya berbagai macam institusi yang masing-masing mengemban fungsi spesialisasi tersendiri. Aspek kedua modernisasi adalah rasionalisasi, yakni penerapan kriteria rasionalitas fungsional pada banyak aspek kehidupan sosial dan ekonomi (Freund & McGuire, 1995). Ketika proses rasionalisasi terjadi di dunia kesehatan modern, salah satu atribut masyarakat kapitalis adalah munculnya komodifikasi atau proses makna kualitas kesehatan, kebugaran, dan sebagainya ditransformasikan sebagai objek yang dapat dibeli dan dijual di pasar. Tidak hanya objek material saja seperti industri farmasi, tetapi juga cakupan yang lebih luas dari pelayanan kesehatan menjadi komoditi yang bisa dijual dan dibeli (Ham, 1993; Freund & McGuire, 1995).

Walaupun aspek-aspek sistem kesehatan modern berkaitan dengan proses yang lebih luas dari modernisasi, beberapa karakteristik dari sistem kesehatan modern sebenarnya merupakan produk dari usaha, baik secara historis maupun secara politis, dari dominasi profesi medis selain beberapa asumsi yang melekat dalam sistem pengobatan pada umumnya. Dokter diasumsikan sebagai ahli dan pasien diasumsikan sebagai penerima keahlian. Perbedaan *power* antara dokter dan pasien selanjutnya dipertajam oleh kontrol media, baik secara luas melalui arena politik dan hukum maupun secara sempit dalam struktur praktik medis. Kesenjangan yang muncul antara individu yang membutuhkan (pasien) dengan individu yang dibutuhkan (dokter) memunculkan ketergantungan struktural yang laten yang justru sering dipertahankan oleh para tenaga medis (Mechanic, 1992). Kesenjangan ini pula yang banyak dikupas oleh Le Grand, dkk. (1992) dan James (1997) dalam teori pasar pelayanan kesehatan. Inti teori tersebut adalah tidak akan terjadi pasar sempurna dalam pasar pelayanan kesehatan karena ketidakseimbangan posisi antara produsen

dan konsumen. Ketidakseimbangan yang berat kepada produsen tersebut pada gilirannya mengakibatkan terjadinya inefisiensi pelayanan .

Utilisasi Pelayanan Kesehatan: Beberapa Hasil Penelitian

Di dalam perencanaan kesehatan, tingkat penyediaan dan utilisasi pelayanan kesehatan sangat penting. Dengan diketahuinya tingkat penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan, pemerintah sebagai pemegang regulasi dapat menentukan prioritas-prioritas kebijakan pelayanan kesehatan serta alokasi sumber-sumber daya yang ada.

Akses geografis, seperti letak tempat tinggal dengan tempat pelayanan, akan memberikan efek positif pada pemanfaatan pelayanan melalui pengurangan biaya perjalanan dan waktu yang diperlukan untuk pergi ke tempat pelayanan kesehatan (Raghupaty, 1996; Thaddeus dan Maine, 1993; Timyan, 1993). Namun demikian, kendati akses geografis penting untuk dipertimbangkan, sering kali terjadi tukar-imbang dengan pertimbangan-pertimbangan lain, terutama kualitas pelayanan (Airey, 1989). Sebagai contoh, studi di dataran tinggi Guatemala menemukan bahwa kedekatan jarak tempat tinggal dengan tempat pelayanan kesehatan tidak menjamin pemanfaatan yang tinggi karena kualitas pelayanan yang buruk sebagai akibat kurangnya peralatan dan petugas kesehatan. Studi ini menyimpulkan bahwa untuk meningkatkan utilisasi pelayanan kesehatan lebih tergantung pada peningkatan kualitas pelayanan daripada membangun lebih banyak sarana pelayanan kesehatan.

Kesimpulan yang sama juga terjadi di suatu distrik di Kenya. Tingkat kunjungan dan pola pemanfaatan pelayanan di dua rumah sakit tidak membaik, bahkan setelah dilakukan perbaikan sarana jalan dan transportasi yang memungkinkan berkurangnya biaya dan waktu perjalanan (Airey, 1989). Kualitas pelayanan menjadi penting ketika pasien tersebut memiliki akses ke lebih dari satu fasilitas pelayanan. Sementara itu, faktor institusional, seperti waktu tunggu dan kepadatan pasien di tempat pelayanan, menjadi salah satu aspek penting dari pemberian pelayanan yang berkualitas. Jarak sosial antara petugas pelayanan dengan pasien misalnya, dilaporkan dalam penelitian yang dilakukan Alisyahbana di Jawa Barat (dalam Timyan, 1993).

Hal yang menarik adalah beberapa studi juga mengindikasikan bahwa harga pelayanan kesehatan tidak selalu menjadi pertimbangan utama untuk

memanfaatkan pelayanan (Barlow & Diop, 1995 dan Russel, 1996). Hal ini utamanya karena harga sering berkaitan dengan kualitas pelayanan. Studi di Tunisia (Auerbach, 1982) bahkan menyebutkan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan kurang dimanfaatkan justru karena pelayanannya diberikan secara gratis. Namun demikian, beberapa hasil penelitian menunjukkan kesimpulan yang berbeda-beda tentang kaitan antara harga pelayanan dan kualitas pelayanan karena dua kemungkinan. *Pertama*, harga mungkin bisa dibuat murah dengan kualitas rendah karena pelayanannya secara kuantitas memang tidak mencukupi. Jika secara kuantitas tidak cukup, maka pasien juga tidak akan memperoleh manfaat maksimum. *Kedua*, pelayanan yang lengkap atau berlebih bisa menaikkan biaya dengan kualitas yang rendah dalam dua kemungkinan. Pelayanan yang berlebihan bisa meningkatkan kemungkinan menyakiti pasien. Jika tidak terjadi efek yang menyakitkan pasien sekalipun, pelayanan yang berlebihan bisa menjadikan pelayanan menjadi tidak berkualitas karena ada kemungkinan pelayanan yang berulang dan pemborosan sumber daya. Hal ini akan mengakibatkan inefisiensi. Sebagai contoh, jika sumber daya yang dialokasikan lebih banyak dari yang sebenarnya dibutuhkan, maka akan ada kebutuhan lain yang sumbernya lebih kecil. Dengan demikian, jika ada pertanyaan apakah kualitas pelayanan yang baik berarti biayanya juga tinggi, maka jawabannya adalah tidak selalu demikian. Pada negara-negara yang memiliki keterbatasan sumber daya, biaya pelayanan akan berhubungan dengan standar pelayanan yang telah disepakati (Newbrander dan Rosenthal, 1997).

Beberapa analisis tentang peran penyediaan pelayanan terhadap pemanfaatan pelayanan perlu dikontrol dengan faktor-faktor pemungkin, baik dalam level individu, rumah tangga, maupun komunitas. Status sosial ekonomi hampir selalu digunakan oleh banyak peneliti untuk menjelaskan alasan pemanfaatan pelayanan (Chernichovsky dan Meesok, 1985; Russell, 1996; Frankenberg dan Thomas, 1999). Penelitian Chernichovsky dan Meesok menghitung perubahan proporsi pengeluaran untuk kesehatan dalam pengeluaran rumah tangga secara keseluruhan. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa secara rata-rata, 10 persen peningkatan pengeluaran rumah tangga di Indonesia menyebabkan 7 persen peningkatan pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan, dan 10 persen peningkatan jumlah anggota rumah tangga menyebabkan 7 persen pengeluaran rumah tangga untuk kesehatan. Hasil studi ini menyimpulkan bahwa *demand*

terhadap pelayanan kesehatan relatif tidak elastis terhadap pendapatan karena proporsi perubahan *demand* lebih kecil dari proporsi perubahan pendapatan. Russell (1996) menjelaskan bahwa kemampuan membayar pelayanan kesehatan dicerminkan melalui pengeluaran rumah tangga sebagai proksi. Kemampuan membayar ini menjadi isu kebijakan penting di banyak negara berkembang ketika sebuah rumah tangga harus menanggung beban ganda dari berbagai keperluan rumah tangga, seperti kebutuhan makan dan nonmakanan. Uang yang dipergunakan untuk membayar biaya pelayanan kesehatan juga dipakai untuk membayar kebutuhan lain, seperti makanan dan pendidikan. Oleh karenanya, kebutuhan akan pelayanan kesehatan, dalam level tertentu, bisa direpresentasikan melalui kemauan untuk membayar (*willingness to pay*) biaya kesehatan.

Barlow dan Diop (1995) serta Raghupathy (1996) menjelaskan bahwa status sosial selain aspek ekonomi, seperti tingkat pendidikan, memperkuat keinginan individu untuk memanfaatkan pelayanan karena pemahaman atas urgensi status kesehatan. Semakin tinggi pengetahuan atau tingkat pendidikan yang ditamatkan tampaknya turut meningkatkan permintaan terhadap pelayanan kesehatan disebabkan pendidikan memungkinkan seseorang untuk memiliki apresiasi yang lebih baik terhadap manfaat pelayanan kesehatan.

Secara umum dapat dijelaskan bahwa penelitian-penelitian tentang utilisasi pelayanan kesehatan sangat beragam. Atribut-atribut individu, rumah tangga, komunitas maupun atribut pelayanan, seperti waktu tunggu, kualitas pelayanan dan lain-lain, banyak dimanfaatkan para peneliti untuk menjelaskan tingkat utilisasi pelayanan. Masing-masing penelitian memberikan rekomendasi yang penting dalam setiap lingkup analisis.

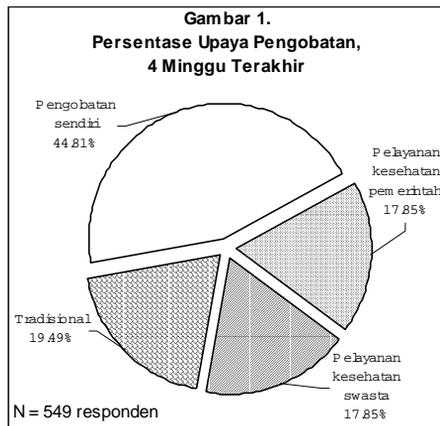
Utilisasi Pelayanan Kesehatan di Wilayah Pedesaan Purworejo

Ada dua isu pokok dalam tulisan ini, yakni *pertama*, dengan adanya peningkatan fasilitas dan sarana pelayanan kesehatan, kecenderungan pemanfaatan pelayanan tidak berubah sehingga pola-pola utilisasi pelayanan tidak diketahui secara jelas dan *kedua*, apakah pelayanan kesehatan yang ada bermanfaat secara merata. Bagian ini akan dimulai dengan deskripsi ketersediaan berbagai aspek pelayanan kesehatan dan kondisi sosial ekonomi masyarakat di wilayah studi. Sistem kesehatan

masyarakat tidak beroperasi dalam situasi vakum, tetapi merupakan bagian dari sistem kesehatan pluralistik yang merespons berbagai kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Faktor-faktor tersebut saling terkait sehingga membutuhkan analisis yang kompleks. Oleh karenanya, analisis perlu dilakukan satu per satu, yakni hambatan-hambatan dari sisi kebutuhan dan sisi persediaan terhadap utilisasi pelayanan, yang keduanya mempengaruhi utilisasi pelayanan yang merata.

Data dianalisis dari berbagai sumber, yakni hasil survei di wilayah pedesaan Purworejo dengan jumlah responden yang mengalami gangguan kesehatan selama sebulan yang lalu sebesar 587, diskusi kelompok terfokus (*focus group discussion*) sebanyak 5 kelompok pengguna jasa kesehatan dan 4 kelompok petugas kesehatan, serta beberapa wawancara mendalam, baik dengan pengguna pelayanan maupun petugas pelayanan. Data statistik puskesmas, kecamatan, dan kabupaten dimanfaatkan untuk melengkapi temuan lapangan.

Analisis deskriptif tentang perilaku mencari upaya pelayanan kesehatan di pedesaan Purworejo konsisten dengan hasil penelitian SMERU (1999) maupun BPS (1999). Pengobatan sendiri menjadi upaya yang paling sering dimanfaatkan. Dari total 587 responden yang diteliti, 549 responden melakukan upaya pengobatan ketika sakit pada 4 minggu terakhir, sedangkan 38 responden tidak berobat ketika sakit. Dari 549 responden, pengobatan sendiri dengan memanfaatkan obat bebas yang dijual di apotik, toko obat, maupun warung merupakan upaya pengobatan pertama yang dilakukan. Gambar 1. menjelaskan persentase pemanfaatan cara-cara tradisional (dukun maupun pemanfaatan jamu-jamuan) juga cukup besar, baru kemudian upaya pengobatan medis.



Hal yang cukup menarik dari data ini adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan swasta. Pelayanan kesehatan swasta yang tersedia adalah praktik

dokter umum, spesialis, dan praktik bidan, serta mantri kesehatan. Di antara berbagai tempat pelayanan, mantri kesehatan dan bidan paling banyak dimanfaatkan oleh penduduk. Dari total responden, sebanyak 8,2 persen memanfaatkan praktik swasta mantri kesehatan, 5,6 persen memanfaatkan bidan desa, sedangkan praktik dokter swasta hanya dimanfaatkan oleh 3 persen responden.

Jenis pembayaran langsung (membayar sendiri) untuk pelayanan kesehatan, baik pelayanan pemerintah maupun swasta, merupakan jenis pembayaran yang paling banyak, yakni sebesar 68,3 persen. Sementara itu, pembayaran melalui asuransi kesehatan (Askes) sebesar 12,8 persen dan sisanya melalui kartu sehat (untuk orang miskin) serta asuransi kesehatan lainnya. Secara keseluruhan, rata-rata biaya yang dikeluarkan untuk membayar pelayanan kesehatan adalah sebesar Rp 7.368,50. Rata-rata biaya yang harus dikeluarkan penduduk untuk berbagai jenis pelayanan, khususnya untuk pelayanan rawat jalan (tidak termasuk biaya waktu dan perjalanan) bervariasi. Biaya untuk pelayanan dokter rata-rata Rp 15.709,00, sedangkan biaya rata-rata untuk pelayanan bidan dan mantri kesehatan sebesar Rp 13.107,00.

Ketersediaan sarana dan prasarana fasilitas kesehatan untuk tempat dan jenis pelayanan bervariasi. Secara rata-rata, rasio penduduk per puskesmas belum ideal. Setiap puskesmas melayani 30.000 penduduk. Kendatipun demikian, situasi ini masih cukup terbantu dengan sejumlah puskesmas pembantu, puskesmas keliling, posyandu, poliklinik desa (Polindes), pondok bersalin dan praktik swasta oleh dokter, bidan, dan mantri kesehatan. Secara rata-rata, setiap puskesmas dalam pelayanannya dibantu oleh 2,64 puskesmas pembantu, 76,28 posyandu, 5,48 poliklinik desa, 5,28 pondok bersalin, dan 7,7 pos obat desa.

Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan untuk penduduk pedesaan memiliki 18 program. Tugas pokok dokter adalah membuat 18 tugas itu berjalan kendati hanya 12 program rutin yang penuh. Karena didesain sebagai pimpinan dari sejumlah staf (rata-rata berjumlah 28 orang), dokter harus mengatur sejumlah sumber yang mencakup orang, obat-obatan, peralatan, serta dana operasional untuk kegiatan klinik dan di dalam klinik. Dengan kata lain, tugas dokter "amat luas". Sementara itu, para dokter dan stafnya harus memberikan pelayanan di dalam klinik maupun di luar klinik melalui kerja sama dengan pihak lain. Implikasinya adalah

tugas-tugas, seperti pada program KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi), lebih terkesan sebagai acara seremonial. Upaya pengobatan adalah beban kerja yang paling banyak dilakukan oleh para petugas puskesmas. Beban kerja ini terutama dilakukan oleh perawat dan bidan. Kegiatan-kegiatan pokok yang dilakukan oleh dokter umumnya terjadwal pada hari-hari tertentu saja, misalnya dua kali dalam seminggu. Dengan banyaknya program yang harus diselesaikan, tugas dokter lebih banyak pada tugas-tugas administratif dan manajemen serta relatif sedikit melakukan tugas-tugas medis. Dengan kata lain perawat atau mantri memegang peran dominan di puskesmas. Kegiatan-kegiatan tersebut umumnya bersifat pengobatan atau tindakan kuratif.

Hambatan Utilisasi Pelayanan Kesehatan dari Sisi Kebutuhan

Keterbatasan Informasi

Keterbatasan informasi dari pengguna jasa menjadi salah satu sumber kegagalan pasar pelayanan kesehatan. Pemahaman tentang sehat dan kesehatan tertentu sangat kentara sebagai salah satu hambatan dalam pemanfaatan pelayanan. Tradisi upaya pencegahan (preventif) hampir tidak pernah muncul dalam diskusi dengan responden. Kurangnya informasi tentang kesehatan dan unsur-unsur pelayanan kesehatan sangat menonjol. Situasi ini tidak hanya dari sisi pengguna jasa kesehatan saja, tetapi juga didukung oleh keberadaan lembaga-lembaga pelayanan yang lebih menonjolkan peran kuratif. Kurangnya respons terhadap kebutuhan pengguna pelayanan juga merupakan faktor penting. Kurangnya respons petugas pelayanan yang diperkuat dengan posisi informasi yang tidak setara antara pasien dan petugas kesehatan, mengakibatkan duplikasi dan suplai yang berlebihan. Hal ini sangat logis mengingat kebutuhan pelayanan tidak ditentukan oleh pasien atau pengguna jasa layanan kesehatan, tetapi ditentukan oleh suplai (*supply induced demand*). Akibatnya, biaya pelayanan menjadi meningkat tanpa memperhitungkan apakah kuantitas pelayanan yang diterima sesuai dengan kualitas yang dibutuhkan. Misalnya, tempat praktik pelayanan swasta merespons keinginan pengguna layanan untuk disuntik, sementara di puskesmas lebih banyak memberikan tablet (obat). Persepsi beberapa pasien adalah suntikan lebih baik dan dapat bekerja lebih cepat dibandingkan dengan tablet. Kendatipun demikian, tidak semuanya setuju bahwa suntikan akan

lebih manjur dibandingkan dengan tablet. Dengan banyak ragam dan jenis obat yang dijual bebas, banyak orang melakukan pengobatan sendiri dengan menelan obat-obatan yang dibeli dari apotik, toko obat, maupun warung. Kecenderungan untuk mengunjungi tempat-tempat pelayanan umumnya jika keadaan sakit sudah serius. Beberapa opini tentang obat dan pelayanan kesehatan sebagai berikut.

“Suntikan lebih cepat menyembuhkan daripada tablet”.

“Obat puskesmas kurang manjur, sama saja untuk semua penyakit”.

“Jika ingin dilayani dokter, jangan ke puskesmas, dokter sering tidak ada di tempat”.

Beberapa opini tersebut umumnya didasarkan pada pengalaman personal mereka ketika berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Namun demikian, tidak ditemukan bukti yang kuat bahwa orang lebih menyukai suntikan dibandingkan dengan jenis pelayanan yang lain. Tujuan utama mereka adalah menjadi lebih baik (sembuh) secepat mungkin.

Sementara itu, kurangnya informasi sangat menonjol pada pemahaman mereka tentang rumah sakit. Ketika ditanyakan, apakah yang bisa dipelajari atau dipahami tentang rumah sakit, jawaban paling umum yang dikemukakan adalah ingin segera membawa pasien pulang ke rumah. Karena sebagian dari mereka jarang sekali mengunjungi pelayanan rumah sakit (2,2 persen dari total responden), mereka tidak tahu dan tidak yakin akan biaya dan manfaat berobat ataupun mondok di rumah sakit. Kecemasan kehilangan uang yang cukup banyak untuk biaya kesehatan dan biaya lainnya (*opportunity cost*) cukup besar, kendati beberapa dari mereka menggunakan mekanisme pembiayaan gratis melalui kartu sehat maupun bantuan lainnya.

Komunikasi kesehatan antara penduduk dengan petugas kesehatan amat terbatas. Oleh karena sebagian besar pelayanan puskesmas diberikan oleh perawat (mantri kesehatan), pelayanan yang diberikan umumnya sangat standar. Perawat dan bidan memainkan peranan sebagai layaknya peran dokter. Mereka memeriksa pasien dan memberikan obat. Sebenarnya, sangat sedikit komunikasi atau pasien dan perawat atau bidan di puskesmas. Komunikasi yang terjadi amat didominasi oleh petugas kesehatan. Komunikasi yang teramat sedikit ditunjukkan dari temuan di

semua kelompok diskusi. Dari interaksi yang terjadi antara pasien dengan petugas pelayanan puskesmas, pasienlah yang mengkomunikasikan gejala-gejala yang dialaminya kepada petugas kesehatan, sementara tidak ada aliran informasi dari petugas kesehatan kepada pasien. Komunikasi yang diberikan kepada pasien lebih berupa sapaan, anjuran untuk meminum obat sesuai dengan takaran yang dianjurkan, dan kemungkinan anjuran untuk datang lagi berkunjung jika gejala penyakit tidak kunjung sembuh. Pekerjaan ini hampir bisa dikatakan rutin sehingga tidak ada perbedaan perlakuan antara pasien dengan jenis penyakit ringan maupun pasien dengan jenis penyakit yang lebih berat (yang mungkin membutuhkan rujukan ke rumah sakit).

