



REPUBLIK INDONESIA

LAPORAN PENCAPAIAN TUJUAN PEMBANGUNAN MILENIUM INDONESIA 2010



LAPORAN PENCAPAIAN TUJUAN PEMBANGUNAN MILENIUM DI INDONESIA 2010

©2010 Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional /
Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS)

ISBN 978 - 979 - 3764 - 64 - 1



Diterbitkan Oleh:

Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional /
Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS)

Tim Penyusun:

Penanggung jawab: Prof. Dr. Armida S. Alisjahbana, SE, MA
Ketua Tim Pengarah: Dr. Ir. Lukita Dinarsyah Tuwo, MA
Sekretaris: Dra. Nina Sardjunani, MA
Anggota: Dr. Ir. RR. Endah Murniningtyas, MSc; Dr. Ir. Taufik Hanafi, MUP; Dr. Ir. Subandi, MSc;
Dr. Drs. Arum Atmawikarta, SKM, MPH; Dr. Ir. Edi Effendi Tedjakusuma, MA;
Dra. Tuti Riyati, MA; Ir. Budi Hidayat, M.Eng.Sc; Ir. Wahyuningsih Darajati, MSc;
Dra. Rahma Iryanati, MT; Dadang Rizki Ratman, SH, MPA
Mitra Pendukung: Australian Agency for International Development (AusAID)
United Nations Development Programme (UNDP)

LAPORAN PENCAPAIAN TUJUAN PEMBANGUNAN MILENIUM DI INDONESIA 2010



Diterbitkan oleh:

Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional /
Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS)

Kata Pengantar

Deklarasi Milenium yang merupakan kesepakatan para Kepala Negara dan perwakilan dari 189 negara dalam sidang Persatuan Bangsa-Bangsa di New York pada bulan September 2000 menegaskan kepedulian utama masyarakat dunia untuk bersinergi dalam mencapai Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals-MDGs*) pada tahun 2015. Tujuan MDGs menempatkan manusia sebagai fokus utama pembangunan yang mencakup semua komponen kegiatan yang tujuan akhirnya ialah kesejahteraan masyarakat.

Pemerintah Indonesia telah mengarusutamakan MDGs dalam pembangunan sejak tahap perencanaan dan penganggaran sampai pelaksanaannya sebagaimana dinyatakan dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang 2005-2025, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2004-2009 dan 2010-2014, serta Rencana Kerja Tahunan berikut dokumen anggarannya. Berlandaskan strategi *pro-growth*, *pro-job*, *pro-poor*, dan *pro-environment*, alokasi dana dalam anggaran pusat dan daerah untuk mendukung pencapaian berbagai sasaran MDGs terus meningkat setiap tahunnya. Kemitraan produktif dengan masyarakat madani dan sektor swasta berkontribusi terhadap percepatan pencapaian MDGs.

Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010 merupakan laporan keenam yang bersifat nasional. Laporan pertama diterbitkan tahun 2004, dan selanjutnya diterbitkan pada tahun 2005, 2007, 2008, dan 2009. Penerbitan Laporan Tahun 2010 ini bertujuan untuk memberikan informasi mengenai kemajuan yang telah dicapai Indonesia, serta menunjukkan komitmen bangsa Indonesia dalam mewujudkan cita-cita Deklarasi Milenium Perserikatan Bangsa-Bangsa tahun 2000 yang lalu.

Laporan ini secara rinci menguraikan pencapaian sasaran pembangunan, sesuai dengan indikator MDGs sampai dengan posisi tahun 2010. Berdasarkan capaian tersebut, laporan ini menguraikan secara sekilas tantangan yang dihadapi serta upaya-upaya yang diperlukan untuk mencapai berbagai sasaran MDGs, sehingga dapat digunakan sebagai dasar dalam menyusun kegiatan yang diperlukan agar sasaran MDGs pada tahun 2015 dapat tercapai.

Berbagai keberhasilan yang telah dicapai adalah wujud dari komitmen dan kerja keras pemerintah dan segenap komponen masyarakat untuk menuju Indonesia yang lebih sejahtera. Pencapaian ini merupakan kontribusi Indonesia dalam pembangunan global menuju terwujudnya masyarakat dunia yang lebih sejahtera dan berkeadilan.

Sebagai penutup, saya juga menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penulisan dan penerbitan **Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010** ini. Semoga laporan ini menjadi kontribusi berharga bangsa Indonesia dalam mewujudkan cita-cita pembangunan manusia yang lebih baik dan masyarakat yang lebih sejahtera di masa yang akan datang.



Prof. Dr. Armida S. Alisjahbana, SE, MA
Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/
Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS)

Ucapan Terima Kasih

Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010 disusun oleh Tim yang terdiri dari Tim Pengarah dan Tim Teknis/Kelompok Kerja yang bertanggung jawab kepada Menteri Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala BAPPENAS. Kepada seluruh anggota Tim Penyusun disampaikan penghargaan dan ucapan terimakasih setinggi tingginya atas kerja keras dan kontribusinya sehingga Laporan Pencapaian MDGs ini dapat tersusun dengan baik.

Penghargaan dan ucapan terima kasih secara khusus disampaikan kepada:

- Prof. Dr. Nila Moeloek, utusan khusus Presiden untuk MDGs, atas bimbingan dalam proses penyusunan dokumen ini.
- Dr. Ir. Lukita Dinarsyah Tuwo, MA. dan Dra. Nina Sardjunani, MA. yang telah mengkoordinasikan penyusunan dan sekaligus melakukan *quality assurance* atas substansi Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) Indonesia Tahun 2010 ini.
- Dr. Ir. Rr. Endah Murniningtyas, MSc; Dr. Ir. Taufik Hanafi MUP; Dr. Ir. Subandi, MSc; Dr. Arum Atmawikarta, SKM, MPH; Dr. Ir. Edi Effendi Tedjakusuma, MA; Dra. Tuti Riyati, MA; Ir. Wahyuningsih Darajati, MSc; Dra. Rahma Iryanti, MT; Dr. Rd. Siliwanti, MPA; Dadang Rizki Ratman, SH, MPA; Ir. Budi Hidayat, M.Eng.Sc; Ir. Basah Hernowo, MA; Ir. Montty Girianna, MSc, MCP, Ph.D; Dr. Ir. Sri Yanti, MPM; Ir. Wismana Adi Suryabrata, MIA; Ir. Yahya Rahmana Hidayat, MSc; Woro Srihastuti Sulistyaningrum, ST, MIDS; Mahatmi Parwitasari Saronto, ST, MSIE; Ir. Yosi Diani Tresna, MPM; Dr. Ir. Arif Haryana, MSc; Randy R. Wrihatnolo, MADM; Emmy Soeparmijatun, SH, MPM; Drs. Mohammad Sjuhdi Rasjid; Dr. Sanjoyo, M.Ec; Fithriyah, SE, MPA, Ph.D; Benny Azwir, ST, MM; Imam Subekti, MPS, MPH; Sularsono, SP, ME; Dr. Hadiat, MA; Tri Dewi Virgiyanti, ST, MEM; Dr. Nur Hygiawati Rahayu, ST, MSc; Ir. Tommy Hermawan, MA; Ir. Nugroho Tri Utomo, MRP; Riza Hamzah, SE, MA; Erwin Dimas, SE, DEA, Msi; Maliki, ST, MSIE, Ph.D; S. Happy Hardjo, M.Ec; Drs. Wynandin Imawan, M.Sc, dan Dr. Wendy Hartanto, MA yang telah memberikan kontribusi dalam penyediaan data, informasi dan penyiapan naskah.
- Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada mitra pembangunan dari *Australian Agency for International Development (AusAID)* dan *United Nations Development Programme (UNDP)* yang telah membantu penyusunan Laporan Pencapaian MDGs ini, terutama kepada Alan S. Prouty, MSc; Prof. Dr. Ir. H. Hidayat Syarief MS; Dr. Soekarno; Dr. Ivan Hadar; dr. Rooswanti Soeharno, MARS dan Saptia Novadiana, serta kepada semua pihak yang telah membantu yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Semoga Laporan Pencapaian MDGs ini dapat digunakan oleh semua pihak yang berkepentingan baik di lingkungan pemerintahan maupun para pemangku kepentingan (*stakeholders*) lainnya dalam upaya mempercepat pencapaian sasaran-sasaran MDGs pada tahun 2015.

Jakarta, Agustus 2010
Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/
Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS)

Prof. Dr. Armida S. Alisjahbana, SE, MA

Daftar Isi

Kata Pengantar	iii
Ucapan Terima Kasih	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	viii
Daftar Tabel	x
Daftar Kotak	x
Daftar Singkatan	xi
Pendahuluan	1
Ringkasan Status Pencapaian MDGS di Indonesia	5
Tinjauan Status Pencapaian MDGS di Indonesia	9
TUJUAN 1: MENANGGULANGI KEMISKINAN DAN KELAPARAN	15
Target 1A: Menurunkan Hingga Setengahnya Proporsi Penduduk Dengan Tingkat Pendapatan Kurang Dari USD 1,00 (PPP) per Hari dalam Kurun Waktu 1990 - 2015	17
Target 1B: Menciptakan Kesempatan Kerja Penuh Dan Produktif dan Pekerjaan yang Layak untuk Semua, Termasuk Perempuan dan Kaum Muda	23
Target 1C: Menurunkan Hingga Setengahnya Proporsi Penduduk Yang Menderita Kelaparan dalam Kurun Waktu 1990-2015	29
TUJUAN 2: MENCAPAI PENDIDIKAN DASAR UNTUK SEMUA	35
Target 2A : Menjamin pada Tahun 2015 Semua Anak Laki-Laki Maupun Perempuan Dimanapun Dapat Menyelesaikan Pendidikan Dasar	37
TUJUAN 3: MENDORONG KESETARAAN GENDER DAN PEMBERDAYAAN PEREMPUAN	47
Target 3A: Menghilangkan Ketimpangan Gender di Tingkat Pendidikan Dasar dan Lanjutan pada Tahun 2005, dan di Semua Jenjang Pendidikan Tidak Lebih dari Tahun 2015	49
TUJUAN 4: MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN ANAK	55
Target 4A: Menurunkan Angka Kematian Balita (Akba) Hingga Dua-Pertiga dalam Kurun Waktu 1990-2015	57
TUJUAN 5: MENINGKATKAN KESEHATAN IBU	63
Target 5A: Menurunkan Angka Kematian Ibu Hingga Tiga-Perempat dalam Kurun Waktu 1990 – 2015	65
Target 5B: Mewujudkan Akses Kesehatan Reproduksi Bagi Semua pada Tahun 2015	65
TUJUAN 6: MEMERANGI HIV/AIDS, MALARIA DAN PENYAKIT MENULAR LAINNYA	75
Target 6A: Mengendalikan Penyebaran dan Mulai Menurunkan Jumlah Kasus Baru HIV/AIDS Hingga Tahun 2015	77