Peran Posyandu sebagai media komunikasi paling dekat lebih banyak dimanfaatkan untuk tempat penimbangan dan pembagian makanan pada anak balita. Hanya pada momentum tertentu saja, seperti pada pekan imunisasi nasional (PIN) atau program kesehatan nasional lainnya, peran para kader Posyandu dan petugas kesehatan lebih besar dari biasanya. Penyelenggaraan kegiatan Posyandu lebih terkesan formal, format kegiatan relatif seragam karena disesuaikan dengan petunjuk teknis program melalui mode penyampaian vertikal (satu arah). Akibat yang muncul adalah program ini kehilangan peran sebagai penggerak partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Keterlibatan para kader Posyandu juga menunjukkan penurunan dari waktu ke waktu. Hasil diskusi dengan para kader Posyandu menunjukkan adanya kebosanan karena manfaat yang diperoleh tidak sesuai dengan yang diharapkan, kecuali tambahan beberapa pengetahuan kesehatan umum dan sedikit peningkatan status sosial. Padahal, salah satu tujuan pembentukan Posyandu adalah sebagai media komunikasi kesehatan, khususnya di wilayah pedesaan yang sebagian besar penduduknya termasuk dalam strata kelompok sosial ekonomi rendah. Kelompok ini yang sesungguhnya kerap jatuh sakit, mengidap penyakit menahun, dan terlambat diobati. Dengan begitu, bisa dipahami jikalau kasus-kasus gawat darurat, baik melalui rujukan puskesmas maupun yang langsung datang ke rumah sakit, didominasi oleh kelompok strata sosial ekonomi rendah (Profil Kesehatan Purworejo tahun 2000 dan hasil wawancara kepala Dinas Kesehatan).

Akses Finansial dan Nonfinansial

Alasan pertama yang diberikan responden ketika menjawab alasan untuk melakukan pengobatan sendiri adalah biaya yang murah. Hal ini bisa dipahami, mengingat rata-rata pengeluaran per kapita sebagai proksi kemampuan membayar hanya sebesar Rp 71.628,00 per bulan untuk pengeluaran makanan dan nonmakanan. Hal yang sangat umum adalah banyak penduduk pedesaan yang menunda pergi ke tempat pelayanan kesehatan. Alasan yang terpenting adalah tingginya biaya pemeriksaan. Pergi ke tempat pelayanan umumnya dilakukan sesudah jam kerja (kerja pertanian maupun nonpertanian), kendati harus membayar lebih mahal. Oleh karena itu, dapat dipahami ketika pemanfaatan puskesmas di jam kerja sama besar dengan pemanfaatan praktik bidan dan mantri kesehatan di luar jam kerja puskesmas. Sementara itu, alasan yang banyak dikemukakan tentang keengganan mengunjungi pelayanan rumah sakit, kendati untuk pelayanan rawat jalan sekalipun adalah persepsi tentang biaya yang tinggi, baik biaya pengobatan maupun transportasi, serta hambatan kenyamanan sosial-psikologis.

Dalam definisi fisik, jarak tidak sepenuhnya didefinisikan dalam jumlah kilometer yang ditempuh ke tempat pelayanan, namun lebih pada kualitas prasarana menuju tempat pelayanan. Utilisasi pelayanan di wilayah pedesaan Purworejo memperlihatkan bahwa jarak ke tempat pelayanan bukan merupakan faktor yang penting. Hasil diskusi dengan kelompok ibu yang memiliki anak balita menunjukkan bahwa akses geografis lebih dimaknai sebagai ketersediaan sarana transportasi. Faktor yang menjadi penting adalah kerepotan membawa balita ke tempat pelayanan kesehatan. Pendapat tersebut ternyata hampir diyakinkan oleh semua peserta diskusi. Namun demikian, pertimbangan kemudahan akses fisik tersebut tidak selalu menjadi pertimbangan pokok, terutama jika dikaitkan dengan tingkat keparahan penyakit. Pilihan terhadap petugas kesehatan swasta menjadi pertimbangan utama karena umumnya para pengguna pelayanan menginginkan kesembuhan yang cepat. Keputusan ini juga didasarkan atas informasi dari mulut ke mulut, selain pengalaman sebelumnya.

Pertimbangan kualitas pelayanan menjadi pertimbangan yang ketiga dari responden. Kepuasan pelayanan dimaknai pengguna pelayanan sebagai hubungan interpersonal yang baik dengan petugas pelayanan. Karena petugas pelayanan puskesmas umumnya tinggal di wilayah kerja

puskesmas yang bersangkutan, mereka lebih mudah dijangkau oleh masyarakat pengguna pelayanan, terutama jika memerlukan pertolongan yang cepat di luar jam kerja puskesmas. Praktik di luar jam kerja oleh para petugas pelayanan juga dianggap masyarakat sebagai pelayanan yang sangat berarti. Kemudahan dalam berbagai hal, termasuk soal pembayaran, merupakan aspek utama yang ikut menentukan kepuasan pelayanan. Pelayanan yang kurang memuaskan lebih banyak didefinisikan sebagai "tidak membuat cepat sembuh". Namun demikian, asumsi seperti ini harus dipahami secara lebih hati-hati, misalnya dengan memperhatikan tingkat keparahan, lamanya muncul gejala sakit, dan sebab-sebab gejala tersebut.

"Pasien itu maunya cepat sembuh. Misalnya kalau anak diare, maunya diobati langsung mampet. Padahal, kalau anak diare sebabnya kan macam-macam. Bisa karena keracunan makanan, tidak cocok susu, atau memang disentri. Kalau untuk diare tertentu, kalau diobati langsung diare berhenti, malah berbahaya. Penyebabnya malah belum keluar dengan tuntas. Makanya, penyuluhan kesehatan itu sangat perlu dan sering dilakukan" (dokter praktik swasta, mantan kepala puskesmas di Kabupaten Purworejo, 45 tahun).

Biaya yang murah tidak selalu menjadi pertimbangan pokok ketika orang membutuhkan pelayanan yang berkualitas. Pentingnya kemudahan menjangkau, hubungan antara pasien dengan petugas kesehatan yang lebih personal, dan persepsi tentang obat yang berbeda (kemasan yang menarik dan tertutup) merupakan pertimbangan khusus dalam menentukan opini tentang pelayanan yang berkualitas.

"Sakjane teng puskesmas nggih langkung murah, nek kedah teng laborat ugi langsung wonten mriku. Petugas nggih sami mawon kalih petugas teng dusun mriki. Ning antrine niku sing kulo mboten remen. Obate nggih kacek. Badan pun lemes, tasih kedah nunggu dangu. Nopo malih nek dinten Senin. Nek kraos sakit kulo mesti milih teng pak mantri mawon, nopo ngaturi rawuh" (Sebetulnya di puskesmas lebih murah, kalau harus periksa laboratorium juga langsung ada di situ. Petugasnya juga sama dengan petugas yang ada di dusun ini. Akan tetapi, antrinya yang tidak kami sukai. Obatnya juga berbeda (lebih baik). Badan sudah terasa lemas, masih harus menunggu. Apalagi kalau hari Senin. Kalau sakit pada hari itu, saya memilih datang ke mantri kesehatan atau memintanya

datang ke rumah) (Bapak P, usia 71 tahun dari kutipan transkrip diskusi kelompok terfokus untuk kelompok usia lanjut).

Pemanfaatan kartu JPS bagi keluarga miskin untuk berobat ke puskesmas yang tidak optimal juga merupakan salah satu bentuk keterbatasan akses nonfinansial dari penduduk pedesaan. Kartu ini sudah berubah menjadi kartu JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat) sejak bulan April 2000. Bagi keluarga miskin pemegang kartu JPKM, premi asuransinya dibiayai melalui dana JPS dan hanya untuk pelayanan sampai dengan tingkat puskesmas. Ada beberapa alasan dari responden untuk tidak memanfaatkan kartu JPKM. *Pertama*, kalau hanya membutuhkan pelayanan rawat jalan, biaya puskesmas dapat dijangkau. *Kedua*, faktor harga diri pasien. Beberapa anggota masyarakat sering kali gengsi memanfaatkan pelayanan gratis tersebut. *Ketiga*, pasien tertentu ingin diperlakukan sama dengan pasien lainnya karena kadangkala terjadi pasien pemegang kartu JPKM, baik secara sengaja maupun tidak, diperlakukan berbeda dengan pasien membayar. Hal sebaliknya justru terjadi pada pasien Askes, yang umumnya dimiliki oleh pasien pegawai negeri dan pembeli premi Askes. Pemegang kartu Askes umumnya termasuk dalam strata menengah ke atas di wilayah pedesaan. Mereka merasa diperlakukan lebih baik dibandingkan dengan pasien pemegang kartu JPKM, bahkan pasien yang membayar sekalipun. Namun demikian, justru pasien pemegang kartu Askes ini hanya memanfaatkan puskesmas sebagai "tempat pelayanan loncatan", yakni meminta kartu rujukan agar bisa datang ke rumah sakit dengan dokter spesialis. Kendatipun menurut beberapa petugas medis puskesmas, keluhan yang dideritanya kadangkala bisa dilayani melalui pelayanan dan obat puskesmas. Sikap kritis yang berlebihan dari beberapa pasien pemegang kartu Askes ini kadangkala mengganggu hubungan antara pasien dan petugas kesehatan sehingga pengobatan yang dilakukan tidak membuahkan hasil.

Hambatan Utilisasi Pelayanan Kesehatan dari Sisi Persediaan

Penanganan pelayanan kesehatan yang merata dari sisi kebutuhan hanya dapat dipahami dengan mengkombinasikannya dengan sisi persediaan pelayanan itu sendiri, yakni ketersediaan dan intervensi pelayanan. Sisi persediaan ini mempengaruhi kinerja pelayanan kesehatan dari dua cara. *Pertama*, kuantitas persediaan pelayanan mungkin menjadi

penghambat ataupun pendukung akses, yang memungkinkan utilisasi yang diinginkan. *Kedua*, kualitas pelayanan mempengaruhi *output* pelayanan kesehatan dan kualitas pelayanan yang dipersepsikan pada gilirannya akan mempengaruhi utilisasi pelayanan. Terkait dengan hal tersebut, alokasi keuangan pemerintah untuk kesehatan dan pemanfaatan sumber-sumber yang efisien akan meningkatkan kuantitas dan kualitas pelayanan.

Pembiayaan Kesehatan

Alokasi biaya kesehatan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) amat kecil. Rata-rata anggaran pemerintah untuk kesehatan sampai dengan tahun 2003 hanya 1,4 persen dari APBN, sementara Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan bahwa anggaran kesehatan suatu negara harus diupayakan minimal 5-6 persen dari APBN. Jelas sekali bahwa pembiayaan sistem kesehatan masyarakat di Indonesia di bawah standar. Ini menunjukkan komitmen pemerintah terhadap kesehatan amat rendah. Di era otonomi daerah sekarang ini sebenarnya telah diusahakan perbaikan dalam pembiayaan kesehatan dari yang bersifat terpusat ke arah pemberian hak mengelola sendiri dana tersebut ke daerah. Anggaran kesehatan diberikan dalam bentuk *block grant* yang alokasinya harus diatur sendiri oleh pemerintah daerah. Dalam hal ini, faktor terpenting adalah kemauan politik dari kepala daerah dan anggota DPRD.

Alokasi anggaran kesehatan di Purworejo secara umum tidak berbeda dengan kabupaten lain. Kendatipun sudah ada kesepakatan yang sama antara pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan dengan DPRD tentang pentingnya mengalokasikan anggaran untuk sektor kesejahteraan masyarakat menjadi lebih besar dari tahun-tahun sebelumnya, realisasinya tidak mudah. Dilema antara pengalokasian anggaran untuk mensejahterakan masyarakat dengan meningkatkan pendapatan daerah selalu muncul. Di sisi lain, jumlah pendapatan daerah dari sektor kesehatan sebesar 6,2 persen dari Pendapatan Asli Daerah (PAD) Purworejo. Dari 6,2 persen tersebut, sumbangan PAD dari puskesmas sebesar 3,76 persen. Angka ini telah mengindikasikan besarnya peran puskesmas dibandingkan dengan lembaga pelayanan kesehatan lainnya. Puskesmas sebagai lembaga pertama pelayanan kesehatan dasar yang didesain murah dan terjangkau justru memberikan kontribusi yang penting dan tidak sebanding dengan

pelayanan kesehatan lainnya (rumah sakit maupun lembaga pelayanan kesehatan swasta). Hal ini sekaligus mengindikasikan adanya konflik antara meningkatkan kontribusi pendapatan daerah dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang terjangkau.

Besarnya proporsi sistem bayar sendiri (68,34 persen), terutama di pedesaan, tidak mudah disimpulkan sebagai mampu membayar. Selain itu, biaya tersebut juga tidak selalu merefleksikan kuantitas maupun kualitas pelayanan yang diterima. Sebagai contoh, kendati pelayanan swasta khususnya pelayanan oleh bidan dan mantri lebih mahal dari biaya pelayanan di puskesmas, bisa dijangkau dalam makna yang berbeda. Salah satu sebabnya adalah pasien dimungkinkan untuk membayar kapan saja sesudah pelayanan diberikan sehingga mereka tidak terlalu khawatir dengan uang jikalau mereka membutuhkan pelayanan.

"Nek teng pak mantri nopo bu bidan niku urusan ongkos gampang. Nek mboten gadhah arto, nggih saged dibayar mangke nek pun onten. Dados saged ngirangi pikiran, sing penting waras rumiyin".
(Kalau berobat ke mantri dan bidan yang praktik di rumah, urusan biaya pelayanan sangat mudah. Kalau tidak punya uang, bisa dibayar kemudian, kalau sudah ada uang. Jadi, tidak menjadi beban pikiran, yang penting sehat dulu) (Kutipan transkrip diskusi kelompok terfokus untuk kelompok usia lanjut).

Kualitas Pelayanan

Dilihat dari kualitas pelayanan, hasil diskusi dengan para perawat mengindikasikan adanya kecakapan teknis yang kurang memadai. Mereka sendiri ragu-ragu dengan peran yang diberikan kendati mereka sebenarnya menanggung beban yang cukup besar dalam pemberian tindakan kuratif di puskesmas. Biasanya perawat melakukan tindakan tersebut tanpa pengawasan dan hampir sepenuhnya menjadi tanggung jawabnya. Untuk kasus yang agak berat sekalipun perawat kadangkala melakukan tugas sendirian, tanpa merujuk kepada dokter karena dokter sering tidak dapat hadir di puskesmas. Meskipun demikian, perawat juga menyadari bahwa sebetulnya tugas pengobatan yang mereka lakukan sehari-hari adalah wewenang dokter. Salah satu kesimpulan yang dikemukakan oleh salah satu peserta diskusi tentang tugasnya seperti berikut.

“Kami belum sepenuhnya memahami tugas pengobatan yang sebenarnya. Tugas kami yang sebenarnya hanya membantu, tapi malah jadi tugas pokok, karena tugas dokter tidak hanya melakukan pengobatan di puskesmas, melainkan juga tugas-tugas manajemen, seperti rapat di kecamatan, di dinas, dan lainnya. Apa boleh buat. Pasien kami tiap hari banyak sekali yang datang. Sementara itu, pasien-pasien juga tidak mengeluh kalau yang mengobati bukan dokter. Padahal, kami sebenarnya juga kadang-kadang ragu-ragu kalau ada kasus yang cukup berat, sementara dokter sedang tugas luar. Untuk kasus-kasus seperti ini, biasanya kami hanya buat surat rujukan ke rumah sakit. Belum lagi kalau stok obat hampir habis. Kalau kasusnya banyak, kadangkala kita berikan separuh resep, atau B-kompleks saja dan meyakinkan pada pasien. Yah, beginilah tugas kami, agak tanggung” (kutipan transkrip diskusi kelompok terfokus untuk perawat).

Hal yang sama juga berlaku bagi para bidan, terutama para bidan desa. Umumnya mereka bekerja berdasarkan program bidan desa yang merupakan program pemerintah. Para bidan desa mendapatkan pendidikan bidan selama satu tahun (dua semester) dan kemudian diterjunkan ke masyarakat melalui jalur wilayah kerja puskesmas. Pengalaman pendidikan satu tahun dirasakan sangat kurang, sementara tugas-tugas di lapangan melebihi materi-materi yang diajarkan di pendidikan bidan. Secara teoretis, perawat dan bidan hanya dapat melakukan tindakan kuratif dalam situasi darurat dan di bawah pengawasan yang ketat oleh dokter. Dalam keadaan normal, perawat menjalankan kegiatan subordinat di bidang kuratif dengan dua cara. *Pertama*, sebagai informan dokter, perawat memberikan informasi tambahan agar dokter dapat mengdiagnosis dengan tepat atau mengevaluasi pengobatan medis yang telah diberikan kepada pasien sebelumnya. *Kedua*, perawat dapat melakukan tindakan kuratif ketika mereka membantu pasien mengikuti petunjuk dokter dengan memberikan obat, mengawasi pelaksanaan diet atau latihan fisik tertentu. Pada kasus-kasus tertentu, perawat dapat memberikan obat sesuai dengan program yang telah direncanakan oleh dokter. Ketentuan tersebut sebenarnya dapat memberikan ruang interpretasi yang sangat luas bagi perawat. Interpretasi yang luas ini dapat menimbulkan keraguan mengenai status perawat terhadap peran kuratif perawat puskesmas. Sementara itu, kesenjangan

materi pendidikan dengan kasus di lapangan menjadikan beban tersendiri bagi para bidan desa.

“Satu tahun pendidikan rasanya sangat tidak cukup. Apalagi dibandingkan dengan teori dan praktik di lapangan, rasanya tidak ada apa-apanya. Di lapangan kadang-kadang ada banyak pertanyaan yang waktu sekolah dulu belum ditanyakan pada dosennya. Karena bidan desa itu bagian dari proyek, jadi “bisa atau tidak bisa” harus lulus. Kalau diibaratkan sebagai mangga, kami ini bukan mangga matang, tapi mangga karbitan (diberi zat kimia tertentu agar tampak luarnya matang-red). Istilahnya bidan karbitan karena tidak mahir. Padahal masyarakat menganggap bidan itu ngerti *kabeh* (banyak-red). Jadi kalau tidak tahu, mau tanya siapa?” (Kutipan transkrip diskusi kelompok terfokus untuk para bidan desa).

Departemen Kesehatan mengizinkan dokter dan tenaga kesehatan lainnya untuk menyediakan pelayanan swasta di luar jam kerja untuk suplementasi gaji mereka. Kebijakan ini dibuat sebagai respons atas realitas bahwa tidak ada sistem insentif yang memadai untuk mereka dapat bekerja penuh waktu. Karena tidak ada pengawasan yang ketat dari pemerintah untuk penyelenggaraan praktik swasta, beban pembiayaan kesehatan oleh masyarakat meningkat tanpa mempertimbangan kebutuhannya. Implikasinya adalah pemanfaatan pelayanan swasta yang “berlebihan” walaupun gejala sakit tertentu sudah dapat diobati di puskesmas dengan biaya yang relatif sangat murah dan terjangkau. Oleh karenanya, kendati para bidan maupun perawat kadangkala meragukan kemampuan mereka sendiri, pelayanan di luar jam kerja dengan membuka kegiatan praktik di rumah. Para bidan desa diberikan izin praktik dan berlaku selama 5 (lima) tahun serta diperpanjang lagi berdasarkan kriteria Departemen Kesehatan. Praktik bidan di rumah umumnya sangat bervariasi. Bagi bidan yang sudah lama tinggal di wilayah tertentu, praktek bidan swasta mampu memberikan penghasilan tambahan yang signifikan. Karena ada kepentingan keuangan dari para bidan ataupun perawat puskesmas, menganjurkan pasien di puskesmas untuk datang (dengan alasan melakukan kontrol) ke tempat praktik swasta menjadi hal biasa. Oleh karena itu, membuka praktik bidan swasta yang banyak dikunjungi pasien menjadi keinginan semua peserta diskusi.

“Tujuan bidan dan mantri biasanya sama. Pertama dapat memberikan pelayanan pada masyarakat sesuai dengan kemampuan kita, yang lainnya cari duit, punya tempat praktik sendiri, dan pasiennya banyak. Kalau mengandalkan gaji, pasti tidak akan cukup. Golongan II itu gajinya berapa sih ...”. (Kutipan diskusi kelompok terfokus-para bidan desa).

Sementara itu, persepsi para petugas medis tentang kinerja pelayanan umumnya seragam: angka kunjungan yang banyak dengan target kegiatan yang terpenuhi. Namun demikian, beberapa kendala teknis, seperti dana dan fasilitas yang terbatas, selalu menjadi bahan pertimbangan para petugas medis jika pelayanan yang diberikan tidak cukup memadai.

Kesimpulan

Utilisasi pelayanan kesehatan masih perlu mendapat perhatian, khususnya pada utilisasi fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah yang memang didesain sebagai pelayanan yang terjangkau. Perluasan pelayanan kesehatan yang merata khususnya untuk wilayah pedesaan tetap mendapat perhatian cukup dari pemerintah daerah dan melibatkan pelayanan pemerintah serta swasta, namun dengan kualitas pelayanan yang rendah.

Sistem hibrida pelayanan pemerintah di pagi hari dan pelayanan swasta di sore hari sebenarnya mengakibatkan fasilitas dan sumber daya kesehatan pemerintah tidak teralokasi (*misallocation*) dan termanfaatkan dengan optimal (*underutilized*), selain beban biaya yang ditanggung konsumen makin tinggi. Oleh karena itu, diperlukan strategi untuk menyeimbangkan peningkatan akses pelayanan dengan biaya-biaya yang harus dikeluarkan untuk mengelola fasilitas dan sumber daya tersebut. Salah satu strategi yang bisa dilakukan, antara lain, dengan melakukan revisi ulang mekanisme insentif dan akuntabilitas dalam sistem pelayanan, terutama untuk mengurangi masalah yang terkait dengan kualitas pelayanan dan inefisiensi. Strategi ini diharapkan dapat mengubah citra pelayanan kesehatan dan akhirnya mampu menarik konsumen pelayanan kesehatan.

Kendatipun kualitas pelayanan kesehatan yang tinggi selalu diharapkan, para pengguna pelayanan kesehatan secara langsung maupun tidak langsung sudah belajar dari realitas untuk bertoleransi dengan kualitas pelayanan yang rendah. Pelayanan kesehatan sering kali tidak standar dan sulit diprediksikan. Sikap pengguna pelayanan tersebut merupakan

akibat dari program-program pelayanan yang mengabaikan pandangan dan preferensi mereka. Hal ini pada gilirannya akan menjadi beban sistem pelayanan kesehatan ketika partisipasi dan kontrol sosial mereka dibutuhkan dalam upaya peningkatan kinerja pelayanan. Untuk mencapai pelayanan yang optimal, kualitas pelayanan dengan komunikasi, informasi, dan edukasi harus menjadi aspek prioritas dalam pemberian pelayanan.

Desentralisasi sebenarnya menawarkan kesempatan untuk meningkatkan pemerataan akses dan kualitas pelayanan bagi kelompok miskin melalui paket kebijakan khusus yang mungkin bervariasi antarkabupaten/kota. Namun demikian, ketika terjadi dilema dalam pengalokasian anggaran untuk kesehatan serta kemauan politik elite kabupaten/kota, paket kebijakan kesehatan untuk orang miskin tetap membutuhkan pengaturan dari pemerintah pusat melalui subsidi langsung dengan penetapan target, pemantauan, dan insentif yang efektif.

Dalam rangka mengefektifkan organisasi puskesmas sebagai lembaga pelayanan kesehatan dasar yang bisa dijangkau masyarakat miskin, perlu ditempuh perumusan tata kerja yang lebih memadai dan terarah terutama produktivitas kerja, baik kegiatan langsung yang berhubungan dengan masyarakat maupun kegiatan penunjang. Paket program pelayanan puskesmas yang seragam sebaiknya dikaji ulang untuk mencapai target yang tepat karena variasi sosial dan status kesehatan dalam wilayah kerja. Hal ini dipandang cukup penting dalam keseluruhan upaya kesehatan untuk pencapaian kinerja yang optimal. Kerja sama lintas sektoral dengan melibatkan partisipasi masyarakat seharusnya tidak lagi menjadi ajang pertemuan formal seperti yang selama ini terjadi, tetapi menjadi ajang tukar informasi yang efektif.

Referensi

- Airey, T. 1989. "The impact of road construction on hospital in patient catchment in Meru District of Kenya", *Social Science and Medicine* (29): 95.
- Aurbach, L.S. 1982. "Childbirth in Tunisia: Implication of decision making model", *Social Science and Medicine* (23): 1499.

- Barlow, Robin dan F. Diop. 1995. "Increasing the utilization of cost effective health services through changes in demand", *Health Policy and Planning*, 10(3): 284-295.
- Badan Pusat Statistik. 2001. *Indikator Kesejahteraan Rakyat 2000*. Jakarta.
- . 1999 (b). *Laporan Kemajuan Program Penanggulangan Dampak Krisis Ekonomi Terhadap Kesehatan*. Draft, 7 Oktober.
- Departemen Kesehatan RI. 1988. *Informasi Pembangunan Kesehatan di Indonesia*. Jakarta.
- . 2001. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2000*. Jakarta.
- Chernichovsky D. and Meesok A.A. 1986 Utilization of health services in Indonesia. *Social Science and Medicine* (23): 611-620.
- Frankenberg, E. and D. Thomas. 2000. *Women's Health and Pregnancy Outcomes: Does Access to Services Make a Difference ?*. Santa Monica: RAND. Labor and Population Program. Working Paper Series 00-04
- Freund, Peter E.S., & M.B. McGuire.1995. *Health, Illness and The Social Body: A Critical Sociology*. 2nd ed., New York: Prentice Hall.
- Ham, Chris.1993. "Power in health services", in Michael Hill (editor) *The policy Process: A Reader*, Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf, pp. 180-194.
- James, Ann, 1994. *Managing to Care: Public Service and the Market*. London: Longman.
- Kabupaten Purworejo. Dinas Kesehatan. 2000. *Profil Kesehatan Kabupaten Purworejo tahun 2000*.
- Kim-Farley, Robert J. 1996. "Government and Private Cooperation in Health Services: an International Perspective". *Regional Health Forum*, 1(2): 23-31.
- King, Nigel.1996 "Qualitative research interview", in Cassell C dan G. Simon (editor) *Qualitative Methods in Organizational Research*, Newbury Park: Sage Publication.
- Le Grand, J, Proper C., and Robinson R. 1992. *The Economic of Social Problems*. London: Macmillan Press.

- Lieberman, A.S dan P. Marzoeqi.2000. *Health Strategy in a Post-Crisis, Decentralizing Indonesia*. Washington: Human Development Sector Unit East Asia and Pacific Region Document of the World Bank. Report No. 21318.
- Mechanic, David. 1992. "Health and illness behavior and the patient-practitioner relationship". *Social Science and Medicine*, 34(12): 1345-1350.
- Nadjib, Mardiaty. 1999. *Pemerataan Akses Pelayanan Rawat Jalan di Berbagai Wilayah Indonesia*. Disertasi Doktor. Program Pasca Sarjana UI.
- Newbrander W, and G. Rosenthal.1997. "Quality Care Issues in Health Sector Reform", in Newbrander W. (editor), *Private Health Sector Growth in Asia: Issues and Implications*. London: John Wiley and Sons.
- Newhouse JP. 1992. "Medical care cost: How much welfare loss?" *Journal of Economic Perspectives*, 6(3): 3-21.
- Raghupathy, Shobana. 1996. *The Role of health Services on Utilization Behavior in the Philippines*. Rhode Island: Population Studies and Training Center, Brown University. Working Paper Series 96-12
- Russell, Steven. 1996. "Ability to pay for health care: concept and evidence", in *Health Policy and Planning*, 11(3): 219-237.
- SMERU. 1999. Preliminary Analysis of February. SUSENAS sub-sample. Jakarta.
- Timyan, J, et al. 1993. "Access to care: more than a problem of distance", in Koblinsky M, J. Timyan, and J. Gay, *The Health of Women: the Global Perspective*. Boulder: Westview Press, pp. 217-234.
- Turshen, Meredith. 1989. *The Politics of Public Health*. London: Zed Books.
- Wagstaff and Van E. Doorslear. 1993. "Equity of finance and delivery of health care: Concepts and Definitions", in Wagstaff, Doorslear and Rutten (Editor) *Equity on the Finance and Delivery of Health Care: an International Perspectives*. New York: Oxford University Press.
- World Bank. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. 2000. *World Health Report 2000, Health System: Improving Performance*. Geneva.

PERKEMBANGAN KESEJAHTERAAN PENDUDUK DI PROVINSI PAPUA

*Ulah Tri Wibowo
Tukiran*

Abstract

There is a disparity in welfare between the people who dwell in mountainous areas and those living in plains, coastal areas which is due to the difference in accessibility. Coastal regions, develop fast and generally have higher economic and social well-being because of the better accessibility they are bestowed with.

However, in general, the people of Papua enjoy lower welfare than they are capable of enjoying in relation to the natural resources the province has. The abundant natural resources in the province have not been exploited to the full in endeavor to improve the well being of the population. The division of Papua province into West Papua, Central Papua, and East Papua is expected to accelerate the development process, which should in turn reduce income disparity. None theless, some redress must be found to the problem of uneven distribution of natural resources among the three provinces, to prevent the emergence of regional parochialism which may be the source of income inequality among the three new provinces due to their different respective locations on the coast, plains, and mountainous region.

Pendahuluan

Peningkatan kesejahteraan rakyat menjadi bagian terpenting dalam proses pembangunan. Terlebih lagi, kesejahteraan merupakan salah satu tujuan nasional bagi bangsa Indonesia. Kesejahteraan merupakan salah satu variabel yang dapat dianggap sebagai penghubung antara kondisi ekonomi dengan morbiditas (Agung dkk, 1993). Hal ini dapat dipahami karena pada umumnya, semakin baik kondisi ekonomi seseorang maka semakin baik pula tingkat pencegahan orang tersebut terhadap morbiditas. Kesejahteraan tidak hanya terdiri dari sebuah indikator tunggal, tetapi terdiri dari beberapa indikator. Atau dengan kata lain, kesejahteraan terdiri dari beberapa komponen atau indikator yang menyusunnya. Beberapa

indikator yang dapat digunakan, antara lain, adalah variabel pendidikan, kesakitan, dan kualitas tempat tinggal. Dengan demikian, dalam menyusun indikator kesejahteraan perlu mempertimbangkan berbagai aspek yang membentuknya.

Sementara itu, dalam paradigma pembangunan ekonomi, perubahan kesejahteraan juga merupakan bagian yang tidak terpisahkan. Artinya, pembangunan ekonomi dapat dianggap berhasil jika tingkat kesejahteraan rakyat juga semakin baik. Keberhasilan pembangunan ekonomi tanpa menyertakan peningkatan kesejahteraan akan mengakibatkan kesenjangan dan ketimpangan kehidupan masyarakat. Keadaan kesejahteraan merupakan indeks komposit dari indikator kesehatan, pendidikan, dan ekonomi. Indikator kesehatan diukur dengan menggunakan variabel keluhan kesehatan dan lama sakit. Keluhan kesehatan sebagai indikasi adanya tingkat kesakitan/morbiditas, sedangkan lama sakit sebagai faktor lama gangguan yang dapat berpengaruh pada produktivitasnya. Kemudian, indikator pendidikan diukur dengan variabel melek huruf dan lama sekolah diasumsikan dapat menggambarkan kemampuan sumber daya manusia dalam menemukan dan memanfaatkan pengetahuan dan teknologi. Indikator ekonomi didekati dengan variabel pengeluaran rumah tangga sebagai proksi pendapatan rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan hidup minimum, sedangkan kualitas tempat tinggal dapat menggambarkan tingkat hunian dan kesejahteraan masyarakat.

Provinsi Papua, secara umum, memiliki sumber daya alam yang sangat banyak. Nilai kandungan emas terbesar di dunia dan kandungan tembaga terbesar ketiga di dunia juga dimiliki oleh wilayah ini. Dilihat dari sisi potensi sumber daya alamnya, Papua dapat dikategorikan sebagai daerah yang memiliki sumber daya alam cukup besar sehingga dapat dikatakan memiliki kondisi ekonomi yang baik pula. Keadaan ekonomi yang baik diikuti dengan pertumbuhan dan distribusi yang merata akan mendukung tercapainya kesejahteraan penduduk yang ada di wilayahnya. Dalam hubungannya dengan sarana dan prasarana perhubungan antarwilayah, seperti halnya daerah pegunungan, daerah dataran, dan daerah pantai serta keadaan sosial-budaya masyarakat yang cukup beragam, sudah tentu akan berpengaruh terhadap kesejahteraan penduduk. Daerah pantai yang mempunyai aksesibilitas terhadap daerah lain yang lebih baik daripada daerah pegunungan dan dataran akan berpengaruh terhadap

perkembangan kesejahteraan penduduknya. Pemekaran Provinsi Papua menjadi tiga, yaitu Papua Barat, Papua Tengah, dan Papua Timur diharapkan dapat membuka isolasi wilayah serta peningkatan kesejahteraan penduduk. Atau, hal tersebut justru menimbulkan kesenjangan antara ketiga provinsi baru maupun antara kabupaten dan kota karena perbedaan kekayaan sumber daya alam yang ada dengan simpul utama Kabupaten Sorong dan Mimika.

Kesejahteraan Penduduk

Peningkatan kesejahteraan dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti sumber daya alam, sumber daya manusia, budaya, dan manajemen wilayah. Sumber daya alam merupakan faktor produksi yang memungkinkan suatu daerah memiliki kemampuan ekonomi untuk mendukung kegiatan lainnya, sedangkan sumber daya manusia merupakan faktor yang menentukan bagaimana kesejahteraan tersebut ditingkatkan. Sementara itu, manajemen wilayah lebih mengacu pada sistem pengaturan dan peraturan yang dikembangkan dalam wilayah tersebut. Hal ini bukan hanya yang dikembangkan oleh birokrasi pemerintahan, tetapi juga yang dikembangkan oleh pihak swasta maupun masyarakat itu sendiri.

Faktor lainnya yang tidak kalah pentingnya adalah faktor budaya. Keanekaragaman budaya bukan hanya sebagai kekayaan wilayah yang berpotensi di sektor pariwisata, tetapi tidak jarang juga menjadi faktor penghambat maupun pendorong dalam proses pembangunan. Dampak kebiasaan masyarakat dapat bernilai positif bagi peningkatan kesejahteraan, tetapi juga dapat bernilai negatif dalam upaya peningkatan kesejahteraan. Kesejahteraan pada dasarnya tidak hanya terdiri dari satu dimensi atau berdimensi tunggal, melainkan multidimensi. Hal ini ditunjukkan dengan pendekatan yang beragam untuk menggambarkan kesejahteraan. Namun demikian, dimensi-dimensi tersebut dapat dikelompokkan dalam tiga kelompok besar berdasarkan lingkungannya, yaitu dimensi fisik, manusia, dan tata sosial budaya.

Dimensi fisik, antara lain, dapat ditunjukkan dengan kondisi geografis maupun ketersediaan sarana dan prasarana. Hal ini terkait dengan aksesibilitas untuk mendapatkan sarana maupun prasarana pendukung kegiatan yang lain. Contoh yang sederhana dalam dimensi ini adalah kemudahan untuk memperoleh sarana dan prasarana pelayanan kesehatan

maupun pendidikan. Keterisolasian wilayah sangat memungkinkan seseorang tidak memperoleh pelayanan pendidikan dan kesehatan yang memadai. Keadaan ini akan berdampak luas terhadap sendi-sendi kehidupan masyarakat.

Dimensi manusia, antara lain, dapat didekati dengan kondisi pendidikan, pendapatan, maupun kesehatan yang dimilikinya. Hal ini terkait dengan permasalahan sumber daya manusia. Tingkat pendidikan yang baik sangat memungkinkan seseorang mampu meningkatkan pendapatan maupun kesiapan dalam mengatasi keluhan kesehatan. Sementara itu, dimensi sosial budaya lebih menekankan pada perilaku komunitas yang dapat mempengaruhi dalam pencapaian kesejahteraan. Tidak jarang permasalahan kesejahteraan dipengaruhi oleh perilaku dan penilaian masyarakat terhadap hal yang baru. Beberapa kasus kegagalan pembangunan di Papua sering diwarnai dengan perbedaan pandangan antara teknologi dengan budaya masyarakat setempat. Dengan demikian, dalam menilai kesejahteraan masyarakat perlu dicermati kondisi yang ada dalam komunitas tersebut. Berbagai aspek perlu mendapat kajian, dalam hal ini hanya digunakan tiga dimensi, yaitu dimensi fisik, manusia, dan sosial-budaya.

Dimensi Fisik

Pengukuran dimensi fisik daerah menggunakan status desa, dalam hal ini adalah desa tertinggal. Hal ini didasarkan dengan asumsi bahwa desa miskin dapat menggambarkan kesulitan akses yang dialami oleh sebuah desa untuk mencapai berbagai sarana dan prasarana yang ada. Selain itu, desa tertinggal yang disusun berdasarkan hasil pencacahan potensi desa (podes) sensus maupun potensi desa inti cukup representatif untuk memperoleh gambaran dimensi fisik. Penentuan desa tertinggal menggunakan 25 variabel untuk daerah pedesaan dan 27 variabel untuk daerah perkotaan. Dari variabel-variabel tersebut dikelompokkan dalam tiga kelompok, yaitu kelompok potensi desa, perumahan dan lingkungan, serta keadaan penduduk. Perkembangan jumlah desa tertinggal selama 1993-1995 disajikan pada Tabel 1.

Berdasarkan banyaknya desa tertinggal yang ada di Papua pada tahun 1993 menurut kabupaten/kota menunjukkan bahwa Kota Jayapura memiliki desa tertinggal terendah. Akan tetapi, pada tahun 1995 meningkat

Perkembangan Kesejahteraan Penduduk di Provinsi Papua

menjadi tertinggi kedua. Selain Kota Jayapura, peningkatan desa tertinggal terjadi di Kabupaten Jayawijaya. Sementara itu, kabupaten lainnya cenderung mengalami penurunan jumlah desa tertinggalnya. Kabupaten Merauke dan Fak Fak mengalami penurunan yang cukup tinggi. Kabupaten Merauke mengalami penurunan dari 85,9 persen pada tahun 1993 menjadi 29,7 persen pada tahun 1995, sedangkan Kabupaten Fak Fak mengalami penurunan dari 73,4 persen menjadi 27,9 persen.

Tabel 1.
Banyaknya Desa Tertinggal Dirinci menurut Kabupaten/Kota
di Provinsi Papua Tahun 1993, 1995

| Kabupaten/Kota | Total Desa | | Desa Tertinggal | | Persen Desa Tertinggal | |
|-----------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|------------------------|------|
| | 1993 ¹⁾ | 1995 ²⁾ | 1993 ¹⁾ | 1995 ²⁾ | 1993 | 1995 |
| Merauke | 496 | 509 | 426 | 151 | 85,9 | 29,7 |
| Jayawijaya | 274 | 274 | 231 | 268 | 84,3 | 97,8 |
| Jayapura | 208 | 226 | 132 | 96 | 63,5 | 42,5 |
| Paniai | 342 | 346 | 285 | 238 | 83,3 | 68,8 |
| Fak Fak | 214 | 215 | 157 | 60 | 73,4 | 27,9 |
| Sorong | 276 | 277 | 229 | 85 | 82,9 | 30,7 |
| Manokwari | 144 | 150 | 99 | 102 | 68,8 | 68,0 |
| Yapen Waropen | 110 | 110 | 89 | 63 | 80,9 | 57,3 |
| Biak Numfor | 153 | 153 | 85 | 74 | 55,6 | 48,4 |
| Kota Jayapura ³⁾ | 25 | 27 | 5 | 23 | 20,0 | 85,2 |
| Papua | 2.242 | 2.287 | 1.738 | 1.160 | 77,5 | 50,7 |

Sumber: Kantor Statistik Provinsi Papua dan BPS Jakarta

Catatan: 1) Berdasarkan Analisis Desa Tertinggal Tahun 1993

2) Berdasarkan Daftar Nama Desa Tertinggal Tahun 1995

3) Dipisahkan dari Kabupaten Jayapura pada Tahun 1993

Fluktuasi tersebut dapat disebabkan oleh berbagai faktor baik faktor yang bersifat teknis, seperti metode penentuan desa tertinggal maupun oleh faktor nonteknis, seperti *nonsampling error* ataupun perubahan kebijakan pemerintah. Namun demikian, desa tertinggal tersebut masih menunjukkan bahwa sebagian besar wilayah di Papua memiliki

aksesibilitas yang rendah terhadap sarana dan prasarana yang ada. Termasuk sarana dan prasarana kesejahteraan, seperti fasilitas pendidikan, kesehatan, pasar, sarana komunikasi maupun terhadap ketersediaan tenaga kesehatan yang tinggal di desa.