Target 6B: Mewujudkan Akses Terhadap Pengobatan HIV/AIDS Bagi Semua yang Membutuhkan Sampai dengan Tahun 2010	77
Target 6C: Mengendalikan Penyebaran dan Mulai Menurunkan Jumlah Kasus Baru Malaria dan Penyakit Utama Lainnya Hingga Tahun 2015	84
Target 6C: Mengendalikan Penyebaran dan Mulai Menurunkan Jumlah Kasus Baru Malaria dan Penyakit Utama Lainnya Hingga Tahun 2015 (Tuberkulosis)	88
TUJUAN 7: MEMASTIKAN KELESTARIAN LINGKUNGAN HIDUP.....	93
Target 7A: Memadukan Prinsip-Prinsip Pembangunan Berkelanjutan dengan Kebijakan dan Program Nasional Serta Mengembalikan Sumberdaya Lingkungan yang Hilang	95
Target 7B: Mengurangi Laju Kehilangan Keanekaragaman Hayati, dan Mencapai Pengurangan Laju Kehilangan yang Signifikan pada 2015.....	103
Target 7C: Menurunkan Sebesar Separuh, Proporsi Penduduk Tanpa Akses Terhadap Air Minum Yang Aman dan Berkelanjutan Layak Serta Sanitasi Dasar pada 2015	107
Target 7D: Mencapai Peningkatan yang Signifikan dalam Kehidupan Penduduk Miskin di Permukiman Kumuh pada Tahun 2020	113
TUJUAN 8: MEMBANGUN KEMITRAAN GLOBAL UNTUK PEMBANGUNAN	117
Target 8A: Mengembangkan Sistem Keuangan dan Perdagangan yang Terbuka, Berbasis Peraturan, Dapat Diprediksi, dan Tidak Diskriminatif	119
Target 8D: Menangani Utang Negara Berkembang Melalui Upaya Nasional maupun Internasional untuk Dapat Mengelola Utang dalam Jangka Panjang.....	124
Target 8F: Bekerjasama dengan Swasta dalam Memanfaatkan Teknologi Baru, Terutama Teknologi Informasi dan Komunikasi	127

Daftar Gambar

Gambar 1.1.	Kemajuan dalam mengurangi kemiskinan ekstrem (USD 1,0/kapita/hari) dibandingkan dengan target MDG	18
Gambar 1.2.	Tren jangka panjang dalam penanggulangan kemiskinan di Indonesia, diukur dengan menggunakan indikator Garis Kemiskinan Nasional dan target tahun 2015	19
Gambar 1.3.	Persentase penduduk di bawah garis kemiskinan nasional, menurut provinsi, tahun 2010.....	20
Gambar 1.4.	Tingkat pertumbuhan produktivitas pekerja (persen), 1990, 1993, 1996, 1999, 2000-2009.....	24
Gambar 1.5.	Rasio kesempatan kerja terhadap penduduk usia kerja, 1990-2009	24
Gambar 1.6.	Rasio kesempatan kerja terhadap penduduk usia kerja menurut provinsi, tahun 1990, 1999 dan 2010	25
Gambar 1.7.	Tingkat partisipasi angkatan kerja (persen) menurut wilayah, tahun 1990, 1999 dan 2010.....	26
Gambar 1.8.	Pekerja menurut tingkat pendidikan yang ditamatkan dan wilayah, tahun 1990, 1999 dan 2010.....	26
Gambar 1.9.	Proporsi pekerja rentan terhadap total jumlah pekerja, 1990-2010	27
Gambar 1.10.	BPS, Sakernas (diolah), 1990-2010	27
Gambar 1.11.	Target MDG dan perkembangan prevalensi kekurangan gizi pada balita, tahun 1989-2010.....	30

Gambar 1.12.	Prevalensi anak balita kekurangan gizi menurut provinsi, tahun 2007.....	30
Gambar 1.13.	Perkembangan asupan kalori rata-rata rumah tangga di perdesaan dan perkotaan, tahun 2002-2008	31
Gambar 1.14.	Kecenderungan skor PPH di perdesaan dan perkotaan, 2002-2007.....	33
Gambar 2.1.	Perkembangan APM dan APK Jenjang SD/MI dan SMP/MTs1992-2009.....	38
Gambar 2.2.	Tren Pendidikan Tertinggi yang Pernah Diikuti oleh Penduduk Usia 16-18 Tahun, 1995-2008.....	39
Gambar 2.3.	Angka Partisipasi Murni (APM) Jenjang SD/MI Menurut Provinsi, 2009	40
Gambar 2.4.	Perkembangan Angka Melek Huruf Penduduk Usia 15-24 Tahun, 1992-2009	40
Gambar 2.5.	Angka Melek Huruf Penduduk Usia 15-24 Tahun, 2009	41
Gambar 2.6.	Distribusi guru di perkotaan, perdesaan dan daerah terpencil di Indonesia, 2007/2008	43
Gambar 3.1.	Indeks Paritas Gender (IPG) Angka Partisipasi Murni SD/MI/Paket A dan SMP/MTs/ Paket B, Menurut Provinsi, Tahun 2009.....	50
Gambar 3.2.	Indeks Paritas Gender (IPG) Angka Partisipasi Murni SM/MA/Paket C, Menurut Provinsi, Tahun 2009.....	51
Gambar 4.1.	Kecenderungan dan Proyeksi Angka Kematian Anak Balita, Bayi dan Neonatal, tahun 1991-2015.....	57
Gambar 4.2.	Persentase anak usia 1 tahun yang diimunisasi campak, menurut provinsi, 2007	58
Gambar 5.1.	Tren nasional dan proyeksi Angka Kematian Ibu, Tahun 1991-2025	66
Gambar 5.2.	Persentase pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, menurut provinsi, tahun 2009	66
Gambar 5.3.	Pelayanan Antenatal K1 dan K4 di Indonesia, tahun 1991 – 2007.....	67
Gambar 5.4.	Tren CPR pada perempuan menikah usia 15-49 tahun, tahun 1991-2007	68
Gambar 5.5.	Contraceptive Prevalence Rate menurut cara, menurut provinsi, tahun 2007	68
Gambar 5.6.	Tren unmet need, tahun 1991-2007	69
Gambar 5.7.	Unmet need menurut tujuan penggunaan, menurut provinsi, tahun 2007	70
Gambar 5.8.	Age Specific Fertility Rate 15-19 tahun, menurut provinsi, tahun 2007	70
Gambar 6.1.	Kasus AIDS per 100.000 penduduk di Indonesia, tahun 1989-2009	78
Gambar 6.2.	Jumlah kasus AIDS di Indonesia, menurut provinsi, tahun 2009	78
Gambar 6.3.	Distribusi infeksi HIV/AIDS di Indonesia, menurut kelompok populasi, tahun 2009	79
Gambar 6.4.	Tren unmet need, tahun 1991-2007	80
Gambar 6.5.	Persentase pengetahuan yang benar dan komprehensif mengenai AIDS pada laki-laki dan perempuan usia 15-24 tahun, tahun 2007	80
Gambar 6.6.	Cakupan Pengobatan ART di Indonesia, 2006–2009	81
Gambar 6.7.	Annual Parasites Incidence (API) Malaria, di Indonesia 1990-2009.....	85
Gambar 6.8.	API Malaria Menurut Provinsi, tahun 2010	85
Gambar 6.9.	Angka penemuan kasus (CDR) dan angka keberhasilan pengobatan (SR) nasional untuk TB (%), tahun 1995-2009	89
Gambar 7.1.	Persentase tutupan hutan dari luas daratan di Indonesia dari tahun 1990 sampai 2008.....	97
Gambar 7.2.	Kawasan konservasi perairan Indonesia	98
Gambar 7.3.	Jumlah konsumsi BPO di Indonesia, tahun 1992-2008.....	99
Gambar 7.4.	Jumlah pemakaian berbagai jenis energi periode 1990-2008 (dalam juta SBM)	100
Gambar 7.5.	Produksi perikanan tangkap di Indonesia.....	100
Gambar 7.6.	(kiri) Sebaran Harimau Sumatera (<i>Panthera tigris sumatrae</i>).....	104
Gambar 7.7.	(kanan) Sebaran Orangutan Kalimantan (<i>Pongo pymaeus sp</i>).....	104
Gambar 7.8.	(kiri) Sebaran Badak Jawa (<i>Rhinoceros sondaicus sondaicus</i>)	104
Gambar 7.9.	(kanan) Sebaran Badak Sumatera (<i>Dicerorhinus sumatrensis sp</i>) di Leuser	104

Gambar 7.10	Jumlah jenis ikan tawar dan jenis ikan laut yang dilindungi dan terancam punah per tahun	105
Gambar 7.11.	Proporsi rumah tangga yang memiliki akses terhadap sumber air minum layak, tahun 1993-2009.....	108
Gambar 7.12.	Proporsi rumah tangga yang memiliki akses terhadap sumber air minum layak di perkotaan, perdesaan dan total, menurut provinsi, tahun 2009.....	108
Gambar 7.13.	Proporsi rumah tangga yang memiliki akses terhadap sanitasi yang layak di perdesaan, perkota-an dan Nasional, tahun 1993-2009	109
Gambar 7.14.	Proporsi rumah tangga yang memiliki akses terhadap sanitasi yang layak di perdesaan, perkotaan dan total perdesaan dan perkotaan, menurut provinsi, tahun 2009	109
Gambar 7.15.	Proporsi Rumah Tangga Kumuh Perkotaan per Provinsi Tahun 2009	114
Gambar 8.1.	Perkembangan impor, ekspor, pertumbuhan PDB dan rasio ekspor dan impor terhadap PDB sebagai indikator MDGs untuk keterbukaan ekonomi	120
Gambar 8.2.	Perkembangan pinjaman luar negeri terhadap PDB dan Debt Service Ratio pada periode 1996-2009	125

Daftar Tabel

Tabel 1.1.	Prevalensi Anak balita kekurangan gizi, menurut daerah kota-desa tahun 2007	31
Tabel 7.1.	Kawasan konservasi perairan (2009)	98
Tabel 8.1.	Urutan 10 negara yang menjadi tujuan utama ekspor nonmigas Indonesia dan 10 negara utama asal impor nonmigas Indonesia tahun 2009.....	120
Tabel 8.2	Indikator terpilih untuk kondisi Bank Umum di Indonesia, 2000 - 2009	121
Tabel 8.3.	Indikator terpilih untuk kondisi BPR di Indonesia, 2003 – 2009	121

Daftar Kotak

Kotak 1.1.	Di Kabupaten Sikka: Siapa Yang Pesta, Judi dan Malas Dianggap Tidak Miskin	20
Kotak 1.2.	Pencapaian Target Mdg 1C, Kabupaten Tabanan Provinsi Bali	32
Kotak 2.1.	Bernardus Tosi (Ketua Komite Sekolah SD-SMP Satap Nitneo, Kupang Barat, Provinsi NTT): “Anak-Anak Kita Tidak Harus Menderita Seperti Kami.”	42
Kotak 3.1.	Upaya Percepatan Penerapan Pengarusutamaan Gender (PUG) di Indonesia	52
Kotak 4.1.	Pencapaian Target MDG Penurunanangka Kematian Bayi di Kabupaten Bantul: Komitmen Pemerintah Daerah Kabupaten Sebagai Salah Satu Kunci Keberhasilan	59
Kotak 5.1.	Kemitraan Bidan dan Dukun Di Kabupaten Takalar, Provinsi Sulawesi Selatan.....	71
Kotak 5.2.	Pusat Informasi dan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja	73
Kotak 6.1.	Pengendalian HIV/AIDS di Kota Pontianak, Propinsi Kalimantan Barat.....	82
Kotak 6.2.	Upaya Eliminasi Malaria di Kota Sabang Propinsi Aceh	86
Kotak 6.2.	Pengendalian TB di Pulau Merak Kota Serang, Propinsi Banten	90
Kotak 7.1.	Kabupaten Wakatobi dan “Pendekar Lingkungannya”	102
Kotak 7.2.	Kisah Sukses Kabupaten Lumajang, Provinsi Jawa Timur dalam Mencapai Target MDGs	110
Kotak 8.1.	Jakarta Komitmen	126