Salah satu kasus tentang kondisi fisik ini adalah memperoleh pendidikan tinggi yang memadai sangat sulit dicapai. Misalnya, dari Kabupaten Jayawijaya untuk dapat mencapai Universitas Cendrawasih hanya dapat menggunakan penerbangan. Demikian juga untuk memperoleh sarana kesehatan yang baik, dari kecamatan ke kota kabupaten tidak sedikit yang harus menempuh perjalanan cukup lama atau menggunakan pesawat terbang. Hambatan-hambatan fisik yang terjadi menyebabkan masyarakat sulit memperoleh akses kesejahteraan yang diperlukan.

Dimensi Sumber Daya Manusia

Indeks Pembangunan Manusia yang diperkenalkan oleh UNDP pada awal tahun 1990-an yang menggunakan usia harapan hidup, pendidikan, dan pendapatan banyak digunakan untuk mengukur kualitas manusia. Permasalahan yang dihadapi dalam pengukuran ini adalah ketersediaan informasi pada tingkat kabupaten/kota baru ada mulai tahun 1999.

Berdasarkan indeks pembangunan manusia, pada tahun 1996 Papua mempunyai indeks sebesar 60,2, sedangkan pada tahun 1999 turun menjadi 58,8. Penurunan indeks tidak hanya terjadi di Papua, tetapi juga di seluruh provinsi di Indonesia. Walaupun terjadi penurunan indeks di Papua, beberapa komponen mengalami peningkatan, kecuali angka harapan hidup. Penurunan indeks pembangunan manusia masih menempatkan Papua pada urutan ke-25 di tingkat nasional (BPS, 2001c).

Berdasarkan indeks pembangunan manusia, Kota Jayapura menempati peringkat pertama. Dalam kurun waktu tiga tahun, Kota Jayapura mengalami peningkatan peringkat di tingkat nasional dari peringkat 59 menjadi peringkat 30. Hal ini didukung dengan proses pembangunan yang terjadi di Kota Jayapura. Pembentukan Kota Jayapura masih relatif muda, tetapi kondisinya sangat mendukung. Terlebih lagi di Kota Jayapura terdapat pusat pemerintahan Provinsi Papua. Sebaliknya, Kabupaten Jayawijaya menempati urutan terakhir, baik di tingkat provinsi maupun nasional.

Perkembangan Kesejahteraan Penduduk di Provinsi Papua

Dalam masyarakat Papua terdapat permasalahan internal, yaitu permasalahan mentalitas. Permasalahan tersebut, antara lain, adalah mental yang dihindangi rasa puas akan kebutuhan dasar, pemertingan gengsi dan pengakuan sosial daripada kebutuhan ekonomi, takut mengambil risiko, kurangnya motivasi untuk mencari keuntungan materi, kurang disiplin dalam hal waktu dan tempat, kurang mampu berorganisasi, dan enggan menimbun modal (Wanane, 1997). Memang tidak semua masyarakat memiliki mental seperti itu, tetapi hanya sebagian kecil saja. Namun demikian, dapat mengganggu proses usaha peningkatan kesejahteraan masyarakat. Hal tersebut merupakan akibat dari rendahnya pendidikan yang dimiliki oleh sebagian besar masyarakat, terutama di pedesaan.

Tabel 2.
Indeks Pembangunan Manusia di Papua
Dirinci menurut Kabupaten/Kota Tahun 1996, 1999

| Kabupaten/Kota | Indeks Pembangunan Manusia | | Peringkat Indeks | | | |
|----------------|----------------------------|------|------------------|----------|----------|----------|
| | 1996 | 1999 | 1996 | | 1999 | |
| | | | Nasional | Regional | Nasional | Regional |
| Merauke | 56,8 | 57,0 | 281 | 8 | 265 | 8 |
| Jayawijaya | 43,9 | 48,7 | 291 | 10 | 291 | 9 |
| Jayapura | 66,7 | 65,6 | 154 | 3 | 104 | 4 |
| Paniai | 48,9 | 43,6 | 289 | 9 | 294 | 10 |
| Fak Fak | 65,6 | 67,3 | 178 | 4 | 66 | 2 |
| Sorong | 64,6 | 63,9 | 201 | 5 | 157 | 5 |
| Manokwari | 64,4 | 60,1 | 212 | 6 | 252 | 7 |
| Yapen Waropen | 60,8 | 60,8 | 259 | 7 | 241 | 6 |
| Biak Numfor | 69,6 | 66,0 | 78 | 2 | 92 | 3 |
| Kota Jayapura | 71,0 | 69,7 | 59 | 1 | 30 | 1 |
| Papua | 60,2 | 58,8 | 25 | | 25 | |

Sumber: BPS, 2001c

Peringkat nasional dihitung berdasarkan urutan kabupaten/kota untuk seluruh Indonesia

Peringkat regional dihitung berdasarkan urutan kabupaten/kota untuk Provinsi Papua

Dimensi Sosial Budaya

Provinsi Papua memiliki potensi budaya yang beragam. Provinsi yang memiliki luas wilayah sekitar seperlima dari luas Indonesia dihuni oleh sekitar 329 suku (Disnaker, 2000). Keunikan lainnya adalah masing-masing kelompok suku, baik kelompok besar maupun kecil, memiliki adat istiadat sendiri (Indonesia, 1994). Masyarakat Papua dapat dibagi menjadi dua kelompok besar, yaitu masyarakat yang tinggal di daerah pantai dan masyarakat yang tinggal di daerah pegunungan.

Kelompok budaya masyarakat pantai dipengaruhi oleh penyebaran agama yang dapat dipisahkan dalam dua kategori. Masyarakat di pantai utara lebih banyak dipengaruhi oleh misionaris Kristen, seperti masyarakat di Kabupaten Sorong, Biak Numfor, Manokwari, dan Jayapura lebih banyak yang menganut Kristen Protestan. Sementara itu, masyarakat yang tinggal di pantai selatan lebih banyak dipengaruhi oleh misionaris Katolik.

Masyarakat pantai dengan budaya pantainya umumnya lebih terbuka dibandingkan dengan masyarakat dengan budaya pegunungan. Masyarakat pantai lebih mudah menerima perubahan yang lebih baik, termasuk dalam menerima informasi. Hal ini dapat dipahami karena sarana transportasi pada awalnya dengan menggunakan kapal dan perahu. Akibatnya, masyarakat pantai mengalami interaksi dengan masyarakat luar terlebih dahulu dibandingkan dengan masyarakat pegunungan.

Masyarakat pegunungan dapat dikelompokkan dalam tiga kategori, yaitu masyarakat dataran rendah, lembah, dan lereng pegunungan. Masyarakat pedalaman yang mendiami dataran rendah memiliki adat istiadat yang ketat dan selalu mencurigai pendatang asing. Mata pencaharian masyarakat ini, antara lain, adalah meramu sagu, berkebun, menangkap ikan di sungai, dan berburu. Masyarakat yang mendiami lembah juga memiliki sifat curiga terhadap orang asing, tetapi tidak seketat masyarakat dataran rendah. Mata pencaharian masyarakat yang mendiami lembah pada umumnya adalah bercocok tanam dan memelihara babi (Djopari, 1993). Sifat eksklusif juga terdapat pada masyarakat yang tinggal di lereng pegunungan. Sifat mencurigai pendatang asing masih cukup tinggi.

Papua memiliki potensi budaya yang cukup besar, seperti potensi seni ukir yang dimiliki oleh Suku Asmat di Kabupaten Merauke. Namun

demikian, keragaman budaya bukan hanya sebagai potensi, tetapi tidak jarang menjadi penghambat pembangunan. Salah satu contoh adalah permasalahan dalam usaha peningkatan status kesehatan. Hambatan yang dialami bukan hanya karena faktor lingkungan dan pelayanan medis, tetapi juga disebabkan oleh faktor sosial budaya masyarakat (Bappeda, 1994). Kasus-kasus kegagalan pembangunan yang disebabkan permasalahan budaya tersebut ditunjukkan oleh berbagai studi. Kegagalan pembangunan tersebut juga sangat didukung oleh karakter budaya masyarakat asli yang relatif eksklusif (Sajogya dkk, 2000).

Kasus kegagalan pembangunan Honai sehat merupakan contoh yang sangat nyata mengenai adanya hambatan budaya. Honai merupakan tempat tinggal Suku Dani di lembah Baliem dengan konstruksi rumah terdiri dari satu pintu dan tanpa jendela. Hal ini tentunya tidak sesuai dengan syarat-syarat rumah sehat, setidaknya karena kurang adanya ventilasi. Ketika dibangun rumah yang lebih memadai, masyarakat tidak bersedia menempati rumah tersebut dengan alasan bahwa semakin banyak ventilasi, semakin banyak jalan masuk bagi roh-roh jahat. Jika ada yang menempati, mereka menutup seluruh ventilasi dan hanya meninggalkan satu pintu rumah yang terbuka.

Masih di lingkungan masyarakat Dani, pemisahan tempat tinggal juga menyimpan permasalahan kesehatan reproduksi. Pada umumnya, rumah adat terdiri dari honai laki-laki dan honai perempuan serta dapur. Honai laki-laki ditempati oleh kaum laki-laki saja, sedangkan honai perempuan didiami oleh para perempuan dan anak-anak. Ketika hendak melakukan hubungan suami-isteri, suami-istri tersebut melakukannya di luar rumah. Tidak jarang mereka melakukan hubungan suami-istri tersebut di hutan-hutan atau di semak-semak. Hal ini tentunya bukan merupakan hubungan higienis, bahkan cenderung bertentangan dengan prinsip-prinsip kesehatan reproduksi.

Kasus lainnya adalah kasus pemanenan cabai. Beberapa masyarakat di pedalaman Kabupaten Yapen Waropen melakukan pemanenan cabai dengan cara mencabut batang pohonnya. Hal tersebut dilakukan dengan alasan bahwa jarak yang jauh antara tempat produksi (petani) dengan pemasaran (pasar) tidak memungkinkan cabai tersebut akan tetap segar ketika tiba di pasar. Dengan cara mencabut seluruh batang, dapat diharapkan buah cabai tetap segar sampai di pasar. Dengan demikian,

tanaman cabai yang ditanam dalam waktu cukup lama hanya untuk sekali panen. Tentunya hal ini sangat tidak mendukung ekonomi rumah tangga. Pada kasus pemanenan cabai ini, terdapat pula dimensi fisik, yaitu masih terisolasinya wilayah. Kasus yang sama juga terjadi pada pemanenan buah matoa. Alasan cara pemanenannya yang berbeda. Pada panen buah matoa bukan karena masalah pemasaran, tetapi masalah pemetikannya. Pohon matoa yang cukup tinggi menjadi alasan menggunakan penebangan pohon sebagai cara panen.

Keadaan Kesehatan

Tingkat kesehatan masyarakat dapat diukur dengan menggunakan beberapa indikator derajat kesehatan yang biasanya dinilai dengan melihat angka kesakitan, kematian, kecacatan, dan harapan hidup (Da Costa, 1992). Dalam analisis ini, variabel kesehatan didekati dengan angka kesakitan yang juga merupakan status kesehatan penduduk (BPS, 2001a). Hal tersebut didasarkan pada pertimbangan bahwa salah satu tujuan pokok pembangunan kesehatan adalah mengurangi angka kesakitan (Soemantri, 1997).

Menurut Badan Pusat Statistik (2001a), status kesehatan memberikan gambaran kondisi kesehatan penduduk pada waktu tertentu yang dalam Susenas menggunakan jangka waktu satu bulan sebelum pencacahan. Selain itu, status kesehatan merupakan salah satu faktor penting yang dapat mempengaruhi produktivitas penduduk. Status kesehatan tersebut secara keseluruhan dapat dilihat dengan indikator angka kesakitan yang dinyatakan dalam keluhan kesehatan dan rata-rata lama sakit. Dengan demikian, dalam kelompok kesehatan terdapat dua variabel. Angka kesakitan akan dinyatakan dalam rumusan sebagai perbandingan antara jumlah penduduk yang mengalami keluhan sakit selama periode satu bulan sebelum survei terhadap jumlah penduduk (Soemantri, 1997). Sementara itu, rata-rata lama sakit merupakan perbandingan antara jumlah orang-hari penduduk yang menderita sakit dengan jumlah penduduk sakit (BPS, 1999).

Berdasarkan hasil pengolahan Susenas 1994, keluhan kesehatan terendah terjadi di Yapen Waropen (12,5 persen), sedangkan Kabupaten Fak Fak (13,5 persen) menempati urutan kedua. Sementara itu, Kabupaten Paniai (20,9 persen) yang memiliki indeks kesehatan terendah ternyata

Perkembangan Kesejahteraan Penduduk di Provinsi Papua

lebih rendah persentase penduduk yang mengalami keluhan kesehatan dibandingkan dengan Kabupaten Jayawijaya (27,8 persen). Namun demikian, rata-rata lama gangguan kesehatan di Kabupaten Paniai menempati peringkat pertama dengan rata-rata 10 hari setiap bulannya. Sementara itu, Kabupaten Fak Fak memiliki rata-rata lama gangguan terendah, yaitu sekitar 4 hari.

Tabel 3.
Indeks Kesehatan di Provinsi Papua Tahun 1994, 1997, 1998, dan 2000
Dirinci menurut Kabupaten/Kota

| Kabupaten/Kota | 1994 | 1997 | 1998 | 2000 |
|----------------|--------|--------|--------|--------|
| Merauke | 0,8175 | 0,8069 | 0,8166 | 0,8293 |
| Jayawijaya | 0,7793 | 0,7673 | 0,7945 | 0,7331 |
| Jayapura | 0,8253 | 0,7875 | 0,8256 | 0,8613 |
| Paniai | 0,7293 | 0,7654 | 0,7036 | 0,7120 |
| Fak Fak | 0,8626 | 0,8701 | 0,8971 | 0,9091 |
| Sorong | 0,8176 | 0,8312 | 0,8532 | 0,8502 |
| Manokwari | 0,8192 | 0,8369 | 0,8015 | 0,8302 |
| Yapen Waropen | 0,8217 | 0,7846 | 0,8179 | 0,7861 |
| Biak Numfor | 0,7985 | 0,8270 | 0,8089 | 0,8339 |
| Kota Jayapura | -- 1) | 0,7939 | 0,7454 | 0,8109 |

Sumber: Pengolahan Data Susenas

Catatan: 1) Masih digabung dengan Kabupaten Jayapura

Tingkat keluhan kesehatan di Kabupaten Yapen Waropen pada tahun 1997 menunjukkan peningkatan yang sangat tajam, yaitu sekitar 25,3 persen (Lampiran 1). Pada tahun tersebut, Yapen Waropen menempati peringkat kedua tertinggi. Sementara itu, tempat terendah ditempati oleh Kabupaten Fak Fak (12,5 persen). Kabupaten Jayawijaya (33,3 persen) tetap memiliki tingkat keluhan tertinggi. Sementara itu, lamanya keluhan kesehatan selama tahun 1997 terlama terjadi di Kota Jayapura, yaitu sekitar 7 hari, sedangkan yang terendah terjadi di Kabupaten Jayawijaya, yaitu sekitar 4 hari.

Pada awal krisis ekonomi di tahun 1998, tingkat keluhan tertinggi terjadi di Kabupaten Paniai (34,3 persen) dengan rata-rata lama gangguan sekitar 7 hari. Sementara itu, di Kabupaten Fak Fak (4,9 persen) tingkat keluhan terendah memiliki rata-rata lama gangguan 5 hari. Rata-rata lama

gangguan tertinggi terjadi di Kota Jayapura (8 hari) dan terendah di Kabupaten Manokwari dan Jayawijaya masing-masing selama 4 hari.

Pada tahun 2000, tingkat keluhan tertinggi terjadi di Kabupaten Jayawijaya (36,7 persen) dengan rata-rata lama keluhan 5 hari. Kabupaten Paniai (33,1 persen) menempati urutan kedua dengan rata-rata lama gangguan 7 hari. Tingkat keluhan terendah terjadi di Kabupaten Fak Fak (4,7 persen) dengan rata-rata lama gangguan 4 hari. Sementara itu, rata-rata lama gangguan tertinggi terjadi di Kota Jayapura (9 hari) dengan tingkat keluhan sebesar 8,0 persen.

Indeks kesehatan merupakan gabungan antara variabel banyaknya orang yang memiliki keluhan kesehatan dan lamanya keluhan gangguan kesehatan menunjukkan keadaan kesehatan masyarakat. Berdasarkan indeks kesehatan, Kabupaten Fak Fak memiliki tingkat kesehatan yang terbaik, sementara yang terendah tingkat kesehatannya adalah Kabupaten Paniai.

Kondisi kesehatan masyarakat di Kabupaten Fak Fak cenderung lebih baik karena tingkat keluhan sakit yang relatif rendah dibandingkan dengan keluhan di masyarakat di kabupaten lainnya. Selain itu, lamanya gangguan kesehatan masyarakat di Kabupaten Fak Fak juga lebih kecil dibandingkan dengan lamanya gangguan kesehatan di kabupaten lainnya. Pada tahun 1994, penghitungan Kota Jayapura masih digabung dengan Kabupaten Jayapura dan menempati peringkat kedua. Pada peringkat kedua ini terjadi pergeseran-pergeseran. Tahun 1997 ditempati oleh Kabupaten Manokwari, tahun 1998 oleh Kabupaten Sorong, dan tahun 2000 kembali ditempati oleh Kabupaten Jayapura.

Keadaan Pendidikan

Keadaan pendidikan sering kali diukur dengan menggunakan variabel melek huruf dan rata-rata lama sekolah (BPS, 2001c). Berdasarkan tingkat melek huruf, tahun 1994 Kabupaten Biak Numfor (87,7 persen) menempati urutan pertama, sedangkan tingkat melek huruf terendah terjadi di Kabupaten Jayawijaya (38,7 persen). Pada tahun 1997, 1998, dan 2000, tingkat melek huruf tertinggi terjadi di Kota Jayapura yang masing-masing sebesar 90,4 persen, 92,9 persen, dan 84,7 persen (lihat lampiran 2). Sementara itu, pada periode yang sama, tingkat melek huruf terendah terjadi di Kabupaten Jayawijaya. Pada tahun 1997, tingkat melek huruf

Perkembangan Kesejahteraan Penduduk di Provinsi Papua

mencapai 44,1 persen, sedangkan pada tahun 1998 dan 2000 masing-masing sebesar 38,7 persen dan 33,2 persen. Rata-rata lama sekolah di Kabupaten Jayapura (8 tahun) pada tahun 1994 merupakan yang tertinggi. Pada tahun 1997, 1998, dan 2000, rata-rata lama sekolah terjadi di Kota Jayapura yang masing-masing sebesar 9 tahun. Rata-rata lama sekolah dari tahun ke tahun yang terendah terjadi di Kabupaten Jayawijaya yang berkisar antara 2 hingga 5 tahun.

Banyaknya melek huruf dan rata-rata lamanya sekolah digambarkan dengan satu indikator, yaitu indeks pendidikan. Indeks pendidikan dapat memberikan gambaran tentang kesejahteraan masyarakat dari sisi dimensi manusia. Berdasarkan indeks pendidikan yang dihitung dengan menggunakan dua variabel tersebut, maka Kabupaten Jayapura menempati peringkat pertama pada tahun 1994. Akan tetapi, pada tahun 1997 posisi Kabupaten Jayapura digeser dengan Kota Jayapura. Hal ini dapat dipahami bahwa di Kota Jayapura ini dapat dikatakan sebagai pusat pendidikan di Papua. Selain itu, Kota Jayapura juga merupakan pusat pemerintahan yang memiliki penduduk dengan tingkat pendidikan yang tinggi.

Tabel 4.
Indeks Pendidikan di Provinsi Papua Tahun 1994, 1997, 1998, dan 2000
Dirinci menurut Kabupaten/Kota

| Kabupaten/Kota | 1994 | 1997 | 1998 | 2000 |
|----------------|------------------|--------|--------|--------|
| Merauke | 0,6095 | 0,6039 | 0,6126 | 0,5154 |
| Jayawijaya | 0,3682 | 0,4045 | 0,3049 | 0,2678 |
| Jayapura | 0,7469 | 0,6820 | 0,7010 | 0,5980 |
| Paniai | 0,4732 | 0,4848 | 0,4126 | 0,3769 |
| Fak Fak | 0,6900 | 0,7078 | 0,7236 | 0,6810 |
| Sorong | 0,6998 | 0,7258 | 0,7003 | 0,6468 |
| Manokwari | 0,6113 | 0,6644 | 0,5847 | 0,4953 |
| Yapen Waropen | 0,6662 | 0,6560 | 0,6467 | 0,5208 |
| Biak Numfor | 0,7324 | 0,7617 | 0,7279 | 0,6599 |
| Kota Jayapura | -- ¹⁾ | 0,7982 | 0,8175 | 0,7550 |

Sumber: Pengolahan Data Susenas

Catatan: 1) Masih digabung dengan Kabupaten Jayapura

Sistem pendidikan, sekolah, dan perguruan tinggi terbaik di Papua terdapat di Kota Jayapura, baik untuk perguruan tinggi negeri maupun swasta. Selain Universitas Cendrawasih, di Kota Jayapura terdapat STIE Ottow-Geissler dan STIE Yapis yang memiliki pendidikan ilmu ekonomi yang baik. Demikian pula dengan pendidikan ilmu politik dengan Stisipol Silas Papare, pendidikan teknik dengan Sekolah Tinggi Teknik Jayapura, dan sejumlah Sekolah Tinggi Teologia. Beberapa akademi yang ada di Kota Jayapura, antara lain, adalah akademi kesehatan, akademi sekretaris dan manajemen, akademi pariwisata, serta akademi keuangan dan perbankan.

Indeks pendidikan terendah terdapat di Kabupaten Jayawijaya. Hal ini dapat dipahami karena daerah tersebut masih terisolasi. Sebagian besar wilayah Kabupaten Jayawijaya hanya dapat ditempuh melalui jalur udara, bahkan untuk perjalanan dari kota kabupaten menuju ke kota kecamatan, atau dari kota kecamatan menuju ke desa. Hal tersebut sangat menyulitkan program pemberantasan buta huruf maupun peningkatan pendidikan. Kondisi masyarakat Kabupaten Paniai yang menempati peringkat keterbelakangan kedua juga tidak jauh berbeda dengan masyarakat Kabupaten Jayawijaya. Di Kabupaten Paniai masih cukup banyak daerah yang hanya dapat ditempuh melalui jalur udara. Namun demikian, berbeda dengan kondisi Kabupaten Jayawijaya, di Kabupaten Paniai sudah terdapat daerah yang dapat ditempuh melalui jalur laut. Beberapa kapal motor yang menuju Jayapura atau ke luar Irian Jaya telah singgah di kabupaten ini.

Keadaan Ekonomi

Keadaan ekonomi didekati dengan dua variabel, yaitu tingkat pengeluaran per kapita sebagai proksi pendapatan per kapita dan kualitas rumah/tempat tinggal. Pola pengeluaran rumah tangga dapat digunakan sebagai indikator untuk mengukur tingkat kesejahteraan penduduk (BPS, 2001a). Hal ini tidak dapat dipungkiri bahwa salah satu determinan kesejahteraan yang penting dalam suatu periode adalah peningkatan pendapatan rumah tangga. Pendapatan yang meningkat sudah seharusnya meningkatkan daya beli rumah tangga terhadap kebutuhan barang dan jasa (BPS, 1999a).

Perkembangan Kesejahteraan Penduduk di Provinsi Papua

Sementara itu, menurut Anwar (1997), tinggi rendahnya tingkat pendapatan masyarakat dapat dilihat dari kualitas bahan bangunan yang digunakan untuk rumah dan segala utilitasnya. Utilitas tersebut, antara lain, berupa listrik, gas, dan air. Pada umumnya, masyarakat yang memiliki tingkat kesejahteraan lebih baik cenderung memiliki perumahan yang lebih baik pula dibandingkan dengan masyarakat yang miskin. Dengan demikian, kualitas rumah dapat digunakan pula untuk melihat tingkat perekonomian masyarakat. Untuk perumahan ini dilakukan dengan pendekatan pada indeks perumahan (BPS, 1999).

Rata-rata pengeluaran per kapita tertinggi tahun 1994 terjadi di Kabupaten Biak Numfor, yaitu sebesar Rp 81.000,00 (lihat lampiran 3). Setelah dipisahkan dari Kabupaten Jayapura, Kota Jayapura memiliki pengeluaran tertinggi, baik untuk tahun 1997 (Rp 119.000,00); 1998 (Rp 182.000,00); maupun tahun 2000 (Rp 215.000,00). Rata-rata pengeluaran terendah adalah di Kabupaten Jayawijaya, baik untuk tahun 1994 (Rp 25.000,00); 1997 (Rp 34.000,00); 1998 (Rp 45.000,00); maupun tahun 2000 (Rp 70.000,00).

Kabupaten Fak Fak yang memberikan sumbangan terbesar dalam PDRB Provinsi Papua, yaitu lebih dari 50 persen, ternyata pada tahun 1994 memiliki peringkat pengeluaran terendah ketiga setelah Kabupaten Jayawijaya dan Paniai. Meskipun sejak tahun 1998, Kabupaten Fak- Fak mengalami perbaikan. Hal ini dimungkinkan dengan dimulainya pemberian kompensasi terhadap masyarakat sekitar penambangan PT. Freeport.

Sementara itu, kualitas rumah tertinggi pada tahun 1994 terdapat di Kabupaten Jayapura (0,47), sedangkan tahun 1997, 1998, dan 2000 di Kota Jayapura yang masing-masing 0,69; 0,61; dan 0,62 (lihat lampiran 3). Kondisi ini dapat dipahami karena Kota Jayapura yang merupakan pusat pemerintahan daerah provinsi memiliki cukup banyak akses terhadap pembangunan fasilitas tempat tinggal. Sementara itu, kualitas terendah terdapat di Kabupaten Jayawijaya, baik untuk tahun 1994 (0,18), 1997 (0,30), 1998 (0,19), maupun untuk tahun 2000 (0,18). Hal ini dapat disebabkan letak Kabupaten Jayawijaya yang masih sangat terisolasi, sehingga mengalami kesulitan untuk mengakses pembangunan fasilitas tempat tinggal. Keadaan ini didukung sulitnya transportasi untuk mencapai kabupaten ini. Bahan-bahan bangunan sangat mahal sehingga masyarakat

lebih banyak menggunakan bahan-bahan yang mudah didapat di daerah sekitar tanpa harus mendatangkan dari luar kabupaten. Selain itu, kuatnya budaya yang dianut oleh masyarakat di Kabupaten Jayawijaya menyebabkan pembangunan perumahan yang lebih memadai relatif sulit untuk dilakukan.

Indeks ekonomi menunjukkan bahwa Kabupaten Jayawijaya merupakan kabupaten yang menempati peringkat terendah, baik untuk tahun 1994 (0,0887), 1997 (0,1751), 1998 (0,1495), maupun tahun 2000 (0,2071). Hal ini dipengaruhi oleh kondisi fisik wilayah Kabupaten Jayawijaya yang masih terisolasi maupun oleh kondisi budaya yang masih tertutup. Perubahan-perubahan yang mengarah pada perbaikan masih sering menghadapi kendala budaya. Sementara itu, Kabupaten Jayapura menempati peringkat pertama untuk tahun 1994 (0,3812) dan disusul oleh Kabupaten Biak Numfor (0,3463). Kabupaten Biak Numfor memiliki kondisi yang relatif baik sehingga mampu menempati peringkat kedua pada tahun 1994. Hal ini dimungkinkan dengan adanya pembangunan sarana dan prasarana yang mendukung pembangunan.

Tabel 5.
Indeks Ekonomi Tahun 1994, 1997, 1998, dan 2000
Dirinci menurut Kabupaten/Kota

| Kabupaten/Kota | 1994 | 1997 | 1998 | 2000 |
|----------------|--------|--------|--------|--------|
| Merauke | 0,1874 | 0,2757 | 0,2875 | 0,3902 |
| Jayawijaya | 0,0887 | 0,1751 | 0,1495 | 0,2071 |
| Jayapura | 0,3812 | 0,3333 | 0,3582 | 0,3665 |
| Paniai | 0,1478 | 0,2396 | 0,1939 | 0,2866 |
| Fak Fak | 0,1905 | 0,3194 | 0,3281 | 0,4355 |
| Sorong | 0,2783 | 0,4459 | 0,3830 | 0,5866 |
| Manokwari | 0,2370 | 0,3622 | 0,2937 | 0,4348 |
| Yapen Waropen | 0,2464 | 0,3367 | 0,3757 | 0,4725 |
| Biak Numfor | 0,3463 | 0,5001 | 0,4570 | 0,5063 |
| Kota Jayapura | -- 1) | 0,5946 | 0,7187 | 0,8101 |

Sumber: Pengolahan Data Susenas

Catatan: 1) Masih digabung dengan Kabupaten Jayapura

Perkembangan Kesejahteraan Penduduk di Provinsi Papua

Sebelum krisis terjadi, terdapat beberapa perusahaan yang berperan di Kabupaten Biak Numfor. Perusahaan itu, antara lain, adalah perusahaan yang bergerak di bidang industri pengalangan ikan. Hal ini cukup berpengaruh terhadap perekonomian masyarakat kabupaten tersebut, tetapi perusahaan tersebut tidak dapat bertahan dengan terjadinya krisis ekonomi sehingga terjadi pergeseran peringkat. Sejak tahun 1997, Kota Jayapura merupakan daerah tingkat II yang memiliki indeks ekonomi yang tertinggi (0,5946). Demikian pula pada tahun 1998 dan 2000 atau setelah krisis ekonomi terjadi, Kota Jayapura menempati urutan pertama yang masing-masing dengan indeks ekonomi sebesar 0,7187 dan 0,8101.

Perkembangan Kesejahteraan

Ketiga indikator yang dijadikan dalam satu indeks komposit menunjukkan bahwa pada tahun 1994 Kabupaten Jayapura (0,6618) menempati urutan pertama. Tingkat kesejahteraan terendah pada tahun 1994 terjadi di Kabupaten Jayawijaya (0,5196). Setelah Kota Jayapura dipisahkan dari Kabupaten Jayapura, tingkat kesejahteraan di Kabupaten Biak Numfor (0,6763) tampak lebih baik dibandingkan dengan kota dan kabupaten lainnya. Akan tetapi, kondisi tersebut hanya terjadi pada tahun 1997. Pada tahun yang sama, Kabupaten Jayawijaya (0,5151) masih tetap menempati urutan terakhir.

Pada tahun 1998 dan 2000, pada saat krisis terjadi, Kota Jayapura menunjukkan tingkat kesejahteraan yang lebih baik dibandingkan dengan kabupaten lainnya, bahkan terdapat peningkatan kesejahteraan dari tahun 1998 (0,7238) ke tahun 2000 (0,7519). Hal ini mengindikasikan bahwa selama krisis ekonomi terjadi, tingkat kesejahteraan di Kota Jayapura tidak terpengaruh.

Kota Jayapura yang lebih terbuka dibandingkan dengan daerah lainnya sangat menguntungkan untuk peningkatan kesejahteraan rakyatnya. Segala sarana dan prasarana yang diperlukan oleh pemerintahan daerah provinsi dapat diakses dengan mudah oleh masyarakat di Kota Jayapura. Pembangunan fasilitas kesehatan, pendidikan, transportasi dan komunikasi, serta fasilitas kegiatan ekonomi dapat dengan mudah diakses di Kota Jayapura. Kondisi ini sangat berbeda dengan beberapa kabupaten lainnya, seperti Kabupaten Paniai, Jayawijaya, maupun Yapen Waropen.

Tabel 6.
Indeks Kesejahteraan di Provinsi Papua Tahun 1994, 1997, 1998, dan 2000
Dirinci menurut Kabupaten/Kota

| Kabupaten/Kota | 1994 | 1997 | 1998 | 2000 |
|----------------|--------|--------|--------|--------|
| Merauke | 0,6125 | 0,6141 | 0,6354 | 0,6529 |
| Jayawijaya | 0,5196 | 0,5151 | 0,5195 | 0,5104 |
| Jayapura | 0,6618 | 0,6157 | 0,6600 | 0,6695 |
| Paniai | 0,5385 | 0,5429 | 0,5201 | 0,5454 |
| Fak Fak | 0,6359 | 0,6408 | 0,6763 | 0,7080 |
| Sorong | 0,6266 | 0,6399 | 0,6626 | 0,7001 |
| Manokwari | 0,6135 | 0,6214 | 0,6109 | 0,6376 |
| Yapen Waropen | 0,6339 | 0,6240 | 0,6555 | 0,6581 |
| Biak Numfor | 0,6609 | 0,6763 | 0,6802 | 0,7048 |
| Kota Jayapura | -- 1) | 0,6641 | 0,7238 | 0,7519 |

Sumber: Pengolahan Data Susenas

Catatan: 1) Masih digabung dengan Kabupaten Jayapura

Kabupaten Jayawijaya tidak mengalami perubahan urutan kesejahteraan untuk tahun 1998 (0,5195) maupun tahun 2000 (0,5104), bahkan menunjukkan adanya penurunan kesejahteraan selama krisis ekonomi terjadi. Hal ini didukung dengan kondisi geografis yang masih sangat terisolasi sehingga segala kebutuhan pokok masih harus didistribusikan melalui jalur udara. Demikian juga dengan akses terhadap berbagai fasilitas, masih cukup sulit karena keterisolasian daerah. Selain itu, kondisi geografis di Kabupaten Jayawijaya masih kurang mendukung dalam peningkatan kesejahteraan. Faktor budaya yang tertutup dan sulit untuk menerima perubahan masih sangat menghambat peningkatan kesejahteraan. Faktor kecurigaan terhadap berbagai pihak, termasuk usaha peningkatan kesejahteraan, masih cukup kuat pada masyarakat di Kabupaten Jayawijaya.

Pemekaran Wilayah dan Kesejahteraan

Pembangunan yang dilakukan pada tingkat nasional maupun regional pada dasarnya bukan hanya untuk peningkatan ekonomi, tetapi juga untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat. Sementara itu, pemekaran wilayah terjadi sebagai salah satu usaha untuk menggali potensi wilayah

Perkembangan Kesejahteraan Penduduk di Provinsi Papua

dalam pembangunan. Namun, setiap kebijakan akan memiliki dampak negatif dan positif. Demikian juga dengan pemekaran wilayah yang membagi Papua menjadi tiga provinsi, hal itu akan memberikan dampak positif maupun negatif bagi masyarakat.

Terdapat beberapa dampak positif yang dapat dirasakan oleh masyarakat dengan adanya pemekaran wilayah. *Pertama*, semakin fokusnya usaha pembangunan, khususnya dalam peningkatan kesejahteraan. Hal ini ditunjukkan dengan perbedaan indikator kesejahteraan di tiap wilayah. Daerah yang satu dengan daerah yang lain akan memiliki kecenderungan yang berbeda kesejahteraannya. Penghitungan indeks kesehatan tahun 1994 menunjukkan bahwa Kabupaten Fak Fak memiliki indeks yang lebih baik dibandingkan dengan Kabupaten Merauke, bahkan dengan Kabupaten Jayapura. Akan tetapi, indeks pendidikan pada tahun yang sama menunjukkan bahwa Kabupaten Jayapura cenderung lebih baik dibandingkan dengan Kabupaten Fak Fak walaupun Kabupaten Fak Fak masih lebih baik dibandingkan dengan Kabupaten Merauke. Demikian pula dengan indeks ekonominya. Berdasarkan kondisi tersebut, maka dengan pemekaran wilayah akan lebih memudahkan fokus pembangunan untuk peningkatan kesejahteraan masyarakat.

Kedua, pemekaran wilayah akan memerlukan peningkatan kreativitas dan inovasi. Hal tersebut dapat dilihat pada perkembangan yang ada di Kota Jayapura. Pengembangan sektor unggulan akan menjadi tantangan baru sebagai sektor yang akan menarik sektor ekonomi lainnya. Hal ini didasari dengan perbedaan potensi wilayah yang dimiliki oleh masing-masing daerah. Kota Jayapura, walaupun hanya memiliki sumbangan yang tidak terlalu besar terhadap perekonomian secara keseluruhan, menjadi pusat pendidikan selain sentral perekonomian. Demikian pula dengan pengembangan transportasi laut yang juga menjadi salah satu keunggulan di Kota Jayapura. Walaupun Kota Jayapura tidak terlalu besar memberikan sumbangan terhadap PDRB, kota tersebut cenderung memiliki tingkat kesejahteraan yang lebih baik. Sebaliknya, Kabupaten Fak Fak yang memberikan sumbangan terbesar pada PDRB, tingkat kesejahteraannya bukan yang terbaik.

Ketiga, pemekaran wilayah akan semakin melokalisasi budaya masyarakat. Hal ini sangat penting, karena dengan melokalisasi budaya

masyarakat akan mengurangi hambatan dalam usaha peningkatan kesejahteraan. Setidaknya akan memudahkan penyesuaian dengan kondisi sosio-antropologis masyarakat. Hal ini juga didasarkan dengan banyaknya suku yang ada maupun dengan sikap ketertutupan pada sebagian masyarakat.

Keempat, pemekaran wilayah akan menuntut pemenuhan sumber daya manusia yang memadai. Dengan demikian akan terjadi proses pemacuan tingkat kualitas sumber daya manusia yang ada. Kota Jayapura sebagai pemerintahan provinsi cenderung memiliki tingkat kualitas sumber daya manusia yang lebih baik dibandingkan dengan daerah kabupaten lainnya. Indeks pembangunan sumber daya manusia Kota Jayapura, bahkan mampu menempati peringkat ke-30 di tingkat nasional pada tahun 1999.

Namun sebaliknya, pemekaran wilayah akan menimbulkan dampak negatif, yaitu terjadi pemusatan sumber daya alam yang dimiliki oleh masing-masing daerah. Hal ini tampak pada sumber daya minyak yang hanya ada di Kabupaten Sorong yang termasuk dalam wilayah Provinsi Papua Barat. Sementara itu, pertambangan nonmigas, khususnya tembaga terdapat di Mimika yang termasuk dalam wilayah Provinsi Papua Tengah. Sumber daya alam yang dimiliki akan menimbulkan ketimpangan antarwilayah dan anggapan ini akan memunculkan pemecahbelahan masyarakat di Papua.

Anggapan yang berkembang dalam masyarakat tersebut akan dapat dikurangi dengan argumen bahwa pemekaran wilayah justru akan dapat meningkatkan kinerja dalam eksplorasi sumber daya alam. Hal ini merupakan tantangan baru bagi masyarakat dalam mengembangkan potensi wilayah yang dimilikinya guna meningkatkan kesejahteraan masyarakatnya. Inovasi dan kreativitas pendayagunaan sumber daya alam akan menjadi kunci dalam perkembangan di masa pascapemekaran wilayah.

Penutup

Tingkat kesejahteraan yang ada di Papua memiliki perbedaan antarwilayah seperti halnya wilayah pegunungan, dataran, dan pantai. Sementara itu, usaha peningkatan kesejahteraan menghadapi berbagai kendala, baik dari kondisi fisik maupun sosial budaya masyarakat yang ada pada ketiga wilayah tersebut. Pembangunan wilayah yang pada

Perkembangan Kesejahteraan Penduduk di Provinsi Papua

dasarnya berusaha meningkatkan taraf kesejahteraan rakyat masih sangat perlu mempertimbangkan kondisi sosio-antropologis masyarakat daerah pegunungan, pedalaman, dan pantai yang sangat berbeda karakteristiknya.