Daftar Singkatan

A4DES	<i>Aid for Development Effectiveness</i>
ACSM	<i>Advocacy, Communication and Social Mobilization</i> (Advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial)
ACT	<i>Artemisinin-based combination therapy</i>
AEM	<i>Asian Epidemic Model</i>
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
AKB	Angka Kematian Bayi
AKBA	Angka Kematian Balita (Bawah Lima tahun)
AKI	Angka Kematian Ibu
AMI	<i>Annual Malaria Incidence</i>
ANC	<i>Antenatal Care</i>
APBD	Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
APBN	Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara
API	<i>Annual Parasite Incidence</i>
APK	Angka Partisipasi Kasar
APM	Angka Partisipasi Murni
APS	Angka Partisipasi Sekolah
ARG	Anggaran Responsif Gender
ART	<i>Antiretroviral Therapy</i> (terapi antiretrovirus)
ASEAN	<i>The Association of Southeast Asian Nations</i>
ASFR	<i>Age Specific Fertility Rate</i>
ASI	Air Susu Ibu
AusAid	<i>Australian Agency for International Development</i>
BAPI	<i>Biodiversity Action Plan of Indonesia</i>
BAPPENAS	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional/Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional
BAU	<i>Business as Usual</i>
BBLR	Bayi Berat Lahir Rendah
BCC	<i>Behavioral Change Communication</i> (Komunikasi Perubahan Perilaku)
BCG	<i>Bacillus Calmette-Guérin</i>
BOE	<i>Barrels of Oil Equivalent</i> (barrel dari setara minyak)
BOK	Bantuan Operasional Kesehatan
BOS	Bantuan Operasional Sekolah
BOSDA	Bantuan Operasi Sekolah Daerah
BPO	Bahan Perusak Ozon
BPR	Bank Perkreditan Rakyat
BPS	Badan Pusat Statistik
BSM	Beasiswa Siswa Miskin
CAR	<i>Capital Adequacy Ratio</i>
CDR	<i>Case Detection Rate</i> (Angka Penemuan Kasus)
CFCs	<i>Chlorofluorocarbons</i> (Klorofluorokarbon)
CLTS	<i>Community Led Total Sanitation</i>
CO ₂	Karbon Dioksida
CoBILD	<i>Community Based Initiatives for Housing and Local Development</i>
CPR	<i>Contraceptive Prevalence Rate</i> (Angka Pemakaian Kontrasepsi)
CSO	<i>Civil Society Organization</i>

CSR	<i>Corporate Social Responsibility</i>
CST	<i>Care Support and Treatment</i>
D4	Diploma 4 Tahun
DAK	Dana Alokasi Khusus
Dinkes	Dinas Kesehatan
DIY	Daerah Istimewa Yogyakarta
DNPI	Dewan Nasional Perubahan Iklim
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short Course</i>
DPD	Dewan Perwakilan Daerah
DPR	Dewan Perwakilan Rakyat
DPRD	Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
DPT3	Vaksin untuk ketiga penyakit: Difteria, Pertusis (batuk rejan), dan Tetanus
DSR	<i>Debt Service Ratio</i>
DTPK	Daerah Tertinggal, Terpencil, Perbatasan dan Kepulauan
EFA	<i>Education for All</i> (pendidikan untuk semua)
G-20	Forum 20 negara industri dan berkembang untuk membahas isu-isu ekonomi global
G-33	Koalisi negara berkembang yang mendukung fleksibilitas pembukaan pasar terbatas terkait masalah-masalah pertanian
GAP	<i>Gender Analysis Pathway</i>
GBS	<i>Gender Budget Statement</i>
Gebrak Malaria	Gerakan Berantas Malaria
Gerhan/RHL	Gerakan Nasional/Rehabilitasi Hutan dan Lahan
GPI	<i>Gender Parity Index</i> (Indeks Paritas Gender)
GRK	Gas Rumah Kaca
HCFC	<i>Hydrochlorofluorocarbon</i> (Hidroklorofluorokarbon)
HFC	<i>Hydrofluorocarbon</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HL	Hutan Lindung
IBSAP	<i>Indonesia Biodiversity Strategy and Action Plan</i>
ICCSR	<i>Indonesia Climate Change Sectoral Roadmap</i> (Peta Jalan Sektor Perubahan Iklim Indonesia)
IDU	<i>Injecting Drugs User</i>
IDUs	<i>Injecting Drug Users</i> (Pengguna Napza Suntik/Penasun)
IEC	<i>Information, Education and Communications</i> (informasi, pendidikan dan komunikasi)
IMS	Infeksi Menular Seksual
IPG	Indeks Paritas Gender (<i>Gender Parity Index/GPI</i>)
IRS	<i>Indoor Residual Spraying</i> (penyemprotan dengan efek residu)
ITN	<i>Insecticide-Treated Nets</i> (kelambu berinsektisida)
IUCN	<i>International Union for Conservation on Nature</i>
Jamkesmas	Jaminan Kesehatan Masyarakat
JML	Juru Malaria Lingkungan
JOTHI	Jaringan Orang Terinfeksi HIV
K/L	Kementerian/Lembaga
KADARZI	Keluarga Sadar Gizi
KB	Keluarga Berencana
KemDiknas	Kementerian Pendidikan Nasional
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KIP	Kampung Improvement Program
KPA	Kawasan Pelestarian Alam

KPAD	Komisi Penanggulangan AIDS Daerah
KPAN	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
KPS	Kemitraan Pemerintah Swasta
KPU	Komisi Pemilihan Umum
KSA	Kawasan Suaka Alam
KUR	Kredit Usaha Rakyat
LDR	<i>Loan to Deposit Ratio</i>
LJASS	Layanan Jarum dan Alat Suntik Steril
LJK	Lembaga Jasa Keuangan
LKM	Lembaga Keuangan Mikro
LMIC	<i>Lower Middle Income Country</i>
LPI	<i>Logistics Performance Index</i>
LPTK	Lembaga Pendidikan Tenaga Kependidikan
LSL	Laki-laki Sex dan Laki-laki
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
LULUCF	<i>Land Use, Land Use Change and Forestry</i>
MA	Madrasah Aliyah
MBS	Manajemen Berbasis Sekolah
MDGs	<i>Millennium Development Goals</i> (Tujuan Pembangunan Milenium)
MDR-TB	<i>Multidrug-Resistant TB</i> (TB yang resisten berbagai macam obat)
MI	Madrasah Ibtidaiyah
MMR	<i>Maternal Mortality Ratio</i> (Angka Kematian Ibu Melahirkan)
MoNE	<i>Ministry of National Education</i> (Kementerian Pendidikan Nasional)
MSS	<i>Minimum Service Standards</i> (Standar Pelayanan Minimum)
MSY	Maximum Sustainable yield
MTBS	Manajemen Terpadu Balita Sakit
MTBS	Manajemen Terpadu Balita Sakit
MTS	Madrasah Tsanawiyah
NIN	<i>National Identification Number</i> (Nomor Identifikasi Nasional)
NPL	<i>Non-Performing Loan</i> (tingkat kredit bermasalah)
NUSSP	<i>Neighborhood Upgrading and Shelter Sector Program</i>
OAT	Tuberkulosis/Obat Anti Tuberkulosis
ODF	<i>Open Defecation Free</i> (Bebas Buang Air Besar Sembarangan)
ODP	<i>Ozone Depleting Potential</i>
OECD	<i>Organization of Economic and Cooperation Development</i>
OMS	Organisasi Masyarakat Sipil
P3BM	Perencanaan, Penganggaran dan Pemantauan yang Berpihak pada Masyarakat Miskin
PAUD	Pendidikan Anak Usia Dini
PBB	Persatuan Bangsa Bangsa
PDB	Produk Domestik Bruto
PERDA	Peraturan Daerah
PHBS	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PKBG	Pendidikan Keluarga Berwawasan Gender
PKH	Program Keluarga Harapan
PMK	Peraturan Menteri Keuangan
PNC	<i>Postnatal Care</i> (Pelayanan Postnatal)
PNPM	Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat
PONED	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
PONEK	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif

POSYANDU	Pos Pelayanan Terpadu
PPH	Pola Pangan Harapan
PPP	<i>Public Private Partnership</i>
PPP	<i>Purchasing Power Parity</i> (paritas daya beli)
PPRG	Perencanaan Penganggaran Responsif Gender
PSTN	<i>Public Switched Telephone Network</i> (jaringan telpon tetap dengan kabel)
PT	Perguruan Tinggi
PUG	Pengarustamaan Gender
PUSKESMAS	Pusat Kesehatan Masyarakat
RAD MDG	Rencana Aksi Daerah dalam Mencapai Tujuan Pembangunan Millenium
RAD	Rencana Aksi Daerah
RAN PG	Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi
RASKIN	Beras Miskin
RBM	<i>Roll Back Malaria</i>
RISKESDAS	Riset Kesehatan Dasar
RIS-SPAM	Rencana Induk Sistem Penyediaan Air Minum
RKP	Rencana Kerja Program Tahunan
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RPJPN	Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional
S1	Sarjana Strata 1
SAKERNAS	Survei Angkatan Kerja Nasional
SATAP	Satu Atap
SBM	<i>School-Based Management</i> (Manajemen Berbasis Sekolah/MBS)
SD	Sekolah Dasar
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
SDM	Sumber Daya Manusia
SKPD	Satuan Kerja Perangkat Daerah
SM	Sekolah Menengah
SMA	Sekolah Menengah Atas
SMP	Sekolah Menengah Pertama
SPM	Standar Pelayanan Minimum
SR	<i>Success Rate</i>
SSK	Strategi Sanitasi Kota
STBM	Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
SUSENAS	Survei Sosial Ekonomi Nasional
TAC	<i>Total Allowable Catch</i>
TB	Tuberkulosis
TFR	<i>Total Fertility Rate</i>
TIK	Teknologi Informasi dan Komunikasi
TK	Taman Kanak-kanak
TOR	<i>Term of Reference</i>
TPAK	Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja
TPT	Tingkat Pengangguran Terbuka
UMKM	Usaha Mikro Kecil Menengah
UMR	Upah Minimum Regional
UNCBD	<i>United Nations Convention on Biological Diversity</i>
UNDP	<i>United Nations Development Programme</i>
UNFCCC	<i>United Nations Framework Convention on Climate Change</i>
UPP	<i>Urban Poverty Project</i>

UPS	Unit Pengelola Sarana
WBP	Warga Binaan Pemasyarakatan
WHO	<i>World Health Organization</i>
WOC	<i>World Ocean Conference</i>
WPS	Wanita Penjaja Sex
WTO	<i>World Trade Organization</i>
WWF	<i>World Wildlife Fund</i>

Pendahuluan

Komitmen Indonesia untuk mencapai MDGs mencerminkan komitmen Indonesia untuk meningkatkan kesejahteraan rakyatnya dan memberikan kontribusi kepada peningkatan kesejahteraan masyarakat dunia. Karena itu, MDGs merupakan acuan penting dalam penyusunan Dokumen Perencanaan Pembangunan Nasional. Pemerintah Indonesia telah mengarusutamakan MDGs dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN 2005-2025), Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN 2004-2009 dan 2010-2014), Rencana Kerja Program Tahunan (RKP), serta dokumen Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN).