Pemekaran wilayah propinsi akan berpengaruh secara nyata kepada kondisi kesejahteraan. Wilayah dataran dan pegunungan akan memiliki aksesibilitas yang lebih baik daripada ketika Papua masih dalam satu provinsi. Dengan dikembangkan menjadi tiga provinsi baru, pembangunan akan terbagi ke dalam tiga simpul utama yaitu Papua Barat, Papua Tengah, dan Papua Timur. Akan tetapi sisi negatif juga perlu dipikirkan yakni peranan PT. Freeport akan semakin terfokus untuk Provinsi Papua Tengah, demikian pula untuk minyak bumi yang berada di Provinsi Papua Barat. Sementara itu, Provinsi Papua Timur tidak memiliki sumber daya alam minyak, emas, tembaga, dan batu bara yang memadai. Hal ini akan menyebabkan konsentrasi ekonomi di masing-masing wilayah dan akan muncul wilayah pertumbuhan ekonomi yang relatif tinggi untuk wilayah tertentu, sedangkan wilayah yang lain tidak demikian halnya. Tidak tertutup kemungkinan akan terjadi rebutan pemanfaatan sumber daya alam antarprovinsi baru. Apabila tidak ditangani secara serius, dikhawatirkan akan muncul "ego wilayah" yang cenderung mementingkan wilayahnya sendiri. Perlu dipikirkan bagaimana pengembangan Papua Barat, Papua Tengah, dan Papua Timur menjadi satu kesatuan yang utuh, tidak serakah sesaat dalam memanfaatkan sumber daya alam yang ada. Batas wilayah provinsi yang baru tidak selalu tepat dengan batas kandungan sumber daya alam yang ada dan hak ulayat/warga. Saling memberi dan menerima manfaat sumber daya yang ada memungkinkan untuk ketiga provinsi tersebut maju bersama.

Referensi

- Agung, I. N. dan Akhir Matua Harahap. 1993. "Perubahan Demografi di Indonesia", dalam Aris Ananta (ed.) *Ciri Demografis Kualitas Penduduk dan Pembangunan Ekonomi*. Jakarta: Lembaga Demografi dan Lembaga Penerbitan FEUI, hlm. 21-47.
- Anwar, J. 1997. "Data dan Indikator Perumahan: antara Kebutuhan dan Penyediaan", dalam W Imawan dan A. Anhaf (eds.) *Pedoman Analisis Data Susenas Bidang Kesejahteraan Rakyat*. Jakarta: Biro Pusat Statistik, hlm. 101-129.

- Badan Pusat Statistik. 1999. *Pemantauan Perkembangan Kesejahteraan Rakyat: Pemanfaatan Data Survei Sosial Ekonomi dan Data Sosial Kependudukan Lainnya. Panduan Pelatihan*. Jakarta: Kerja sama dengan UNFPA.
- . 1999a. *Kecenderungan Kesejahteraan Rakyat di Masa Krisis Moneter Berdasarkan Hasil Survei Seratus Desa 1997 dan 1998*. Jakarta: Kerja sama dengan UNICEF.
- . 2001a. *Indikator Kesejahteraan Rakyat 2000*. Jakarta.
- . 2001b. *Statistik Indonesia 2000*. Jakarta.
- . 2001c. *Indonesia Human Development Report 2001: Towards a new Consensus Democracy and Human Development in Indonesia*. Jakarta: Kerja sama dengan Bappenas dan UNDP.
- Bappeda. 1994. *Analisis Desa Miskin 1993*. Jayapura: Kerjasama Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Tk. I Provinsi Irian Jaya dengan Kantor Statistik Provinsi Irian Jaya.
- Da Costa, Sriati. 1992. "Indikator Kesehatan, Gizi, dan Keluarga Berencana", dalam *Kumpulan Bahan-bahan Penyusunan Indikator Kesejahteraan Rakyat*. Jakarta: Biro Pusat Statistik, hlm. 103-135.
- Dinas Tenaga Kerja (Disnaker). 2000. *Profil Ketenagakerjaan dan Perencanaan Tenaga Kerja Daerah Provinsi Irian Jaya tahun 1999/2000*. Jayapura: Kerjasama dengan Bappeda, BPS, Universitas Cendrawasih, dan Depnaker.
- Djopari, John R.G. 1993. *Pemberontakan Organisasi Papua Merdeka*. Jakarta: Grasindo.
- Republik Indonesia. 1994. *Rencana Pembangunan Lima Tahun Keenam 1994/95-1998/99 Buku VI*. Jakarta.
- Sajogyo dan M. Sarman. 2000. *Masalah Penanggulangan Kemiskinan: Refleksi Dari Kawasan Timur Indonesia*. Jakarta: Puspa Swara.
- Soemantri, Soeharsono. 1997. "Analisis Data Kor Susenas untuk Sektor Kesehatan", dalam W. Imawan dan A. Ahnaf (eds.) *Pedoman Analisis Data Susenas Bidang Kesejahteraan Rakyat*. Jakarta: Biro Pusat Statistik, hlm. 37-55.
- Wanane, Teddy K. E. 1997. "Upaya Peningkatan Penanggulangan Kemiskinan Melalui Pendekatan Sosio-antropologis", *Seminar Sehari tentang Pengentasan Masyarakat Irian Jaya dari Kemiskinan*, diselenggarakan oleh IPADI Cabang Irian Jaya dan Kanwil BKKBN Provinsi Irian Jaya, 17 September.

Perkembangan Kesejahteraan Penduduk di Provinsi Papua

Lampiran 1. Indikator Kesehatan

| Kabupaten/Kota | 1994 | | 1997 | | 1998 | | 2000 | |
|----------------|---------|------|---------|------|---------|------|---------|------|
| | Keluhan | Lama | Keluhan | Lama | Keluhan | Lama | Keluhan | Lama |
| Merauke | 20,66 | 4,75 | 23,25 | 4,61 | 18,86 | 5,35 | 17,60 | 4,96 |
| Jayawijaya | 27,76 | 4,91 | 33,31 | 3,97 | 27,47 | 4,09 | 36,69 | 5,01 |
| Jayapura | 17,11 | 5,35 | 21,20 | 6,39 | 15,04 | 5,95 | 12,04 | 4,71 |
| Paniai | 20,94 | 9,96 | 24,30 | 6,78 | 34,33 | 7,49 | 33,97 | 7,09 |
| Fak Fak | 13,53 | 4,18 | 12,48 | 4,05 | 4,86 | 4,72 | 4,69 | 4,05 |
| Sorong | 16,04 | 6,13 | 17,15 | 4,98 | 13,34 | 4,81 | 14,89 | 4,52 |
| Manokwari | 20,06 | 4,83 | 17,21 | 4,62 | 26,29 | 4,02 | 19,53 | 4,33 |
| Yapen Waropen | 12,51 | 6,94 | 25,34 | 5,32 | 20,13 | 4,89 | 28,26 | 4,35 |
| Biak Numfor | 19,25 | 6,32 | 13,57 | 6,31 | 15,59 | 6,79 | 8,96 | 7,27 |
| Kota Jayapura | - | - | 17,48 | 7,12 | 24,33 | 7,98 | 8,01 | 8,94 |

Sumber: Hasil Pengolahan Susenas

Lampiran 2. Indikator Pendidikan

| Kabupaten/Kota | 1994 | | 1997 | | 1998 | | 2000 | |
|----------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| | Melek Huruf | Lama Sekolah |
| Merauke | 73,28 | 5,44 | 71,31 | 5,78 | 76,07 | 4,74 | 63,92 | 4,02 |
| Jayawijaya | 38,66 | 4,97 | 44,07 | 4,98 | 38,66 | 2,12 | 33,15 | 2,11 |
| Jayapura | 86,15 | 7,76 | 79,63 | 6,80 | 83,61 | 6,46 | 71,08 | 5,59 |
| Paniai | 52,08 | 5,67 | 53,21 | 5,85 | 50,53 | 3,41 | 45,24 | 3,39 |
| Fak Fak | 83,47 | 6,01 | 83,84 | 6,70 | 87,81 | 6,22 | 81,53 | 6,19 |
| Sorong | 81,45 | 7,06 | 84,09 | 7,43 | 84,10 | 6,28 | 75,37 | 6,49 |
| Manokwari | 71,49 | 6,07 | 77,30 | 6,71 | 71,63 | 4,82 | 59,46 | 4,45 |
| Yapen Waropen | 78,00 | 6,58 | 76,53 | 6,56 | 79,06 | 5,38 | 63,82 | 4,29 |
| Biak Numfor | 87,68 | 6,65 | 89,56 | 7,41 | 86,62 | 6,77 | 78,65 | 6,10 |
| Kota Jayapura | - | - | 90,40 | 8,80 | 92,86 | 8,93 | 84,71 | 8,56 |

Sumber: Hasil Pengolahan Susenas.

Lampiran 3. Indikator Ekonomi

| Kabupaten/Kota | 1994 | | 1997 | | 1998 | | 2000 | |
|----------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|
| | Kualitas Rumah | Pengeluaran |
| Merauke | 0,28 | 43,44 | 0,34 | 64,24 | 0,31 | 75,13 | 0,28 | 120,75 |
| Jayawijaya | 0,18 | 24,78 | 0,30 | 34,00 | 0,19 | 45,47 | 0,18 | 69,97 |
| Jayapura | 0,47 | 80,79 | 0,46 | 64,93 | 0,40 | 84,08 | 0,32 | 103,88 |
| Paniai | 0,23 | 36,34 | 0,36 | 47,26 | 0,25 | 51,07 | 0,24 | 88,31 |
| Fak Fak | 0,34 | 33,45 | 0,47 | 55,96 | 0,42 | 69,75 | 0,40 | 114,12 |
| Sorong | 0,42 | 51,53 | 0,58 | 83,51 | 0,45 | 85,15 | 0,48 | 156,14 |
| Manokwari | 0,33 | 52,76 | 0,50 | 67,63 | 0,35 | 70,54 | 0,35 | 124,19 |
| Yapen Waropen | 0,33 | 55,26 | 0,41 | 75,79 | 0,37 | 96,67 | 0,31 | 146,57 |
| Biak Numfor | 0,39 | 81,53 | 0,56 | 108,56 | 0,45 | 112,46 | 0,39 | 144,12 |
| Kota Jayapura | - | - | 0,69 | 118,96 | 0,61 | 182,21 | 0,62 | 215,13 |

Sumber: Hasil Pengolahan Susenas.

Catatan: Pengeluaran dinyatakan dalam ribuan rupiah

DARI MAKASSAR KE MAKASSAR: ASPEK DEMOGRAFI DAN POLITIK PROSES “ETNISASI” SEBUAH KOTA

Dias Pradadimara

Abstract

The city of Makassar, once named Ujung Pandang, in South Sulawesi, underwent tremendous transformation in the 20th century. This transformation significantly changed the image of the city from a cosmopolitan town to a provincial and “ethnic” city. This article shows that the changes of the city’s image did not happen by itself. There were changing structural conditions, namely demographic and political conditions, which allowed the changes to happen.

Since early 20th century the population of the city has grown exponentially. First, in-migrants from the surrounding regions in the eastern part of Indonesia flocked into the city until early 1950s. Second, due to the rebellion and unrest in the countryside of South Sulawesi since 1950 in-migrants, mostly refugees, from Bugis-speaking areas in even larger number swarmed Makassar. Parallel with the demographical changes, the political scene in the city (and the province) was increasingly dominated by politicians and bureaucrats of South-Sulawesi origins. The Permesta rebellion in late-1950s triggered the departure of mostly non-South Sulawesi politicians away from the region leaving the political stage fully in the hands of local politicians. The “ethnic-ization” of the city was made possible by these demographical and political changes.

Pendahuluan

Dari para pemasang iklan dalam satu buku petunjuk turis untuk Kota Makassar, mungkin dapat dibayangkan kondisi kota tersebut di tahun 1938. Inilah sebuah kota kosmopolitan dengan segala fasilitasnya yang telah menjadikan kota ini sebagai bagian dari sebuah jaringan komunikasi dan transportasi yang menghubungkannya dengan segala penjuru dunia. Di Pasarstraat (sekarang Jl. Nusantara) yang selalu sibuk, setidaknya ada tiga toko pakaian besar masing-masing “Hotchand Kemchand,” “Bombay Moerah,” dan “Liberty.” Nama-namanya mengindikasikan setidaknya dua dari tiga toko tersebut dimiliki oleh pedagang keturunan India. Sementara

itu, tidak jauh dari sana, di Tempelstraat (sekarang Jl. Sulawesi), dalam sebuah gedung indah ada toko pakaian dengan nama dalam bahasa Prancis "Au Bon Marche." Kalau itu belum cukup, masih ada satu tempat lagi yang juga menyiarkan aksen Prancis yang meskipun namanya *Maison "Femina"*, membuka pintunya untuk *dames* maupun *heeren*. Bila kebutuhan pakaian dapat dipenuhi dengan toko-toko tersebut, untuk kebutuhan hasil-hasil peternakan dapat menghubungi *boerderij "Frisia"* di Goaweg (sekarang Stadion Matoangin). Di sana disediakan susu segar dari sapi Australia maupun sapi dari —seperti juga nama perusahaannya— Frisland di ujung utara Negeri Belanda. Di tempat ini, pemiliknya yang tampaknya keturunan Eropa Timur, U. Hudoffsky, juga menyediakan yoghurt Bulgaria "asli" dan juga mentega (*Gids van Makassar en Zuid Celebes*, 1939).

Bila barang-barang yang dijinjing dari toko-toko sudah terlalu banyak, tersedia beberapa perusahaan taksi yang siap mengantar. Namun tidak sedikit penduduk kota yang lebih memilih untuk membeli sedan Italia, "Fiat," baik model yang paling irit maupun yang paling gaya, yaitu model 1500 sang "Kereta Ajaib." Jika tidak, meskipun lebih boros, tersedia pula sedan Amerika "Dodge," termasuk yang paling besar dan mewah, yaitu Dodge-Six "De Luxe" dengan 7 tempat duduk. Semua dapat dipesan langsung melalui telepon dengan pedagang mobil, H.P. Lienhardt, juga berada di Pasarstraat. Kesan kosmopolitan Kota Makassar diperkuat dengan hadirnya 9 konsulat yang mewakili negara-negara Denmark, Swedia, Norwegia, Inggris, Prancis, Jerman, Belgia, Portugal, dan satu negara Asia, Cina.

Perluasan dan pembangunan Kota Makassar hingga memiliki bentuk seperti yang didapat di tahun 1938 di atas baru dimulai sekitar 30 tahun sebelumnya. Jika pada akhir abad ke-19 jumlah penduduk kota ini berada pada kisaran 20 ribuan saja, maka setelah penaklukan penguasa-penguasa lokal di Sulawesi Selatan oleh Pemerintah Hindia Belanda di tahun 1905-6, jumlah penduduknya terus berlipat. Di tahun 1905, jumlah penduduk kota ini diperkirakan 26 ribu orang. Dua puluh lima tahun kemudian, menurut hasil sensus tahun 1930, penduduknya sudah berlipat lebih dari 3 kali dan mencapai lebih dari 84 ribu orang. Hal ini membuat Makassar menjadi kota besar kedua di luar Jawa setelah Palembang. Ada tanda-tanda penduduk kota ini terus bertambah, namun sayang sulit diketahui secara tepat laju pertumbuhannya karena tidak ada lagi penghitungan

penduduk yang cukup tepat yang dilakukan hingga setelah tahun 1960. Kota Makassar di tahun 1930-an sudah dilayani dengan fasilitas kota yang baik. Dalam buku petunjuk untuk turis di tahun 1938, Makassar sudah dibanggakan sebagai "kota yang paling diterangi di Hindia Belanda." Di masa itu, listrik, seperti juga gas, dilayani oleh perusahaan swasta dan terdapat 4.342 pelanggan listrik di Makassar yang menggunakan 4,7 juta kilowatt jam tenaga listrik. Jika diasumsikan bahwa tiap pelanggan menggunakan listrik untuk rumahnya yang dihuni oleh, katakanlah, 5 orang anggota keluarga, maka 21 ribu lebih penduduk kota (atau hampir seperempat dari keseluruhan penduduk) sudah menikmati aliran listrik. Kemudian, sejak 1924 pemerintah kota sudah menyediakan fasilitas air minum yang memadai. Di Goaweg, dibangun satu menara air yang masih berfungsi hingga sekarang. Sumber air bakunya diambil dari sungai Jeneberang dengan menggunakan pompa, sedang pipa transmisi airnya dibuat sepanjang 7 km dari Sungguminasa. Kota Makassar di abad ke-20 adalah kota "baru" yang tumbuh bersamaan dengan semakin meningkatnya perekonomian di kota, di sekitar kota, di daerah-daerah di sebelah timur Sulawesi, dan di Hindia Belanda secara keseluruhan dan bersamaan dengan melandanya kemodernan yang melanda daerah-daerah koloni (Harvey, 1989 dan Yulianto Sumalyo, 2002).

Kota Makassar tumbuh dari kota kolonial yang terbentuk di sekitar benteng Rotterdam mulai akhir abad ke-17. Permukiman-permukiman baru, seperti Vlaardingien dan Kampung Baru, tumbuh di sebelah utara dan selatan benteng dan dihuni oleh masyarakat dari berbagai kelompok, termasuk Melayu, Cina, Belanda, Bugis, Jawa, dan tentu saja, kelompok masyarakat Makassar dari Gowa dan sekitarnya. Di tahun 1930, di kota ini terdapat hampir 3500 penduduk Eropa, lebih dari 15.000 Cina, dan lebih dari 65 ribu bumiputera dari berbagai daerah di Hindia. Untuk mengendalikan pertumbuhan permukiman di kota, di tahun 1918 dikeluarkan *Bouw en Woonverordening voor de Gemeente Makassar* yang kemudian diperbaiki di tahun 1949 dan 1952 dan sekarang sudah dilupakan sama sekali. Peraturan ini digunakan untuk mengatur bangunan yang akan didirikan dan secara tidak langsung melakukan zonasi untuk tempat tinggal dari kelompok yang berbeda. Tahun 1926 juga dikeluarkan *Hinderordonantie* yang digunakan untuk menentukan kegiatan-kegiatan tertentu yang dapat atau tidak dapat dilakukan di kota (McTaggart 1976). Tumbuhnya permukiman di sekitar Benteng Rotterdam ini seakan

menandakan adanya keterputusan historis antara daerah yang kelak menjadi Kota Makassar dengan bekas Benteng Somba Opu yang terletak di sebelah selatannya yang pernah menjadi pusat perdagangan di bawah kontrol penguasa Gowa. Permukiman di sekitar Benteng Rotterdam adalah kota baru yang tumbuh dari pelbagai elemen campuran yang menjadi akar kota di kemudian hari. Penduduk bumiputera terus mengalir dan mengisi kota ini dari berbagai daerah di seluruh Hindia, terutama dari bagian timur. Dengan kata lain, Kota Makassar adalah kota kolonial yang lahir bersamaan dengan hadirnya sumber kekuasaan baru yang tidak hanya berbeda, namun berhadapan-hadapan dan bersaing dengan "kota lama" di sebelah selatannya yang menjadi simbol kekuasaan Gowa yang sudah memudar.

Pertumbuhan dan perluasan Kota Makassar berlangsung sejajar dengan semakin lengkapnya perangkat birokrasi pemerintah. Tiga tahun setelah *Decentralisatiewet* 1903 diberlakukan oleh Gubernur Jenderal Idenburg dan segera setelah penaklukan penguasa-penguasa lokal selesai dilaksanakan, Makassar menjadi sebuah *gemeente* yang berhak mengatur dan memerintah diri sendiri. Untuk itu, dibentuk pula Dewan Kota (*Gemeenteraad*) yang beranggotakan 13 orang yang terdiri dari delapan orang Belanda, tiga orang pribumi, dan dua orang timur asing, serta diketuai oleh Kepala Pemerintahan Daerah Afdeling Makassar (*Het Hoofd van Plaatselijk Bestuur van de Afdeling Makassar*). Lima tahun kemudian susunan Dewan Kota diperbesar dengan ditambahkannya dua orang Belanda. Pada 1916, dewan ini mengusulkan adanya perubahan lebih lanjut terhadap struktur pemerintahan kota ini. Usul ini diterima oleh Gubernur Jenderal dan di tahun 1918, Makassar memperoleh walikotanya (*Burgemeester*) yang pertama. Walikota jugalah yang menjadi ketua Dewan Kota. Dua puluh tahun kemudian, di tahun 1938, status Makassar berubah lagi menjadi Kotapraja (*Stadsgemeente*) dengan hak-hak pengaturan yang diperluas dan jumlah anggota dewan diperbanyak. Kali ini, dua orang pribumi ditambahkan ke dewan dan menjadikan jumlah total anggotanya 17 orang (*Pedoman Kota Besar Makassar*, 1954).

Menuju Ke Dua Wajah Makassar

Bagaimana kontradiksi antara desentralisasi dan penaklukan dijelaskan? Apakah logika yang berlaku yang mengatur, di satu sisi, pelaksanaan

sistem pemerintahan yang memberikan keleluasaan pada daerah seperti yang dimaksud dengan undang-undang desentralisasi 1903 dan di sisi lain, penaklukan secara sistematis semua penguasa-penguasa lokal di Sulawesi Selatan di tahun 1905-6? Tampaknya kontradiksi yang tidak terpecahkan inilah yang akan terus mewarnai pemerintahan Hindia Belanda setidaknya di Sulawesi Selatan, bahkan hingga berakhirnya Negara Indonesia Timur di tahun 1949. Inilah kontradiksi antara keinginan untuk terbentuknya sebuah sistem administrasi yang modern dan impersonal yang berbenturan dengan realitas lapangan yang masih kental diwarnai sistem kekuasaan yang bersifat tradisional dan sangat personal. Di Kota Makassar, kontradiksi ini muncul ke permukaan dengan lahirnya sebuah sistem pemerintahan kota bermuka dua. Di satu sisi, sistem pemerintahan ini didasarkan pada sistem "modern" yang dilengkapi dengan adanya Dewan Kota yang menjadi perwakilan warga kota (maksudnya terutama warga kota berstatus hukum Eropa yang minoritas). Di sisi lain —atau bahkan sisi bawah, hampir di bawah permukaan yang tidak akan tampak dalam buku panduan untuk turis— ada sistem pemerintahan yang mengandalkan pada penguasa-penguasa lokal dan juga mata-mata untuk mengawasi mayoritas penduduk yang bumiputera (Edward Lambertus Poelinggomang, 1983).

Kalau di satu sisi pemerintahan "modern" yang diciptakan mengambil bentuk satu pemerintahan kota yang bekerja dengan sistem perwakilan yang (seharusnya) liberal dan demokratis, maka di sisi lain pemerintahan Kota Makassar didasarkan pada sistem pembagian wilayah di setiap wilayah terdapat seorang kepala yang dipilih berdasarkan pada sistem patron-klien tradisional. Sisi pemerintahan modern adalah wilayah bagi warga kota Eropa, sedang sisi pemerintahan tradisional digunakan untuk mengontrol warga kota lainnya yang bukan Eropa. Bersamaan dengan diperolehnya status *gemeente*, Kota Makassar dibagi pula menjadi enam distrik, masing-masing Makassar, Wajo, Melayu, Ende, Ujung Tanah, dan Mariso. Sejak tahun 1921, hanya empat distrik yang tersisa di kota ini dengan dihapuskannya distrik Melayu dan Ende. Setiap distrik dikepalai oleh seorang *kapitein* atau *kapitang*, kecuali Ujung Tanah dan Mariso yang dikepalai oleh seorang *gallarang* yang semuanya digaji. Untuk warga kota Cina masih ditunjuk satu *major*, sedang untuk kelompok Timur Asing lainnya juga ditunjuk satu *kapitein*. Di setiap distrik, terdapat kampung-kampung yang juga diketuai oleh seorang kepala kampung

(*matoa kampung* atau *kampung hoofd*) yang dipilih sendiri oleh para laki-laki dewasa di sana dari antara mereka sendiri.

Kepala kampung kemudian menjadi semacam jembatan yang menghubungkan antara kedua muka sistem pemerintahan kota. Memang benar bahwa kampung, seperti juga desa, adalah sebuah 'ciptaan' kolonial (Bremen, 1981 dan Edward Lambertus Poelinggomang, 1983). Ia adalah perkembangan dari sebuah permukiman yang bersifat "etnis" (artinya, dapat jadi penduduk satu kampung adalah migran dari daerah yang sama), namun kemudian mengambil bentuk teritorial (memiliki wilayah) yang kemudian diintegrasikan dalam sebuah struktur pembagian wilayah koloni. Kenyataan bahwa kepala kampung dipilih oleh dan dari kalangan para lelaki dewasa di permukiman tersebut memberikan ruang kemungkinan bagi terus dimainkannya elemen-elemen kekerabatan (baik kekerabatan sesungguhnya maupun buatan) dan karisma pribadi—keduanya adalah basis bagi sistem patron-klien tradisional— dalam pemilihan kepala kampung. Dengan kata lain, di bawah permukaan sistem pemerintahan Kota Makassar yang modern, dibentuk dan dipertahankan sistem kekuasaan lama dengan berbagai elemen tambahan baru yang campur aduk.

Kedua muka sistem pemerintahan Kota Makassar ini tidak diubah setelah pendudukan Jepang berakhir, meskipun dengan pemain yang berbeda. Pemerintahan Sipil Hindia Belanda (NICA) membentuk kembali pemerintahan kota. Di antara tahun 1945 hingga 1950, kecuali untuk beberapa bulan di tahun 1947, kota ini dipimpin oleh tiga orang Makassar sendiri, masing-masing Baso Daeng Malewa sebagai *Hoofd van Plaatselijk Bestuur* yang kemudian diganti oleh Abdurrajab Daeng Massiki. Selanjutnya, dari 1947 hingga 1950 Kota Makassar kembali memiliki walikota dan dipegang oleh Abdul Hamid Daeng Magassing. Melalui pemilihan, dibentuk pula Dewan Kota pada bulan Agustus 1947. Dewan ini beranggotakan 21 orang yang terdiri dari empat orang dari golongan Belanda, empat orang dari golongan Cina, dan sisanya dari golongan Indonesia—suatu komposisi yang hampir terbalik dengan komposisi di masa sebelum pendudukan Jepang. Meskipun demikian, dualisme sistem pemerintahan kota yang lama sulit dihapus karena tiga hal. *Pertama*, karena berbagai alasan, perubahan belum menyentuh sistem pemerintahan di kampung-kampung. *Kedua*, sejak tahun 1948, sejalan dengan politik NIT, daerah-daerah di Sulawesi Selatan, kecuali Kota Makassar, mendapat

satu sistem pemerintahan yang sedikit banyak meniru sistem pemerintahan tradisional dengan pengakuan atas kedudukan penguasa lama (sebagai "raja" atau istilah semacamnya) serta pembentukan Dewan Hadat di tiap daerah. "Perpanjangan hidup" sistem legitimasi tradisional di masa pascakemerdekaan ini secara tidak langsung seolah membenarkan sistem patron-klien tradisional yang begitu mewarnai kekuasaan di kampung-kampung di Kota Makassar dari masa sebelum 1942. *Ketiga*, dengan dibentuknya Negara Indonesia Timur (NIT) di tahun 1946 mulai berdatanganlah para politisi dari seluruh daerah ke Makassar yang menjadi ibukota NIT.

Seperti yang disimpulkan oleh Harvey, ditetapkannya Makassar menjadi ibukota NIT mengakibatkan dua hal lain. *Pertama* adalah dipertahankannya kekosmopolitan dan kemultietnisan kota dengan datangnya para politisi dari seluruh penjuru Indonesia bagian timur maupun politisi dan wartawan dari Negeri Belanda dan negara-negara lain. Sifat kosmopolitan dan multietnis yang tidak jauh berbeda dengan masa sebelum pendudukan Jepang ini seolah mempertajam perbedaan antara Kota Makassar dengan daerah pedesaan di Sulawesi Selatan yang umumnya jauh dari sifat kosmopolitan dan dihuni hanya oleh satu atau paling banyak dua kelompok etnis. *Kedua*, dalam persepsi para anggota laskar yang bergerak di pedesaan, Makassar menjadi simbol gerakan kolaborasi dengan Belanda. Kedua kondisi di atas membuat pengalaman "berjuang" di masa "revolusi" menjadi sangat berbeda bagi mereka yang bergerak di dalam atau di luar kota.

Dengan kata lain, berbagai dinamika yang terjadi di tahun 1940-an mengakibatkan dualisme di dalam kota bergeser menjadi dualisme antara Kota Makassar *vis-à-vis* daerah pedesaan. Makassar kemudian dianggap sebagai kotanya "boneka", sedang pedesaan adalah daerahnya "patriot" (Harvey, 1985). Yang menjadi "korban" dalam dikotomi sederhana semacam itu adalah mereka yang selama ini aktif dalam NIT dan dikenal sebagai republikan. Tempat, arena, dan cara berpolitik mereka membuat mereka tidak dapat jauh dari citra "boneka." Pertanyaannya sekarang adalah sejauh mana kekosmopolitan maupun kemultietnisan kemudian mendapat citra yang buruk pula? Apakah kemudian kekosmopolitan dan kemultietnisan harus berhadapan dengan kesukuan dan ke-"asli"-an? Sejauh mana kebanggaan akan, misalnya, ke-Bugis-an ataupun ke-Mandar-

an seseorang berpengaruh terhadap cita-citanya tentang Kota Makassar di masa depan?

Aspek Demografi

Sistem pemerintah kota yang bermuka dua tersebut berakhir bersamaan dengan berakhirnya riwayat NIT dan menciptakan satu periode transisi di sepanjang dekade 1950-an. Berakhirnya riwayat NIT tidak berarti berakhir pula masa sulit. Masuknya Kahar Muzakkar ke hutan di tahun 1950 menandakan dimulainya 'masa gerombolan' dan mengalirnya pengungsi ke Kota Makassar. Jika di tahun 1930 penduduk kota adalah sedikit di atas 84 ribu orang, maka di tahun 1961 penduduk kota sudah menjadi lebih dari 384 ribu (*Sensus Penduduk*, 1961). Ini berarti bahwa selama 30 tahun Makassar mendapat tambahan 300 ribu jiwa atau tumbuh dengan laju hampir 5 persen per tahun. Dengan kata lain, dalam rentang waktu tersebut, penduduk Kota Makassar berlipat hampir 5 kali. Dari data lain yang tersedia, dapat diperoleh satu kesimpulan awal (yang masih harus diuji) bahwa terdapat dua gelombang migrasi masuk ke Kota Makassar dari tahun 1945 hingga tahun 1970. Gelombang migran pertama masuk ke kota di antara tahun 1945 hingga 1950 dari pelbagai daerah di Indonesia timur, sedangkan gelombang migran kedua masuk ke kota dari tahun 1950 hingga akhir tahun 1960-an dan mereka umumnya berasal dari daerah di Sulawesi Selatan sendiri. Arus masuk migran gelombang pertama lebih merupakan refleksi pentingnya posisi sosial politik Kota Makassar di daerah Indonesia bagian timur. Para migran gelombang kedua masuk ke kota untuk menghindari ketidakamanan dan ketidakpastian di daerah pedesaan Sulawesi Selatan bersamaan dengan meluasnya operasi militer, baik oleh TNI maupun oleh 'gerombolan.' Migran gelombang kedua ini berjumlah lebih banyak dari migran gelombang pertama.

Hingga tahun 1950-an masyarakat Kota Makassar, terutama yang berada di tengah kota, masih merupakan masyarakat yang heterogen, berasal dari berbagai kelompok etnis. Dari hasil survei yang dilakukan H. T. Chabot di satu permukiman di tengah kota di tahun 1951-2, diketahui bahwa hanya 35 persen warga setempat lahir di Kota Makassar, 31 persen penduduk lahir di daerah Indonesia bagian timur (Minahasa, Ambon, dan seterusnya), sedangkan 18 persen lahir di luar Kota Makassar, tetapi masih di daerah Sulawesi Selatan. Hanya 6 persen dari keseluruhan warga

permukiman itu lahir di Jawa dan 0,5 persen kelahiran Cina. Dari survei yang sama, juga diketahui bahwa 34,5 persen dari seluruh penduduk (atau 52 persen dari mereka yang tidak dilahirkan di Makassar) baru datang ke Makassar paling lama 5 tahun sebelumnya¹. Hasil survei ini mengindikasikan setidaknya dua hal. *Pertama* adalah adanya arus migrasi yang mengalir cukup deras, terutama dari daerah lain di Indonesia bagian timur dan dalam skala yang lebih kecil, dari daerah lain di Sulawesi Selatan hingga tahun 1950 ke Kota Makassar. Dari data Chabot diketahui bahwa arus migrasi mengalir sejak awal abad ke-20, tetapi bertambah deras sejak tahun 1930 dan melonjak sejak tahun 1945. *Kedua* adalah apabila diasumsikan bahwa etnisitas mereka yang tidak dilahirkan di Makassar adalah sama dengan etnisitas mayoritas masyarakat di tempat kelahirannya tersebut (artinya, yang lahir di Manado diasumsikan sebagai etnis Minahasa, misalnya), terdapat adanya keberagaman etnis yang luar biasa di Makassar di tahun 1950, yaitu lebih dari sepertiga penduduk kota berasal dari daerah di Indonesia bagian timur. Belum lagi jika diperhitungkan adanya keberagaman masyarakat Makassar sebelum pendudukan Jepang. Meskipun tidak ada data yang setepat dan sedetil yang dimiliki oleh Chabot, dapat diperkirakan bahwa migran yang datang dari tahun 1950 hingga 1960-an memiliki karakter yang berbeda dengan migran sebelumnya. Perlu diingat bahwa tahun 1950-an adalah masa memuncaknya konflik militer di pedesaan Sulawesi Selatan.

Banyak daerah di luar kota yang mengalami pertumbuhan penduduk sangat rendah atau bahkan minus. Dari hasil survei yang dilakukan oleh peneliti Universitas Hasanuddin di tahun 1972, diketahui bahwa penduduk Makassar (termasuk anak dari migran gelombang pertama) yang lahir di kota ini tidak mencapai separuh dari total penduduk (tepatnya hanya 42,6 persen). Di masa itu lebih banyak penduduk kota yang lahir di daerah lain di Sulawesi Selatan, terutama di daerah yang berbahasa Bugis,

¹ H.T. Chabot, "Enkele Resultaten van Een Onderzoek onder Verschillende Bevolkingsgroepen in de Stad Makassar (Zuid Celebes, Indonesie) gehouden in de Jaren 1951-1952" KITLV HS coll. HD 1521. Data ini juga mengoreksi temuan dalam buku *Sejarah Sosial Daerah Sulawesi Selatan* (yang menggunakan data hasil wawancara. Lihat Bab II) yang beranggapan bahwa sebagian besar penduduk permukiman-permukiman di Makassar adalah orang Makassar. Anggapan ini dapat jadi muncul karena tidak adanya sikap kritis dan hati-hati atas hasil wawancara yang sering dibentuk oleh adanya *false memory* (ingatan salah).

daripada yang lahir di dalam kota. Hampir 30 persen penduduk kota lahir di daerah berbahasa Bugis, sedang 12,4 persen lahir di daerah berbahasa Makassar di luar kota. Mereka yang lahir di daerah yang berbahasa Toraja dan Mandar tidak mencapai 6 persen dari penduduk total kota. Demikian pula mereka yang lahir di Indonesia, tetapi di luar Sulawesi Selatan tidak mencapai 9 persen (M. Idrus Abustam, 1989).

Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa sebagian besar migran dari gelombang migrasi kedua berasal dari daerah yang berbahasa Bugis. Gelombang migrasi Bugis di tahun 1950-an ini sedemikian besarnya sehingga meningkatkan proporsi kelompok etnis Bugis terhadap keseluruhan penduduk Makassar. Apabila sampai tahun 1951, atau setelah gelombang migrasi pertama, tidak sampai 18 persen penduduk kota dilahirkan di daerah berbahasa Bugis, maka di tahun 1972, setelah gelombang migrasi kedua, hampir 30 persen penduduk kota lahir di daerah berbahasa Bugis. Bukan tidak mungkin bahwa di awal tahun 1970-an mereka yang menganggap diri sebagai orang Bugis, termasuk mereka yang lahir di kota Makassar, adalah generasi kedua atau ketiga migran dari daerah berbahasa Bugis, merupakan mayoritas penduduk kota. Atau dengan kata lain, Kota Makassar tidak dapat lagi disebut kotanya orang (berbahasa) Makassar. Dari sudut ini saja dapat dianggap sangat tepat apabila nama Kota Makassar diganti dengan nama Ujung Pandang di tahun 1971. Mungkin tidak disadari pada saat itu bahwa nama baru ini dapat melepaskan konotasi etnis kota ini, sejalan dengan menurunnya proporsi penduduk berbahasa Makassar ataupun yang lahir di Makassar. Setelah itu, seorang yang berasal dari Majenne atau yang berdarah Madura atau Cina tanpa keraguan dapat menyebut dirinya "orang Ujung Pandang," satu hal yang tidak dapat dilakukan sebelumnya dengan sebutan "orang Makassar." Nama "Ujung Pandang" adalah simbol ke-"baru"-an masyarakat Kota Makassar yang sudah mulai terbentuk di awal abad ke-20.

Setelah Sensus Penduduk 1930, untuk pertama kali informasi tentang "suku bangsa" kelompok etnis ditanyakan lagi dalam Sensus Penduduk 2000. Secara nasional ditemukan 101 kelompok etnis yang mencakup 93,05 persen dari 201,092 juta penduduk Indonesia. Sisanya yang sekitar 6,95 persen atau 13,972 juta terdiri dari berbagai kelompok yang jumlahnya relatif sedikit. Etnis Makassar sekitar 0,94 persen dan jumlah ini lebih rendah bila dibandingkan dengan etnis Bugis, yaitu 2,49 persen, dari etnis yang ada di Indonesia. Dilihat menurut provinsi yang ada di Pulau

Sulawesi, etnis Makassar bukan merupakan jumlah yang cukup besar, kecuali di Provinsi Sulawesi Selatan. Di Provinsi Sulawesi Selatan, etnis yang cukup dominan adalah Bugis 41,90 persen, disusul dengan Makassar 25,43 persen dari 7,794 juta jiwa. Untuk Provinsi Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, dan Gorontalo, etnis Makassar tidak termasuk dari 15 etnis yang cukup besar jumlahnya. Akan tetapi, etnis Bugis di Provinsi Sulawesi Tengah menempati urutan ketiga, di Sulawesi Utara urutan kesepuluh, di Sulawesi Tenggara urutan kedua, dan Gorontalo menempati urutan kesembilan. Hasil Sensus Penduduk 2000 ini, sebetulnya dapat dirinci menurut kota dan kabupaten. Hasil Sensus Penduduk 2000 untuk Kota Makassar menunjukkan bahwa hanya 42,8 persen etnis Makassar yang tinggal di kota ini. Sisanya dihuni oleh etnis Bugis (32,3 persen), Toraja (5,9 persen), Jawa (4,9 persen), Mandar (1,5 persen), Luwu (0,4 persen), Duri (0,6 persen), Selayar (0,7 persen), serta etnis lainnya (10,8 persen).

Fasilitas kota yang dibangun untuk kapasitas tahun 1930-an jelas tidak lagi mampu menopang jumlah migran yang terus masuk dan menyebabkan peningkatan penduduk yang tajam. Kondisi ekonomi yang memburuk hingga akhir 1960-an dan kondisi politik nasional yang juga tidak menentu membuat keadaan semakin runyam. Dari hasil survei yang dilakukan oleh Institut Teknologi Bandung di tahun 1973 dapat diketahui bahwa daerah permukiman yang bangunannya "bermutu baik" hanya berada di tengah kota, sedang kondisi sebaliknya dapat ditemui di pinggiran kota, seperti di sekitar Panampu, Baraya, Kalukubodoa, Maccini, dan Barabaraya. Di daerah-daerah pinggiran inilah para migran umumnya tinggal, "membangun daerah-daerah permukiman miskin dan perumahan setengah liar yang luas di sekeliling bagian pinggiran kota yang ada, dan mengambil alih tanah apa saja yang mereka anggap tidak berpenghuni" (McTaggart *ibid.*, hal. 76, 96).

Aspek Politik

Sejak berakhirnya NIT, kendali atas Kota Makassar, setidaknya di atas kertas, berada pada para walikota yang merupakan, meminjam istilah yang digunakan oleh Harvey, "anak daerah." Kalau bubarnya NIT adalah momentum berakhirnya peranan politisi keturunan Belanda di Makassar, maka meletusnya Permesta menjadi katalis merosotnya peranan politisi

non-Sulawesi Selatan di kota ini. Deklarasi Perjuangan Semesta Alam (lebih populer diingat dengan singkatannya, Permesta, mungkin karena makna nama lengkapnya agak kabur) dideklarasikan di Makassar tanggal 2 Maret 1957 di kediaman Gubernur Sulawesi yang pada masa itu dijabat oleh Andi Pangeran Petta Rani. Lima puluh satu orang sipil dan militer hadir di sana. Di antara mereka yang hadir adalah M.Yusuf Amir, Saleh Lahade, Andi Mattalatta, H.N. Vince Sumual, S.H Ngantung, dan Bing Latumahina. Ny. Towoliu, ketua DPRDS Kota Makassar dari Partai Kedaulatan Rakjat (PKR), adalah satu-satunya wanita yang hadir. Sikap keras Markas Besar Angkatan Darat terhadap gerakan tersebut dan perbedaan persepsi di antara tokoh-tokoh Permesta sendiri menyebabkan perpecahan di dalam gerakan. Tanggal 5 Juni 1957, perpecahan tersebut membesar dan menjadi terbuka. Pada pertengahan Juni, Sumual memindahkan markas besar Permesta ke Kinilow di Minahasa dan membawa serta tokoh-tokoh Permesta, terutama yang berasal dari Minahasa. Perpecahan di dalam gerakan tersebut kemudian menjadi perpecahan "geografis", tokoh-tokoh politik Sulawesi Selatan memegang peranan penting berada di Makassar, sedangkan tokoh-tokoh lainnya (yang sebagian besar bukan orang Sulawesi Selatan) berada di Minahasa (Harvey 1989). Dapat dikatakan bahwa sejak akhir 1950-an Makassar berada sepenuhnya di tangan orang-orang Sulawesi Selatan yang sebagian besar adalah anggota militer.