Dalam lima tahun terakhir, di tengah kondisi negara yang belum sepenuhnya pulih dari krisis ekonomi tahun 1997/1998, Indonesia menghadapi tantangan global yang tidak ringan. Gejolak harga minyak dan harga pangan serta perubahan iklim global serta terjadinya krisis keuangan global 2007/2008 mewarnai dinamika pembangunan Indonesia. Tingkat pertumbuhan ekonomi menurun menjadi sekitar 4-5 persen, dibandingkan dengan pertumbuhan sebelum krisis yang sebesar 5-6 persen. Kenaikan harga pangan yang menjadi pengeluaran rumah tangga terbesar di kelompok masyarakat menengah bawah dan miskin semakin menimbulkan beban. Perubahan iklim yang ekstrem telah berdampak pada kegagalan pertanian dan kerusakan aset masyarakat serta terganggunya kesehatan masyarakat.

Dalam lingkungan global yang kurang menguntungkan tersebut Indonesia secara bertahap terus melakukan penataan dan pembangunan di segala bidang sebagai suatu wujud dari komitmen Indonesia untuk bersama-sama dengan masyarakat dunia mencapai Tujuan Pembangunan Milenium.

Capaian Sasaran MDGs

Sampai dengan tahun 2010 ini, Indonesia telah mencapai berbagai sasaran dari Tujuan Pembangunan Milenium yang dapat dikelompokkan ke dalam tiga kategori yaitu: (a) sasaran yang telah dicapai; (b) sasaran yang menunjukkan kemajuan signifikan dan diharapkan dapat tercapai pada tahun 2105 (*on-track*); dan (c) sasaran yang masih memerlukan upaya keras untuk pencapaiannya.

Sasaran dari Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) yang telah dicapai, mencakup:

- **MDG 1** - Proporsi penduduk yang hidup dengan pendapatan per kapita kurang dari USD 1 per hari telah menurun dari 20,6 persen pada tahun 1990 menjadi 5,9 persen pada tahun 2008.
- **MDG 3** - Kesetaraan gender dalam semua jenis dan jenjang pendidikan telah hampir tercapai yang ditunjukkan dengan rasio angka partisipasi murni (APM) perempuan terhadap laki-laki di SD/MI/Paket A dan SMP/MTs/Paket B berturut-turut sebesar 99,73 dan 101,99, dan rasio angka melek huruf perempuan terhadap laki-laki pada kelompok usia 15-24 tahun sebesar 99,85 pada tahun 2009.
- **MDG 6** - Prevalensi tuberkulosis menurun dari 443 kasus pada 1990 menjadi 244 kasus per 100.000 penduduk pada tahun 2009.

Sasaran dari Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) yang telah menunjukkan kemajuan signifikan dan diharapkan dapat tercapai pada tahun 2015 (*on-track*) adalah:

- **MDG 1** - Prevalensi balita kekurangan gizi telah berkurang hampir setengahnya, dari 31 persen pada tahun 1989 menjadi 18,4 persen pada tahun 2007. Target 2015 sebesar 15,5 persen diperkirakan akan tercapai.

- **MDG 2** - Angka partisipasi murni untuk pendidikan dasar mendekati 100 persen dan tingkat melek huruf penduduk melebihi 99,47 persen pada 2009.
- **MDG 3** - Rasio APM perempuan terhadap laki-laki di SM/MA/Paket C dan pendidikan tinggi pada tahun 2009 berturut-turut 96,16 dan 102,95. Dengan demikian maka target 2015 sebesar 100 diperkirakan akan tercapai.
- **MDG 4** - Angka kematian balita telah menurun dari 97 per 1.000 kelahiran pada tahun 1991 menjadi 44 per 1.000 kelahiran pada tahun 2007 dan diperkirakan target 32 per 1.000 kelahiran pada tahun 2015 dapat tercapai.
- **MDG 8** - Indonesia telah berhasil mengembangkan perdagangan serta sistem keuangan yang terbuka, berdasarkan aturan, bisa diprediksi dan non-diskriminatif – ditunjukkan dengan adanya kecenderungan positif dalam indikator yang berhubungan dengan perdagangan dan sistem perbankan nasional. Pada saat yang sama, kemajuan signifikan telah dicapai dalam mengurangi rasio pinjaman luar negeri terhadap PDB dari 24,6 persen pada 1996 menjadi 10,9 persen pada 2009. *Debt Service Ratio* juga telah berkurang dari 51 persen pada tahun 1996 menjadi 22 persen pada tahun 2009.

Sasaran dari Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) yang telah menunjukkan kecenderungan kemajuan yang baik namun masih memerlukan kerja keras untuk mencapai sasaran yang ditetapkan pada tahun 2015, mencakup:

- **MDG 1** - Indonesia telah menaikkan ukuran untuk target pengurangan kemiskinan dan akan memberikan perhatian khusus untuk mengurangi tingkat kemiskinan yang diukur terhadap garis kemiskinan nasional dari 13,33 persen (2010) menjadi 8-10 persen pada tahun 2014.
- **MDG 5** - Angka kematian ibu menurun dari 390 pada tahun 1991 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Diperlukan upaya keras untuk mencapai target pada tahun 2015 sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup.
- **MDG 6** - Jumlah penderita HIV/AIDS meningkat, khususnya di antara kelompok risiko tinggi pengguna narkoba suntik dan pekerja seks.
- **MDG 7** - Indonesia memiliki tingkat emisi gas rumah kaca yang tinggi, namun tetap berkomitmen untuk meningkatkan tutupan hutan, memberantas pembalakan liar dan mengimplementasikan kerangka kerja kebijakan untuk mengurangi emisi karbon dioksida paling sedikit 26 persen selama 20 tahun ke depan. Selain itu, saat ini hanya 47,73 persen rumah tangga yang memiliki akses berkelanjutan terhadap air minum layak dan 51,19 persen yang memiliki akses sanitasi yang layak. Diperlukan perhatian khusus, untuk mencapai target MDG pada tahun 2015.

Keberhasilan pembangunan Indonesia, telah menuai berbagai prestasi dan penghargaan dalam skala global. Kemajuan pembangunan ekonomi dalam lima tahun terakhir, telah mengurangi ketertinggalan Indonesia dari negara-negara maju. Negara-negara maju yang tergabung dalam OECD (*Organization of Economic and Cooperation Development*) mengakui dan memberikan apresiasi kemajuan pembangunan Indonesia. Oleh karena itu, Indonesia bersama Cina, India, Brazil, dan Afrika Selatan diundang untuk masuk dalam kelompok '*enhanced engagement countries*' atau negara yang makin ditingkatkan keterlibatannya dengan negara-negara maju. Indonesia sejak 2008 juga tergabung dalam kelompok Group-20 atau G-20, yaitu dua puluh negara yang menguasai 85 persen Pendapatan Domestik Bruto (PDB) dunia, yang memiliki peranan sangat penting dan menentukan dalam membentuk kebijakan ekonomi global.

Inisiatif dalam Melangkah ke Depan

Keberhasilan dalam pencapaian MDGs di Indonesia tergantung pada pencapaian tata pemerintahan yang baik, kemitraan yang produktif pada semua tingkat masyarakat dan penerapan pendekatan yang komprehensif untuk mencapai pertumbuhan yang pro-masyarakat miskin, meningkatkan pelayanan publik, memperbaiki koordinasi antar pemangku kepentingan, meningkatkan alokasi sumber daya, pendekatan desentralisasi untuk mengurangi disparitas serta memberdayakan masyarakat di seluruh wilayah Indonesia.

Dalam merancang pencapaian MDGs ke depan, jumlah, pertumbuhan dan persebaran penduduk akan menjadi salah satu pertimbangan penting. Percepatan pencapaian tujuan dan sasaran MDGs memerlukan penanganan masalah kependudukan secara komprehensif dan terpadu, mencakup perluasan akses pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, serta perlindungan bagi hak-hak reproduksi. Saat ini, jumlah penduduk Indonesia adalah 237,5 juta jiwa (hasil sementara Sensus Penduduk 2010, BPS), telah meningkat lebih dari dua kali lipat dibandingkan jumlahnya pada tahun 1971. Meski terjadi penurunan laju pertumbuhan penduduk dari 1,97 persen per tahun pada kurun waktu 1980-1990 menjadi 1,49 persen per tahun pada kurun waktu 1990-2000, dan menjadi 1,30 persen per tahun pada tahun 2005, namun diperkirakan jumlah penduduk Indonesia pada tahun 2015 akan mencapai sekitar 247,6 juta jiwa (Proyeksi Penduduk Indonesia 2005-2025). Dari jumlah tersebut, sekitar 60,2 persen berada di Pulau Jawa yang memiliki luas hanya 7 persen dari total luas Indonesia. Selain itu, tak kurang dari 80 persen industri terkonsentrasi di Pulau Jawa.

Pemerintah berkomitmen untuk memelihara lingkungan sosial-ekonomi dan budaya agar semua warga negara, organisasi masyarakat sipil dan sektor swasta dapat berpartisipasi secara produktif dalam pembangunan yang mensejahterakan seluruh rakyat Indonesia. Dalam upaya percepatan pencapaian MDGs, peran serta masyarakat, termasuk organisasi masyarakat dan khususnya kelompok perempuan, telah memberikan kontribusi nyata terutama di bidang pendidikan, kesehatan, akses air bersih, dan lingkungan hidup. Ke depan, gerakan masyarakat yang mengakar di akar rumput tersebut akan terus diperhatikan untuk mempercepat pencapaian MDGs dan meningkatnya kesejahteraan secara berkelanjutan.

Langkah-langkah untuk mempercepat pencapaian MDGs selama lima tahun ke depan sebagaimana diamanatkan oleh Inpres Nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan, meliputi:

- Pemerintah menyusun Peta Jalan Percepatan Pencapaian MDGs yang akan digunakan sebagai acuan seluruh pemangku kepentingan melaksanakan percepatan pencapaian MDGs di seluruh Indonesia.
- Pemerintah provinsi menyiapkan “Rencana Aksi Daerah Percepatan Pencapaian MDGs” yang digunakan sebagai dasar bagi perencanaan, peningkatan koordinasi upaya-upaya untuk mengurangi kemiskinan dan meningkatkan kesejahteraan rakyat.
- Alokasi dana pemerintah pusat, provinsi dan kabupaten akan terus ditingkatkan untuk mendukung intensifikasi dan perluasan program-program pencapaian MDGs. Akan dirumuskan mekanisme pendanaan untuk memberikan insentif kepada pemerintah daerah yang berkinerja baik dalam pencapaian MDGs.
- Dukungan untuk perluasan pelayanan sosial di daerah tertinggal dan daerah terpencil akan ditingkatkan.
- Kemitraan Pemerintah dan Swasta (KPS atau *Public Private Partnership/PPP*) di sektor sosial, khususnya pendidikan dan kesehatan akan dikembangkan untuk meningkatkan sumber

pembiayaan dalam mendukung upaya pencapaian MDGs.