Dari tahun 1952 hingga 1956, kedudukan walikota Makassar dipegang oleh Achmad Dara Sjahrudin dari partai Masjumi. Naiknya A.D. Sjahrudin ini tidak mengejutkan mengingat hasil pemilu lokal yang diselenggarakan pada tahun 1952 untuk mengisi keanggotaan DPRDS tingkat II Kota Makassar, Masjumi menduduki 7 dari 35 kursi atau 20 persen dari total. Setelah dipegang oleh M. Junus Daeng Mile dan Abd. Latief Dg. Massikki, kedudukan walikota dipegang oleh Aroepala sejak tahun 1960 hingga bulan Mei 1965. Sejak tahun 1965 hingga tahun 1994, kedudukan walikota selalu dipegang oleh perwira angkatan darat yang dimulai oleh Mayor M. Dg. Patompo, Letkol. Abustam, Kol. Janci Raib, dan Kol. Soewahjo. Hanya sekali orang yang bukan berasal dari Sulawesi Selatan menjabat posisi walikota Makassar, yaitu Soewahjo. Soewahjo juga merupakan perwira militer terakhir yang memegang jabatan tersebut karena ia sejak 1994, setelah ia menjabat, kembali dua orang Sulawesi Selatan yang juga adalah birokrat karier yaitu Malik B. Masry dan Amiruddin Maula, menjadi

walikota². Dominasi politik orang Sulawesi Selatan, baik atas Kota Makassar maupun atas Provinsi Sulawesi Selatan, tampaknya sejajar dengan terus masuknya migran lokal (dari Provinsi Sulawesi Selatan sendiri) ke Kota Makassar. Kondisi keamanan yang terus membaik di pedesaan ternyata tidak membuat penduduk daerah tersebut lebih betah untuk tinggal di tempat kelahirannya. Laju pertumbuhan penduduk Kota Makassar di masa Orde Baru berada jauh di atas laju pertumbuhan penduduk provinsi. Kalau Provinsi Sulawesi Selatan selalu mengalami laju pertumbuhan yang rendah, sebaliknya Kota Makassar mengalami laju pertumbuhan yang relatif tinggi pada periode yang sama. Laju pertumbuhan sebesar 5,52 persen dari tahun 1971 ke tahun 1980 (dengan memasukkan penduduk di kecamatan yang diserap oleh Kota Makassar) memang cukup dramatis, apalagi pertumbuhan penduduk provinsi hanya 1,74 persen. Di dekade berikutnya, laju pertumbuhan penduduk kota mencapai 2,9 persen atau lebih dari dua kali laju pertumbuhan penduduk provinsi. Meskipun laju pertumbuhan penduduk kota menurun di dekade 1990-an, angkanya masih lebih tinggi dari angka laju pertumbuhan penduduk Provinsi Sulawesi Selatan. Selain itu, dengan semakin membaiknya jalan raya antarkota dan melimpahnya angkutan penumpang (*pete-pete*) antara Kota Makassar dengan daerah-daerah di sekitarnya, semakin tinggi pula arus migrasi sirkuler dan ulang-alik.

Dapat disimpulkan bahwa gerakan penduduk keluar dari daerah pedesaan di Sulawesi Selatan dari 1945 hingga 1970 telah menciptakan momentum yang tidak berhenti meskipun kondisi yang mendorong gerakan tersebut sudah berubah. Dari penelitian M. Idrus Abustam (1989) di pertengahan tahun 1980-an, dapat dilihat bahwa dalam periode tersebut lebih banyak faktor penarik (*pull factors*) dari luar pedesaan yang menyebabkan berpindahnya penduduk keluar tempat kelahirannya. Satu hal yang jelas dari penelitiannya adalah bahwa bermigrasi membutuhkan modal. Oleh karenanya, mereka yang tergolong sangat miskin cenderung tidak akan bermigrasi. Sebaliknya, semakin baik ekonomi keluarga maupun ekonomi desa, semakin tinggi kecenderungan untuk bermigrasi. Memang

² Sebagai catatan, sejak Soediro diganti sebagai Gubernur Sulawesi di tahun 1954, tidak pernah lagi daerah Sulawesi Selatan dipimpin oleh gubernur yang tidak berasal dari daerah ini. Dan setelah Lanto Daeng Pasewang menjabat gubernur dari tahun 1954 hingga 1956, baru sekali jabatan tersebut dipegang oleh sipil, yaitu oleh Achmad Amiruddin (1983-93).

dari hasil penelitian di tahun 1995 (Thoman Pardosi *et.al.*, 1997) diketahui bahwa 42,8 persen migran yang masuk ke Kota Ujung Pandang karena alasan pendidikan, sedangkan 21,8 persen masuk karena alasan mengikuti suami/isteri/orang tua/anak. Hanya 11,5 persen masuk ke Ujung Pandang karena alasan untuk mencari pekerjaan. Hasil survei ini semakin menunjukkan bahwa sebenarnya Kota Ujung Pandang lebih menawarkan jasa pelayanan pendidikan daripada menawarkan kemungkinan pekerjaan.

Kota Sektor Informal

Ekonomi kota ini adalah ekonomi yang didasarkan pada sektor jasa yang sangat besar. Namun, apabila dalam teori ekonomi dikatakan bahwa sektor tersier (jasa) merupakan perkembangan dari ekonomi sekunder (manufaktur), maka tidak demikian dengan ekonomi kota ini. Ekonomi Kota Makassar tidak pernah merupakan ekonomi manufaktur, bahkan sejak sebelum pendudukan Jepang. Peranan Kota Makassar sebagai kota perdagangan dan pelabuhan transit jauh lebih penting daripada perannya sebagai daerah industri. Apabila dalam registrasi pemerintah atau catatan statistik ditemukan kategori "industri" maka, seperti kata seorang pengamat di tahun 1970-an, "aktivitas yang terdaftar sebagai 'industri' pada kenyataannya merupakan beberapa bentuk dari pelayanan kwasi-eceran, seperti reparasi mesin" (McTaggart 1976). Kaburnya garis pemisah antara industri dan jasa dapat jadi sebenarnya disebabkan oleh skala perusahaan yang cenderung kecil. Skala kecil berarti adanya fleksibilitas usaha di tengah ketidakpastian pasar. Perhitungan dari data dua puluh tahun kemudian menunjukkan kondisi yang belum banyak berubah. Rata-rata jumlah pekerja di tiap usaha yang digolongkan sebagai manufaktur di Kota Makassar di tahun 1996 hanyalah 6,1 orang dan lebih dari 75 persen perusahaan yang tergolong dalam sektor ini memiliki 5 orang pekerja atau kurang (Titus, 1999).

Oleh karenanya, urbanisasi ke Kota Makassar/ Ujung Pandang sejak tahun 1945 dapat menjadi satu contoh klasik proses "urbanisasi tanpa industrialisasi" atau proses meningkatnya pergerakan penduduk ke kota yang tidak disebabkan ataupun dibarengi dengan proses industrialisasi kota tersebut. Pertanyaannya kemudian adalah ke dalam sektor apa para migran tersebut dapat diserap? Jawabannya adalah sektor informal yang merupakan sektor "ajaib" yang dapat menyerap banyak pekerja dengan

margin keuntungan yang terus mengecil dan tingkat kompetisi yang terus meningkat. Sejak pertengahan tahun 1970-an, seorang pengamat Kota Ujung Pandang terkesima melihat besarnya sektor informal di kota dan terbagi-baginya sektor tersebut menjadi pedagang-pedagang kecil yang tersebar di setiap sudut kota. Di akhir tulisannya, ia memberikan dugaan yang pesimistis bahwa bila masih terjadi kelebihan (*oversupply*) tenaga kerja dan sektor informal ini masih menjadi “tempelan” sistem ekonomi regional secara keseluruhan serta menjadi tempat para buruh murah menyelamatkan diri dari kemungkinan pengangguran, maka kemiskinan akan menjadi karakteristik pekerja sektor informal ini (Forbes, 1979). Hampir 30 tahun kemudian, sektor informal terbukti masih menjadi penopang utama ekonomi Kota Makassar.

Satu hal yang perlu dicatat adalah bahwa sektor informal merupakan lahan subur untuk terus dipertahankannya relasi patron-klien tradisional. Dari sebuah penelitian mengenai pengemudi becak di Kota Makassar, misalnya, diketahui bahwa hubungan kekerabatan yang sudah ada sejak dari “kampung” sebelum bermigrasi ke kota menjadi modal utama untuk dapat masuk ke pangkalan-pangkalan becak tertentu. Pengamatan sekilas pada sektor perhubungan dalam kota (*pete-pete*) juga menunjukkan gejala yang sama. Asal daerah dan sistem kekerabatan adalah kunci-kunci penting untuk *exit-entry* sektor informal (Zainuddin Mari, 2002). Pengamatan terhadap dominannya sektor informal ini membuat pernyataan bahwa orang Cina di Ujung Pandang pada saat kerusuhan tahun 1997 “nyaris menguasai seluruh sendi perekonomian masyarakat Sulawesi Selatan, mulai dari toko kelontong, grosir atau eceran, sampai pada pengadaan-pengadaan barang di instansi-instansi pemerintah,” (Sukriansyah S. Latif dan Tomi Lebang, 1998) menjadi pernyataan yang menggelikan dan tidak jelas dasarnya —kalau bukan malah menyesatkan. Ekonomi Sulawesi Selatan yang terus-menerus didominasi oleh sektor pertanian —tepatnya sektor pertanian pangan— jelas tidak di dalam kekuasaan orang Cina. Sektor informal yang merupakan sektor eceran yang merajai ekonomi Kota Ujung Pandang di tahun 1997 juga terlalu besar, terlalu cair, dan terlalu terbagi-bagi jumlah pekerja dan *outlet*-nya untuk dapat dikuasai oleh satu kelompok etnis saja. Tampaknya kerusuhan lebih merupakan bagian dari upaya peneguhan kepribumian —apapun maknanya— kota dari masa kininya yang dianggap ‘kehilangan’ kepribumiannya tersebut.

Menuju Metropolitan Yang “Pribumi”?

Setidaknya sejak tahun 1950 telah terjadi perubahan struktur demografi dan politik di Kota Makassar. Proses migrasi dari daerah Sulawesi Selatan ke dalam kota menyebabkan semakin besarnya proporsi penduduk yang berbahasa Bugis, terutama migran baru, dan tentu saja semakin kecilnya proporsi penduduk kota yang berasal dari daerah provinsi lainnya. Proses ini dibarengi dengan adanya dinamika politik lokal yang membawa tokoh-tokoh Sulawesi Selatan kepada jabatan-jabatan politis di Kota Makassar maupun di Sulawesi Selatan. Posisi walikota dan gubernur hampir selalu dijabat oleh mereka yang lahir di Sulawesi Selatan. Sejak waktu itu pula, citra Kota Makassar bergeser dari kosmopolitan ke “provinsial” dengan penonjolan keetnisan yang kuat. Dominannya sektor informal yang sangat diwarnai unsur patron-klien tradisional membuat “citra” etnis kota ini memiliki juga dimensi sosial (dan mungkin ideologis). “Ideologi” patron-klien tradisional kemudian menjadi “ideologi” yang hegemonik di kota ini. Relasi sosial antarwarga kota, baik di dalam institusi resmi (seperti lembaga pemerintahan ataupun lembaga pendidikan) maupun institusi swasta (perusahaan, misalnya), sangat diwarnai oleh unsur-patron klien tradisional ini. Di awal abad ke-21 ini, ada dua arus kegelisahan yang berlawanan yang mewarnai renungan dan harapan atas nasib kota di masa kini dan di masa depan. Di satu sisi, sejalan dengan perubahan struktural, ada arus untuk meneguhkan citra “etnis” kota ini. Menurut para tokohnya, hal tersebut didasarkan pada klaim historis yang mengasumsikan adanya kontinuitas dari masa lalu ke masa kini. Klaim ini, setidaknya di permukaannya, berjalan berdampingan dengan pencarian “kepribumian” kota. Di puncak kerusuhan besar yang melanda Kota Ujung Pandang di tahun 1997, dapat kita lihat di pelbagai sudut kota tulisan di tembok (graffiti) yang berbunyi “Pribumi” atau “Milik Pribumi Maros” atau, kalau masih dianggap kurang meyakinkan, “Milik Pribumi Asli.” Kerusuhan tahun 1997, dan oleh sebagian kalangan diberikan pembenaran, dilihat sebagai direbutnya kembali kota dari —seharusnya— orang nonpribumi. Kerusuhan 1997 seolah merayakan “kepribumian” Kota Makassar.

Siapakah yang dimaksud dengan “pribumi” di Makassar? Orang kelahiran Kota Makassar yang selalu minoritas? Para migran dari daerah berbahasa Bugis? Orang Cina dan Melayu yang sudah di kota ini sekurangnya sejak abad ke-18? Di sisi lain, ada arus kegelisahan yang

tidak kalah kuatnya untuk menciptakan Kota Makassar yang internasional, metropolitan, dan modern di tengah dunia yang makin kecil ini³. Kekhawatiran atas tidak adanya penerbangan “internasional” di bandar udara Hasanuddin yang sudah terlanjur dianggap “internasional” (lengkap dengan pos pemeriksaan imigrasi dan bea cukai) di tahun 2003 adalah satu bentuk kegelisahan ini⁴. Keinginan untuk menjadi metropolitan dan kosmopolitan mau tidak mau berarti pengakuan atas keberagaman dan ke-“nonpribumi”-an Kota Makassar. Ini berarti bahwa pengakuan terhadap peranan historis orang Cina, Melayu, Jawa, Indo, Timor, dan lainnya.

Yang lahir dari kontradiksi-kontradiksi ini semua adalah peristiwa-peristiwa ironis. Di tahun 1999, nama Makassar “kembali” menjadi nama kota ini. Namun Makassar di tahun 1999 ini bukanlah Makassar di tahun 1950 atau sebelumnya. Sudah terdapat kondisi struktural (demografis, politis, maupun ekonomis) yang menyebabkan kota ini lebih bercorak “Sulawesi Selatan” dan kurang “kosmopolitan” dibandingkan dengan Makassar di masa lalu. Seperti juga pembangunan gerbang “Chinatown” di Jalan Jampea di tahun 2003, tujuh tahun setelah kerusuhan besar yang berusaha untuk menghapuskan jejak-jejak ke-Cina-an. Gerbang, seperti juga nama, tampaknya adalah penanda (*signifier*) akan sesuatu yang sudah hilang.

Referensi

- Abustam, M. Idrus. 1989. *Gerak Penduduk, Pembangunan dan Perubahan Sosial: Kasus Tiga Komunitas Padi Sawah di Sulawesi Selatan*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia.
- Anonim. 1939. *Gids van Makassar en Zuid Celebes*. Makassar: Celebes Drukkerij.
- Anonim. 1954. *Pedoman Kota Besar Makassar*. Makassar: Tri Bakti.
- DPdK. 1984/1985. *Sejarah Sosial Daerah Sulawesi Selatan: Mobilitas Sosial di Kota Makassar 1900-1950*. Jakarta.

³ Satu ilustrasi sederhana: harian lokal yang populer, *Fajar*, menyebut lembar khususnya untuk berita kota sebagai “Metro” tentu dari kata “metropolitan”.

⁴ Bulan Maret 2003, SilkAir yang merupakan anak perusahaan Singapore Airlines mengumumkan akan menghentikan pelayanan penerbangan Singapura-Makassar yang adalah satu-satunya penerbangan internasional ke dan dari Makassar. Penghentian ini disambut dengan keresahan yang luar biasa di antara para pejabat daerah.

- Forbes, Dean. 1979. *The Pedlars of Ujung Pandang*. Victoria: Centre for Southeast Asian Studies, Monash University.
- Harvey, Barbara. 1989. *Pemberontakan Kahar Muzakkar: Dari Tradisi ke DI/ TII*. Jakarta: Pustaka Utama Grafiti.
- Harvey, Barbara S. 1985. "Sulawesi Selatan: Boneka dan Patriot," dalam Audrey R. Kahin, *Pergolakan di Daerah pada Awal Kemerdekaan*. Jakarta: Pustaka Utama Grafiti.
- Latif, Sukriansyah S. dan Tomi Lebang. 1998. *Amuk Makassar*. Jakarta: ISAI.
- McTaggart, W. Donald. 1976. "Kebijakan Pembangunan Kota di Indonesia: kasus Ujung Pandang, Sulawesi Selatan," *Masyarakat Indonesia*, 3(1): 71-104.
- Pardosi, Thoman, Togi Siahaan, Theodora Siagian dan Indra Susilo. 1997. *Profil Migran Masuk di Enam Kota Besar: Hasil Survei Urbanisasi 1995*. Jakarta: BPS.
- Poelinggomang, Edward Lambertus. 1983. *Perubahan Politik dan Hubungan Kekuasaan: Makassar 1906-1942*. Tesis Magister Universitas Indonesia, Jakarta.
- Pusat Penelitian dan Studi Kependudukan, Universitas Gadjah Mada. 1980. *Sensus Penduduk 1961: Penduduk Desa Sulawesi dan Maluku*. Yogyakarta: Kerja sama dengan BPS.
- Sumalyo, Yulianto. 2002. *Pola Perkembangan Kota dan Arsitektur Ujung Pandang*. Makassar: Jurusan Teknik Arsitektur, Universitas Hasanuddin.
- Titus, M. J. 1999. "Determinants and Trends of Urban Development in Ujung Pandang, Indonesia," *Geographical Studies of Development and Resource Use*, (3).

DAFTAR PENULIS

Ambar Widaningrum, Dra. M.A. adalah staf pengajar di jurusan Administrasi Negara, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, UGM. Mendapatkan gelar Master of Arts dari Mahidol University tahun 1997 di bidang *Health Social Sciences*. Saat ini, ia sedang menyelesaikan program doktor di bidang Administrasi Publik, Universitas Gadjah Mada.

Dias Pradadimara, Drs., M.A. adalah staf pengajar pada Jurusan Sejarah, Universitas Hasanuddin, Makassar dan staf peneliti pada Pusat Kajian Indonesia Timur Universitas Hasanuddin. Ia menyelesaikan dua program master, yaitu program Southeast Asian Studies di Ohio University, Athens, pada 1993 dan program Southeast Asian History di University of Michigan, Ann Arbor, tahun 1996. Selain melakukan beberapa kajian tentang sejarah, ia juga menulis beberapa artikel tentang demografi dan perubahan sosial.

Priyono Tjiptoherijanto, Prof., Dr. adalah guru besar tetap pada Fakultas Ekonomi, Universitas Indonesia. Ia pernah menjabat sebagai kepala BKN (Badan Kepegawaian Negara) dan saat ini menjabat sebagai sekretaris Wakil Presiden R.I. Doktor di bidang ekonomi lulusan University of Hawaii ini, selain banyak menulis artikel tentang ekonomi, juga banyak menulis tentang masalah kependudukan dan kebijakan.

Tukiran, Drs., M.A. adalah staf pengajar Fakultas Geografi, Universitas Gadjah Mada. Ia menyelesaikan program master dari The Australian National University dengan spesialisasi demografi teknis. Di samping aktif menulis hasil analisis data BPS, seperti Sensus Penduduk, Susenas, Sakernas, Supas, dan SDKI, ia juga melakukan penelitian bidang migrasi, ketenagakerjaan, dan kemiskinan.

Ulah Tri Wibowo, M.Si. adalah staf Direktorat Diseminasi Statistik pada Badan Pusat Statistik, Jakarta. Menyelesaikan pendidikan PascaSarjana pada program studi Kependudukan, Universitas Gadjah Mada. Pemerhati masalah kependudukan khususnya di bidang ketenagakerjaan, kemiskinan, dan kesejahteraan dengan fokus pendekatan makro dari data sekunder.