- Mekanisme untuk perluasan inisiatif CSR (*Corporate Social Responsibility*) akan diperkuat dalam rangka mendukung pencapaian MDGs.
- Meningkatkan kerjasama pembangunan terkait konversi utang (*debt swap*) untuk pencapaian MDGs dengan negara-negara kreditor.

Ringkasan Status Pencapaian MDGs di Indonesia

MDG 1: MENANGGULANGI KEMISKINAN DAN KELAPARAN



1 Indonesia telah berhasil menurunkan tingkat kemiskinan, sebagaimana diukur oleh indikator USD 1,00 per kapita per hari, menjadi setengahnya. Kemajuan juga telah dicapai dalam upaya untuk lebih menurunkan lagi tingkat kemiskinan, sebagaimana diukur oleh garis kemiskinan nasional dari tingkat saat ini sebesar 13,33 persen (2010) menuju targetnya sebesar 8 - 10 persen pada tahun 2014. Prevalensi kekurangan gizi pada balita telah menurun dari 31 persen pada tahun 1989 menjadi 18,4 persen pada tahun 2007, sehingga Indonesia diperkirakan dapat mencapai target MDG sebesar 15,5 persen pada tahun 2015. Prioritas kedepan untuk menurunkan kemiskinan dan kelaparan adalah dengan memperluas kesempatan kerja, meningkatkan infrastruktur pendukung, dan memperkuat sektor pertanian. Perhatian khusus perlu diberikan pada: (i) perluasan fasilitas kredit untuk usaha mikro, kecil, dan menengah (UMKM); (ii) pemberdayaan masyarakat miskin dengan meningkatkan akses dan penggunaan sumber daya untuk meningkatkan kesejahteraannya; (iii) peningkatan akses penduduk miskin terhadap pelayanan sosial dan (iv) perbaikan penyediaan proteksi sosial bagi kelompok termiskin di antara yang miskin.

MDG 2: MENCAPAI PENDIDIKAN DASAR UNTUK SEMUA



2 Upaya Indonesia untuk mencapai target MDG tentang pendidikan dasar dan melek huruf sudah menuju pada pencapaian target 2015 (on-track). Bahkan Indonesia menetapkan pendidikan dasar melebihi target MDGs dengan menambahkan sekolah menengah pertama sebagai sasaran pendidikan dasar universal. Pada tahun 2008/09 angka partisipasi kasar (APK) SD/MI termasuk Paket A telah mencapai 116,77 persen dan angka partisipasi murni (APM) sekitar 95,23 persen. Pada tingkat sekolah dasar (SD/MI) secara umum disparitas partisipasi pendidikan antarprovinsi semakin menyempit dengan APM di hampir semua provinsi telah mencapai lebih dari 90,0 persen. Tantangan utama dalam percepatan pencapaian sasaran MDG pendidikan adalah meningkatkan pemerataan akses secara adil bagi semua anak, baik laki-laki maupun perempuan, untuk mendapatkan pendidikan dasar yang berkualitas di semua daerah. Berbagai kebijakan dan program pemerintah untuk menjawab tantangan tersebut adalah: (i) perluasan akses yang merata pada pendidikan dasar khususnya bagi masyarakat miskin; (ii) peningkatan kualitas dan relevansi pendidikan; (iii) penguatan tatakelola dan akuntabilitas pelayanan pendidikan. Kebijakan alokasi dana pemerintah bagi sektor pendidikan minimal sebesar 20 persen dari jumlah anggaran nasional akan diteruskan untuk mengakselerasi pencapaian pendidikan dasar universal pada tahun 2015.

MDG 3: MENDORONG KESETARAAN GENDER DAN PEMBERDAYAAN PEREMPUAN



Berbagai kemajuan telah dicapai dalam upaya meningkatkan kesetaraan gender di semua jenjang dan jenis pendidikan. Rasio angka partisipasi murni (APM) perempuan terhadap laki-laki di sekolah dasar dan sekolah menengah pertama berturut-turut sebesar 99,73 dan 101,99 pada tahun 2009, dan rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki pada kelompok usia 15 sampai 24 tahun telah mencapai 99,85. Oleh sebab itu, Indonesia sudah secara efektif menuju (*on-track*) pencapaian kesetaraan gender yang terkait dengan pendidikan pada tahun 2015. Di bidang ketenagakerjaan, terlihat adanya peningkatan kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor nonpertanian. Di samping itu, proporsi kursi yang diduduki oleh perempuan di DPR pada Pemilu terakhir juga mengalami peningkatan, menjadi 17,9 persen. Prioritas ke depan dalam mewujudkan kesetaraan gender meliputi: (1) peningkatan kualitas hidup dan peran perempuan dalam pembangunan; (2) perlindungan perempuan terhadap berbagai tindak kekerasan; dan (3) peningkatan kapasitas kelembagaan PUG dan pemberdayaan perempuan.

MDG 4: MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN ANAK



Angka kematian bayi di Indonesia menunjukkan penurunan yang cukup signifikan dari 68 pada tahun 1991 menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007, sehingga target sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 diperkirakan dapat tercapai. Demikian pula dengan target kematian anak diperkirakan akan dapat tercapai. Namun demikian, masih terjadi disparitas regional pencapaian target, yang mencerminkan adanya perbedaan akses atas pelayanan kesehatan, terutama di daerah-daerah miskin dan terpencil. Prioritas kedepan adalah memperkuat sistem kesehatan dan meningkatkan akses pada pelayanan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin dan daerah terpencil.

MDG 5: MENINGKATKAN KESEHATAN IBU



Dari semua target MDGs, kinerja penurunan angka kematian ibu secara global masih rendah. Di Indonesia, angka kematian ibu melahirkan (MMR/*Maternal Mortality Rate*) menurun dari 390 pada tahun 1991 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Target pencapaian MDG pada tahun 2015 adalah sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup, sehingga diperlukan kerja keras untuk mencapai target tersebut. Walaupun pelayanan antenatal dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih cukup tinggi, beberapa faktor seperti risiko tinggi pada saat kehamilan dan abortus perlu mendapat perhatian. Upaya menurunkan angka kematian ibu didukung pula dengan meningkatkan angka pemakaian kontrasepsi dan menurunkan *unmet need* yang dilakukan melalui peningkatan akses dan kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi. Ke depan, upaya peningkatan kesehatan ibu diprioritaskan pada perluasan pelayanan kesehatan berkualitas, pelayanan obstetrik yang komprehensif, peningkatan pelayanan keluarga berencana dan penyebaran komunikasi, informasi dan edukasi kepada masyarakat.

MDG 6: MEMERANGI HIV/AIDS, MALARIA DAN PENYAKIT MENULAR LAIINYA



Tingkat prevalensi HIV/AIDS cenderung meningkat di Indonesia, terutama pada kelompok risiko tinggi, yaitu pengguna narkoba suntik dan pekerja seks. Jumlah kasus HIV/AIDS yang dilaporkan di Indonesia meningkat dua kali lipat antara tahun 2004 dan 2005. Angka kejadian malaria per 1.000 penduduk menurun dari 4,68 pada tahun 1990 menjadi 1,85 pada tahun 2009. Sementara itu, pengendalian penyakit Tuberkulosis yang meliputi penemuan kasus dan pengobatan telah mencapai target. Pendekatan untuk mengendalikan penyebaran penyakit ini terutama diarahkan pada upaya pencegahan dan pengarusutamaan ke dalam sistem pelayanan kesehatan nasional. Selain itu, pengendalian penyakit harus melibatkan semua pemangku kepentingan dan memperkuat kegiatan promosi kesehatan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat.

MDG 7: MEMASTIKAN KELESTARIAN LINGKUNGAN HIDUP



Tingkat emisi gas rumah kaca di Indonesia cukup tinggi, walaupun upaya peningkatan luas hutan, pemberantasan pembalakan hutan, dan komitmen untuk melaksanakan kerangka kebijakan penurunan emisi karbon dioksida dalam 20 tahun kedepan telah dilakukan. Proporsi rumah tangga dengan akses air minum layak meningkat dari 37,73 persen pada tahun 1993 menjadi 47,71 persen pada tahun 2009. Sementara itu, proporsi rumah tangga dengan akses sanitasi layak meningkat dari 24,81 persen (1993) menjadi 51,19 persen (2009). Upaya untuk mengakselerasi pencapaian target air minum dan sanitasi yang layak terus dilakukan melalui investasi penyediaan air minum dan sanitasi, terutama untuk melayani jumlah penduduk perkotaan yang terus meningkat. Untuk daerah pedesaan, penyediaan air minum dan sanitasi dilakukan melalui upaya pemberdayaan masyarakat agar memiliki tanggung jawab dalam pengelolaan infrastruktur dan pembangunan sarana. Di samping itu, perlu dilakukan upaya untuk memperjelas peran dan tanggung jawab pemerintah daerah dalam pengelolaan sumber daya air dan pengelolaan sistem air minum dan sanitasi yang layak. Proporsi rumah tangga kumuh perkotaan menurun dari 20,75 persen pada tahun 1993 menjadi 12,12 persen pada tahun 2009. Upaya untuk penurunan proporsi rumah tangga kumuh dilakukan melalui penanganan pemukiman kumuh.

MDG 8: MEMBANGUN KEMITRAAN GLOBAL UNTUK PEMBANGUNAN



Indonesia merupakan partisipan aktif dalam berbagai forum internasional dan mempunyai komitmen untuk terus mengembangkan kemitraan yang bermanfaat dengan berbagai organisasi multilateral, mitra bilateral dan sektor swasta untuk mencapai pola pertumbuhan ekonomi yang berdampak pada penurunan tingkat kemiskinan (*pro-poor*). Indonesia telah mendapat manfaat dari mitra pembangunan internasional. Untuk meningkatkan efektifitas kerjasama dan pengelolaan bantuan pembangunan di Indonesia, *Jakarta Commitment* telah ditandatangani bersama 26 mitra pembangunan pada tahun 2009. Bersamaan dengan ini, Indonesia telah berkomitmen untuk menurunkan pinjaman luar negeri pemerintah terhadap PDB. Hal ini ditunjukkan dengan menurunnya rasio pinjaman luar negeri pemerintah terhadap PDB dari 24,6 persen pada tahun 1996 menjadi 10,9 persen pada tahun 2009. Sementara itu, *Debt Service Ratio* Indonesia juga telah menurun dari 51 persen pada tahun 1996 menjadi 22 persen pada tahun 2009. Untuk meningkatkan akses komunikasi dan informasi, sektor swasta telah membuat investasi besar ke dalam teknologi informasi dan komunikasi, dan akses pada telepon genggam, jaringan PSTN, dan komunikasi internet telah meningkat sangat pesat selama lima tahun terakhir. Pada tahun 2009, sekitar 82,41 persen dari penduduk Indonesia mempunyai akses pada telepon seluler.

Tinjauan Status Pencapaian MDG di Indonesia

Status: ● Sudah tercapai ▲ Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDGs 2015	Status	Sumber	
TUJUAN 1. MENANGGULANGI KEMISKINAN DAN KELAPARAN						
<i>Target 1A: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari USD 1 (PPP) per hari dalam kurun waktu 1990-2015</i>						
1.1	Proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari USD 1,00 (PPP) per kapita per hari	20,60% (1990)	5,90% (2008)	10,30%	●	Bank Dunia dan BPS
1.2	Indeks Kedalaman Kemiskinan	2,70% (1990)	2,21% (2010)	Berkurang	▲	BPS, Susenas
<i>Target 1B: Mewujudkan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda</i>						
1.4	Laju pertumbuhan PDB per tenaga kerja	3,52% (1990)	2,24% (2009)	-		PDB Nasional dan BPS, Sakernas
1.5	Rasio kesempatan kerja terhadap penduduk usia 15 tahun ke atas	65% (1990)	62% (2009)	-		BPS, Sakernas
1.7	Proporsi tenaga kerja yang berusaha sendiri dan pekerja bebas keluarga terhadap total kesempatan kerja	71% (1990)	64% (2009)	Menurun	▲	
<i>Target 1C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990-2015</i>						
1.8	Prevalensi balita dengan berat badan rendah / kekurangan gizi	31,0% (1989)*	18,4% (2007)** 17,9% (2010)**	15,5%	▲	* BPS, Susenas ** Kemkes, Rischesdas 2007; 2010 (data sementara)
1.8a	Prevalensi balita gizi buruk	7,2% (1989)*	5,4% (2007)** 4,9% (2010)**	3,6%	▲	
1.8b	Prevalensi balita gizi kurang	23,8% (1989)*	13,0% (2007)** 13,0% (2010)**	11,9%	▲	
1.9	Proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum:				▼	
	- 1400 Kkal/kapita/hari	17,00% (1990)	14,47% (2009)	8,50%		
	- 2000 Kkal/kapita/hari	64,21% (1990)	61,86% (2009)	35,32%		
TUJUAN 2: MENCAPAI PENDIDIKAN DASAR UNTUK SEMUA						
<i>Target 2A: Menjamin pada 2015 semua anak-anak, laki-laki maupun perempuan di manapun dapat menyelesaikan pendidikan dasar</i>						
2.1	Angka Partisipasi Murni (APM) sekolah dasar	88,70% (1992)**	95,23% (2009)*	100,00%	▲	*Kemdiknas ** BPS, Susenas
2.2.	Proporsi murid kelas 1 yang berhasil menamatkan sekolah dasar	62,00% (1990)*	93,50% (2008)**	100,00%	▲	*Kemdiknas ** BPS, Susenas
2.3	Angka melek huruf penduduk usia 15-24 tahun, perempuan dan laki-laki	96,60% (1990)	99,47% (2009) Female: 99,40% Male: 99,55%	100,00%	▲	BPS, Susenas

Status: ● Sudah tercapai ▲ Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDGs 2015	Status	Sumber	
TUJUAN 3: MENDORONG KESETARAAN GENDER DAN PEMBERDAYAAN PEREMPUAN						
<i>Target 3A: Menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005, dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015</i>						
3.1	Rasio perempuan terhadap laki-laki di tingkat pendidikan dasar, menengah dan tinggi					
	- Rasio APM perempuan/laki-laki di SD	100,27 (1993)	99,73 (2009)	100,00	●	BPS, Susenas
	- Rasio APM perempuan/laki-laki di SMP	99,86 (1993)	101,99 (2009)	100,00	●	
	- Rasio APM perempuan/laki-laki di SMA	93,67 (1993)	96,16 (2009)	100,00	▲	
	- Rasio APM perempuan/laki-laki di Perguruan Tinggi	74,06 (1993)	102,95 (2009)	100,00	▲	
3.1a	Rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki pada kelompok usia 15-24 tahun	98,44 (1993)	99,85 (2009)	100,00	●	
3.2	Kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor nonpertanian	29,24% (1990)	33,45% (2009)	Meningkat	▲	BPS, Sakernas
3.3	Proporsi kursi yang diduduki perempuan di DPR	12,50% (1990)	17,90% (2009)	Meningkat	▲	KPU
TUJUAN 4: MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN ANAK						
<i>Target 4A: Menurunkan Angka Kematian Balita (AKBA) hingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990-2015</i>						
4.1	Angka Kematian Balita per 1000 kelahiran hidup	97 (1991)	44 (2007)	32	▲	BPS, SDKI 1991, 2007; * Kemkes, Riskesdas 2010 (data sementara)
4.2	Angka Kematian Bayi (AKB) per 1000 kelahiran hidup	68 (1991)	34 (2007)	23	▲	
4.2a	Angka Kematian Neonatal per 1000 kelahiran hidup	32 (1991)	19 (2007)	Menurun	▲	
4.3	Persentase anak usia 1 tahun yang diimunisasi campak	44,5% (1991)	67,0% (2007) 74,5% (2010)*	Meningkat	▲	
TUJUAN 5: MENINGKATKAN KESEHATAN IBU						
<i>Target 5A: Menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990-2015</i>						
5.1	Angka Kematian Ibu per 100,000 kelahiran hidup	390 (1991)	228 (2007)	102	▼	BPS, SDKI 1993, 2007
5.2	Proporsi kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan terlatih	40,70% (1992)	77,34% (2009)	Meningkat	▲	BPS, Susenas 1992-2009

Status: ● Sudah tercapai ▲ Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDGs 2015	Status	Sumber	
Target 5B: Mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015						
5.3	Angka pemakaian kontrasepsi /CPR bagi perempuan menikah usia 15-49, semua cara	49,7% (1991)	61,4% (2007)	Meningkat	▲	BPS, SDKI 1991, 2007
5.3a	Angka pemakaian kontrasepsi (CPR) pada perempuan menikah usia 15-49 tahun saat ini, cara modern	47,1% (1991)	57,4% (2007)	Meningkat	▼	
5.4	Angka kelahiran remaja (perempuan usia 15-19 tahun) per 1000 perempuan usia 15-19 tahun	67 (1991)	35 (2007)	Menurun	▲	
5.5	Cakupan pelayanan <i>Antenatal</i> (sedikitnya satu kali kunjungan dan empat kali kunjungan)					
	- 1 kunjungan:	75,0%	93,3%	Meningkat	▲	
	- 4 kunjungan:	56,0% (1991)	81,5% (2007)		▲	
5.6	<i>Unmet Need</i> (kebutuhan keluarga berencana/KB yang tidak terpenuhi)	12,70% (1991)	9,10% (2007)	Menurun	▼	
TUJUAN 6: MEMERANGI HIV/AIDS, MALARIA DAN PENYAKIT MENULAR LAINNYA						
Target 6A: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV/AIDS hingga tahun 2015						
6.1	Prevalensi HIV/AIDS (persen) dari total populasi	-	0,2% (2009)	Menurun	▼	Estimasi Kemkes 2006
6.2	Penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi terakhir	12,8% (2002/03)	Perempuan: 10,3% Laki-laki: 18,4% (2007)	Meningkat	▼ ▼	BPS, SKRRI 2002/2003 & 2007
6.3	Proporsi jumlah penduduk usia 15-24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS					
	- Menikah	-	Perempuan: 9,5% Laki-laki: 14,7% (2007) Perempuan: 11,9% Laki-laki: 15,4% (2010)*	Meningkat	▼	BPS, SDKI 2007; * Kemkes, Riskesdas 2010 (data sementara)
	- Belum Menikah	-	Perempuan: 2,6% Laki-laki: 1,4% (2007) Perempuan: 19,8% Laki-laki: 20,3% (2010)*	Meningkat	▼	BPS, SKRRI 2007; * Kemkes, Riskesdas 2010 (data sementara)
Target 6B: Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2010						
6.5	Proporsi penduduk terinfeksi HIV lanjut yang memiliki akses pada obat-obatan antiretroviral	-	38,4% (2009)	Meningkat	▼	Kemkes, 2010, per 30 November 2009

Status: ● Sudah tercapai ► Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDGs 2015	Status	Sumber	
Target 6C: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru Malaria dan penyakit utama lainnya hingga tahun 2015						
6.6	Angka kejadian dan tingkat kematian akibat Malaria					
66.a	Angka kejadian Malaria (per 1,000 penduduk):	4,68 (1990)	1,85 (2009) 2,4% (2010)*	Menurun	►	Kemkes 2009; Kemkes, Risksdas 2010 (data sementara)
	Angka kejadian Malaria di Jawa & Bali (API)	0,17 (1990)	0,16 (2008)	Menurun	►	API, Kemkes 2008
	Angka kejadian Malaria di luar Jawa & Bali (AMI)	24,10 (1990)	17,77 (2008)	Menurun	►	AMI, Kemkes 2008
6.7	Proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida	-	3,3% Desa: 4,5% Kota: 1,6% (2007) 7,7% (2007)* 16,0% (2010)**	Meningkat	▼	BPS, SDKI 2007; * Kemkes, Risksdas 2007; ** Kemkes, Risksdas 2010 (data sementara)
6.8	Proporsi anak balita dengan demam yang diobati dengan obat anti malaria yang tepat	-	21,9% (2010)			Risksdas 2010 (data sementara)
6.9	Angka kejadian, prevalensi dan tingkat kematian akibat Tuberkulosis					
6.9a	Angka kejadian Tuberkulosis (semua kasus/10.000 penduduk/tahun)	343 (1990)	228 (2009)	Dihentikan, mulai berkurang	●	Laporan TB Global WHO, 2009
6.9b	Tingkat prevalensi Tuberkulosis (per 100.000 penduduk)	443 (1990)	244 (2009)		●	
6.9c	Tingkat kematian karena Tuberkulosis (per 100.000 penduduk)	92 (1990)	39 (2009)		●	
6.10	Proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dan diobati dalam program DOTS					
6.10a	Proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dalam program DOTS	20,0% (2000)*	73,1% (2009)**	70,0%	●	* Laporan TB Global WHO, 2009
6.10b	Proporsi kasus Tuberkulosis yang diobati dan sembuh dalam program DOTS	87,0% (2000)*	91,0% (2009)**	85,0%	●	** Laporan Kemkes 2009
TUJUAN 7: MEMASTIKAN KELESTARIAN LINGKUNGAN HIDUP						
Target 7A: Memadukan prinsip-prinsip pembangunan yang berkesinambungan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumberdaya lingkungan yang hilang						
7.1	Rasio luas kawasan tertutup pepohonan berdasarkan hasil pemotretan citra satelit dan survei foto udara terhadap luas daratan	59,97% (1990)	52,43% (2008)	Meningkat	▼	Kemenhut
7.2	Jumlah emisi karbon dioksida (CO ₂)	1.416.074 Gg CO ₂ e (2000)	1.711.626 Gg CO ₂ e (2008)	Berkurang 26% pada 2020	▼	Kementerian Lingkungan Hidup
7.2a.	Jumlah konsumsi energi primer (per kapita)	2,64 BOE (1991)	4,3 BOE (2008)	Menurun		Kementerian Energi dan Sumber Daya Mineral
7.2b.	Intensitas Energi	5,28 SBM/ USD 1,000 (1990)	2,1 SBM/ USD 1,000 (2008)	Menurun		
7.2c.	Elastisitas Energi	0,98 (1991)	1,6 (2008)	Menurun		
7.2d.	Bauran energi untuk energi terbarukan	3,5% (2000)	3,45% (2008)	-		

Status: ● Sudah tercapai ▲ Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

Indikator		Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDGs 2015	Status	Sumber
7.3	Jumlah konsumsi bahan perusak ozon (BPO) dalam metrik ton	8.332,7 metric tons (1992)	0 CFCs (2009)	0 CFCs dengan mengurangi HCFCs	▲	Kementerian Lingkungan Hidup
7.4	Proporsi tangkapan ikan yang berada dalam batasan biologis yang aman	66,08% (1998)	91,83% (2008)	tidak melebihi batas	▲	Kementerian Kelautan & Perikanan
7.5	Rasio luas kawasan lindung untuk menjaga kelestarian keanekaragaman hayati terhadap total luas kawasan hutan	26,40% (1990)	26,40% (2008)	Meningkat	▲	Kementerian Kehutanan
7.6	Rasio kawasan lindung perairan terhadap total luas perairan teritorial	0,14% (1990)*	4,35% (2009)**	Meningkat	▲	* Kementerian Kahutanan ** Kementerian Kelautan & Perikanan
Target 7C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum layak dan sanitasi layak hingga tahun 2015						
7.8	Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak, perkotaan dan perdesaan	37,73% (1993)	47,71% (2009)	68,87%	▼	BPS, Susenas
7.8a	Perkotaan	50,58% (1993)	49,82% (2009)	75,29%	▼	
7.8b	Perdesaan	31,61% (1993)	45,72% (2009)	65,81%	▼	
7.9	Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi layak, perkotaan dan perdesaan	24,81% (1993)	51,19% (2009)	62,41%	▼	
7.9a	Perkotaan	53,64% (1993)	69,51% (2009)	76,82%	▼	
7.9b	Perdesaan	11,10% (1993)	33,96% (2009)	55,55%	▼	
Target 7D: Mencapai peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di permukiman kumuh (minimal 100 juta) pada tahun 2020						
7.10	Proporsi rumah tangga kumuh perkotaan	20,75% (1993)	12,12% (2009)	6% (2020)	▼	BPS, Susenas
TUJUAN 8: MENGEMBANGKAN KEMITRAAN GLOBAL UNTUK PEMBANGUNAN						
Target 8A: Mengembangkan sistem keuangan dan perdagangan yang terbuka, berbasis peraturan, dapat diprediksi dan tidak diskriminatif						
8.6a	Rasio Ekspor + Impor terhadap PDB (indikator keterbukaan ekonomi)	41,60% (1990)	39,50% (2009)	Meningkat	▲	BPS & Bank Dunia
8.6b	Rasio pinjaman terhadap simpanan di bank umum	45,80% (2000)	72,80% (2009)	Meningkat	▲	Laporan Perekonomian BI 2008, 2009
8.6c	Rasio pinjaman terhadap simpanan di BPR	101,30% (2003)	109,00% (2009)	Meningkat	▲	
Target 8D: Menangani utang negara berkembang melalui upaya nasional maupun internasional untuk dapat mengelola utang dalam jangka panjang						
8.12	Rasio pinjaman luar negeri terhadap PDB	24,59% (1996)	10,89% (2009)	Berkurang	▲	Kementerian Keuangan
8.12a	Rasio pembayaran pokok utang dan bunga utang luar negeri terhadap penerimaan hasil ekspor (DSR)	51,00% (1996)	22,00% (2009)	Berkurang	▲	Laporan Tahunan BI 2009

Status: ● Sudah tercapai ▲ Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

Indikator		Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDGs 2015	Status	Sumber
Target 8F: Bekerja sama dengan swasta dalam memanfaatkan teknologi baru, terutama teknologi informasi dan komunikasi						
8.14	Proporsi penduduk yang memiliki jaringan PSTN (kepadatan fasilitas telepon per jumlah penduduk)	4,02% (2004)	3,65% (2009)	Meningkat	▲	Kemkominfo, 2010
8.15	Proporsi penduduk yang memiliki telepon seluler	14,79% (2004)	82,41% (2009)	100,00%	▲	
8.16	Proporsi rumah tangga dengan akses internet	-	11,51% (2009)	50,00%	▼	BPS, Susenas 2009
8.16a	Proporsi rumah tangga yang memiliki komputer pribadi	-	8,32% (2009)	Meningkat	▼	BPS, Susenas 2009

TUJUAN 1 : MENANGGULANGI KEMISKINAN DAN KELAPARAN



PNPM Mandiri Perdesaan (Infrastruktur)



TUJUAN 1: MENANGGULANGI KEMISKINAN DAN KELAPARAN

TARGET 1A: MENURUNKAN HINGGA SETENGAHNYA PROPORSI PENDUDUK DENGAN TINGKAT PENDAPATAN KURANG DARI USD 1,00 (PPP) PER HARI DALAM KURUN WAKTU 1990 – 2015

Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber	
TUJUAN 1. MENANGGULANGI KEMISKINAN DAN KELAPARAN						
<i>Target 1A: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari USD 1 (PPP) per hari dalam kurun waktu 1990-2015</i>						
1.1	Proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari USD 1,00 (PPP) per kapita per hari	20,60% (1990)	5,90% (2008)	10,30%	●	Bank Dunia dan BPS
1.2	Indeks Kedalaman Kemiskinan	2,70% (1990)	2,21% (2010)	Berkurang	▶	BPS, Susenas

Status: ● Sudah tercapai ▶ Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

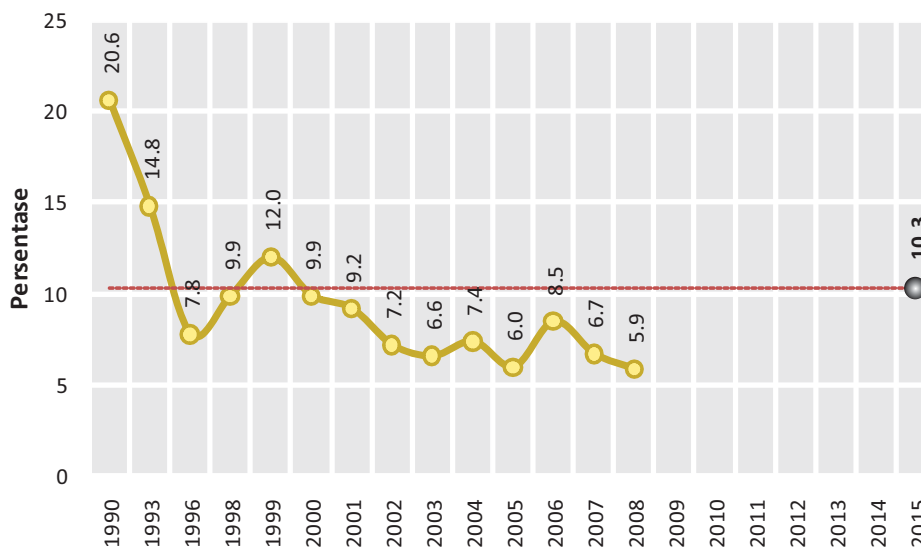
KEADAAN SAAT INI

Indonesia telah mencapai Target 1A untuk pengentasan kemiskinan ekstrem. Dengan menggunakan indikator USD 1,00 *Purchasing Power Parity* (PPP) per kapita per hari, Indonesia telah berhasil mengurangi tingkat kemiskinan ekstrem dari 20,6 persen pada tahun 1990 menjadi 5,9 persen pada tahun 2008. **Gambar 1.1** menunjukkan kecenderungan penurunan persentase penduduk yang diperkirakan memiliki tingkat konsumsi di bawah USD 1,00 (PPP) per kapita per hari dan diharapkan kecenderungan ini akan berkelanjutan hingga tahun 2015 dan seterusnya.

Tingkat kemiskinan berdasarkan garis kemiskinan nasional (USD 1,50 PPP) menurun. Meskipun berdasarkan tingkat pendapatan USD 1,00 (PPP) target MDG sudah dapat dicapai, namun Pemerintah Indonesia tidak berpuas diri. Indonesia mengukur tingkat kemiskinan dengan menggunakan garis kemiskinan nasional yang setara dengan USD 1,50 (PPP). Dengan menggunakan garis kemiskinan nasional tersebut, tingkat kemiskinan yang pada tahun 2009 sebesar 14,15 persen menurun pada tahun 2010 menjadi 13,33 persen (**Gambar 1.2**).

Tingkat kesejahteraan penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan mengalami perbaikan. Hal ini ditunjukkan oleh adanya penurunan indeks kedalaman kemiskinan nasional yang pada tahun 2009 sebesar 2,5 menurun menjadi 2,2 pada tahun 2010.

Gambar 1.1.
Kemajuan dalam
Mengurangi
Kemiskinan
Ekstrem (USD
1,00/kapita/hari)
Dibandingkan
dengan Target
MDG



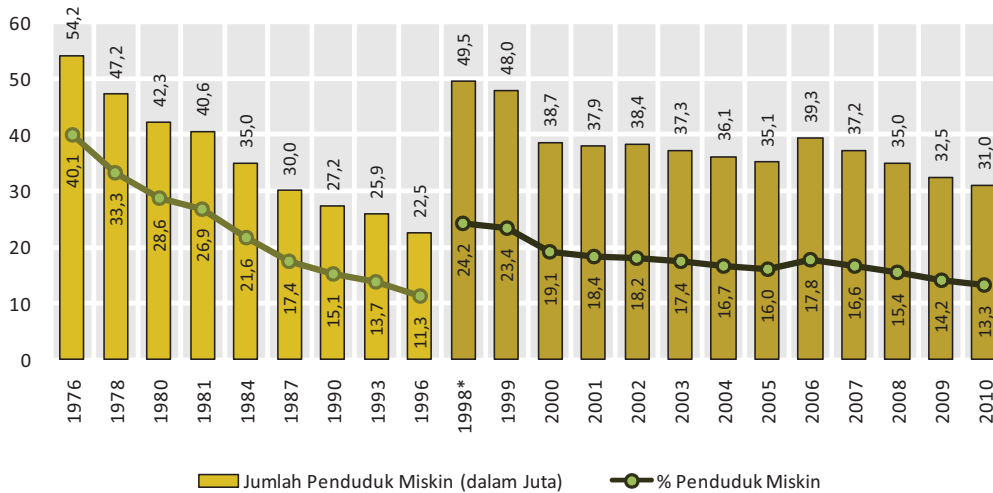
Sumber:
BPS, Susenas
(berbagai tahun) dan
Bank Dunia 2008



Penurunan kemiskinan ini didukung oleh pelaksanaan program PNPM (Program nasional Pemberdayaan masyarakat) Mandiri sebagai program nasional yang diterapkan di seluruh kecamatan pada tahun 2009, sinergi program-program penanggulangan kemiskinan ke dalam 3 klaster, perbaikan pendataan rumah tangga miskin serta munculnya berbagai inisiatif daerah dalam menurunkan kemiskinan

(Kotak 1A). Penerapan bantuan penjaminan kredit usaha rakyat (KUR) telah banyak membantu masyarakat untuk memulai usaha mikro dalam rangka peningkatan pendapatan keluarga. Upaya penurunan kemiskinan ini juga didukung berbagai upaya dari lembaga masyarakat (CSO).

Berdasarkan kecenderungan penurunan kemiskinan serta dengan adanya upaya-upaya tersebut di atas, sasaran MDG (USD 1,00 PPP) yang sudah dicapai pada tahun 2008, diharapkan dapat terus dipertahankan bahkan diturunkan.



Gambar 1.2.
Tren Jangka Panjang Dalam Penanggulangan Kemiskinan Di Indonesia, Diukur Dengan Menggunakan Indikator Garis Kemiskinan Nasional Tahun

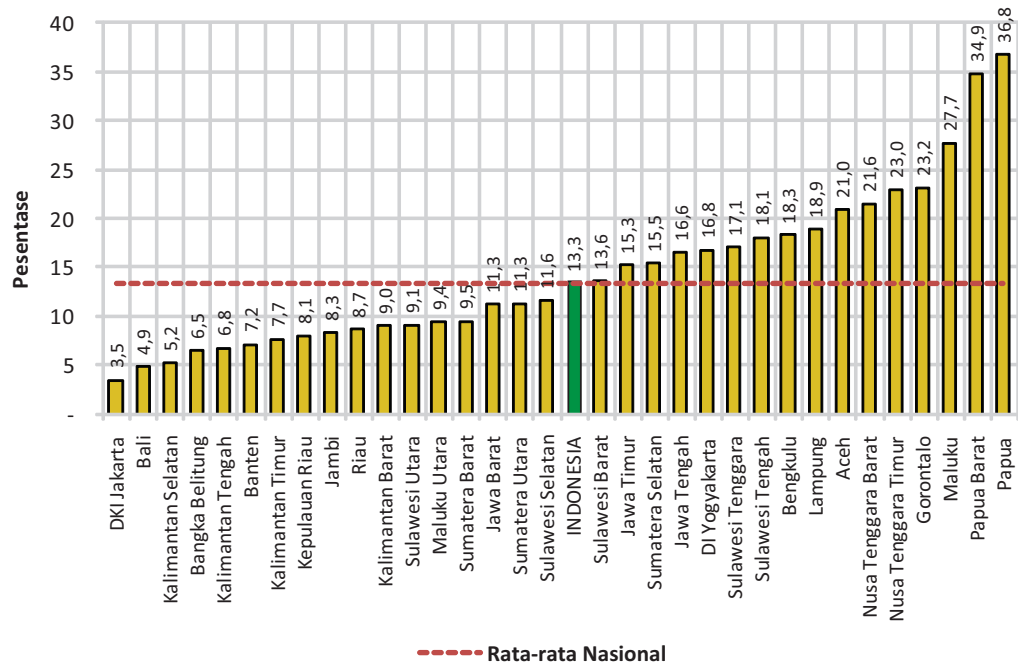
Sumber:
BPS, Susenas
(beberapa tahun).

*Keterangan: * Sejak tahun 1998 terjadi perubahan metode penghitungan kemiskinan dengan memperbaiki kualitas komoditas non makanan, meliputi: biaya pendidikan yang semula hanya menghitung biaya pendidikan SD, ditingkatkan menjadi biaya pendidikan SMP; biaya perawatan kesehatan yang semula menggunakan standar biaya puskesmas, meningkat menjadi biaya perawatan oleh dokter umum; demikian pula biaya transpor yang semula hanya mencakup biaya transpor dalam kota ditingkatkan menjadi biaya transpor antar kota sesuai dengan perkembangan pola pergerakan (mobilitas) penduduk. Akibatnya, garis kemiskinan meningkat dan jumlah penduduk di bawah garis kemiskinan bertambah.*

Kesenjangan tingkat kemiskinan antarprovinsi di Indonesia masih perlu ditangani secara efektif. Dari 33 provinsi, 17 provinsi memiliki tingkat kemiskinan di bawah rata-rata nasional, sementara 16 provinsi lainnya masih memiliki tingkat kemiskinan di atas rata-rata nasional (**Gambar 1.3**). Provinsi yang masih memiliki tingkat kemiskinan dua kali lipat lebih dari rata-rata nasional (13,33 persen), adalah Papua (36,80 persen), Papua Barat (34,88 persen) dan Maluku (27,74 persen). Untuk Pulau Sumatera, provinsi yang memiliki tingkat kemiskinan di atas rata-rata nasional adalah Provinsi Aceh, Sumatera Selatan, Bengkulu dan Lampung. Di Pulau Jawa dan Bali, Provinsi Jawa Tengah, DI Yogyakarta dan Jawa Timur juga memiliki tingkat kemiskinan di atas rata-rata nasional. Di Pulau Sulawesi, provinsi Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara dan Gorontalo juga tercatat memiliki tingkat kemiskinan lebih tinggi dari tingkat nasional, begitu pula yang berlaku untuk provinsi Nusa Tenggara Barat (NTB) dan Nusa Tenggara Timur (NTT). Tiga provinsi dengan tingkat kemiskinan terendah pada tahun 2010 adalah Jakarta (3,48 persen), Kalimantan Selatan (5,21 persen) dan Bali (4,88 persen).

Tingkat kemiskinan di daerah perdesaan secara signifikan masih lebih tinggi dibandingkan di daerah perkotaan, sehingga memerlukan peningkatan pembangunan perdesaan. Tingkat kemiskinan di daerah perdesaan Indonesia adalah 16,56 persen pada tahun 2010 dibandingkan dengan hanya 9,87 persen di wilayah perkotaan.

Gambar 1.3.
Persentase
Penduduk di
Bawah Garis
Kemiskinan
Nasional, Menurut
Provinsi, Tahun
2010



Sumber:
BPS, Susenas 2010

Kotak 1-1.

Di Kabupaten Sikka: Siapa yang Pesta, Judi dan Malas Dianggap Tidak Miskin

Pemerintah Kabupaten Sikka, Nusa Tenggara Timur (NTT), punya trik khusus untuk memaksa masyarakat miskin di wilayahnya bekerja lebih keras supaya bisa segera lepas dari belenggu kemiskinan. Bupati Sikka, Sosimus Mitang, membuat peraturan bahwa siapapun, yang nekat berpesta lebih dari dua kali setahun, mereka yang berjudi dan atau membiarkan lahan garapan "tidur" karena malas, statusnya sebagai keluarga miskin akan dicabut. Pencabutan status miskin akan membuat mereka kehilangan hak untuk mendapatkan bantuan dari berbagai skema bantuan bagi masyarakat miskin seperti Bantuan Langsung Tunai, beras subsidi untuk masyarakat miskin dan bantuan tunai bersyarat dalam Program Keluarga Harapan. Aturan yang diberlakukan sejak tahun lalu itu dibuat supaya masyarakat tidak hanya menggantungkan hidup dari bantuan pemerintah tapi juga berusaha supaya bisa mandiri, karena mengatasi kemiskinan tidak cukup dengan menyediakan banyak uang dan beras untuk dibagi-bagi.

Untuk lebih memacu masyarakat kurang mampu dalam berusaha, Pemerintah Kabupaten Sikka juga akan menerapkan "beras kerja". Lewat Keputusan Bupati, Raskin tidak akan dibagi dengan membayar Rp 1.600 per kilogram, tapi penerimanya diwajibkan bekerja, misalnya ikut membangun infrastruktur desa. Motto pembangunan Kabupaten Sikka, yaitu: "Mai mogat hama hama, Mai kita aita le le ha, mai kita sa ate, Dai tite hama hama (Mari bersama membangun Sikka dari desa dengan hati nurani)", terasa sangat pas dengan kebijakan tersebut.

Sementara itu, untuk meningkatkan kualitas program dan anggaran, pemerintah Kabupaten Sikka menerapkan metoda P3BM (Perencanaan, Penganggaran dan Pemantauan yang Berpihak pada Masyarakat Miskin). Perbaikan kualitas dan perubahan prioritas alokasi anggaran dalam APBD Kabupaten Sikka tercermin pada naiknya alokasi anggaran untuk program-program pencapaian MDGs dalam APBD 2010-2011 menjadi lebih dari 67 persen, terutama pengurangan kemiskinan (22,8 persen), perbaikan pendidikan (21,07 persen) dan peningkatan kesehatan (19,55 persen)

Sumber: Loknas P3BM, Kendari Mei 2010; Gatra, 30/11/2009; Pos Kupang, 11/12/2008

TANTANGAN

1. **Meningkatkan iklim usaha yang kondusif di daerah** untuk meningkatkan kesempatan usaha ekonomi dalam rangka peningkatan pendapatan dan daya beli masyarakat.
2. **Meningkatkan efektivitas penyelenggaraan bantuan dan jaminan sosial**, termasuk peningkatan jumlah dan kapasitas sumber daya manusia, seperti tenaga lapangan yang terdidik dan terlatih serta memiliki kemampuan dalam penyelenggaraan pelayanan kesejahteraan sosial.
3. **Meningkatkan akses masyarakat miskin terhadap layanan kebutuhan dasar** (indikator kemiskinan non pendapatan) misalnya pada kecukupan pangan (kalori), layanan kesehatan, air bersih dan sanitasi yang masih rendah, dan cukup timpang antar golongan pendapatan.
4. **Mengoptimalkan pelibatan masyarakat** terutama masyarakat miskin dalam pelaksanaan program-program penanggulangan kemiskinan.
5. **Terjadinya kesenjangan kemiskinan antar provinsi dan antar kelompok pendapatan** yang memerlukan penanganan yang berbeda antara Jawa/Bali dengan luar Jawa/Bali.
6. **Masih banyaknya rumah tangga yang rentan terhadap gejolak ekonomi dan sosial** (bencana alam, gangguan iklim dan konflik sosial) yang masuk kedalam kelompok rumah tangga hampir miskin.

KEBIJAKAN

Pemerintah berkomitmen untuk membangun lingkungan yang lebih kondusif bagi semua pihak yang bekerja untuk mengurangi kemiskinan dan mencapai tujuan pembangunan nasional, agar tingkat kemiskinan nasional pada tahun 2011 dapat menurun menjadi 11,5-12,5 persen sesuai Rencana Kerja Pemerintah Tahun 2011 dan menjadi 8-10 persen pada tahun 2014 sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014. Upaya untuk mengurangi kemiskinan dilakukan melalui 4 (empat) fokus prioritas yaitu:

Meningkatkan dan menyempurnakan kualitas kebijakan perlindungan sosial berbasis keluarga. Upaya ini dilakukan melalui penyatuan sistem pentargetan bagi program-program perlindungan sosial berbasis keluarga, seperti untuk Jamkesmas, bantuan beasiswa dan pendidikan anak usia dini dari keluarga miskin, bantuan subsidi beras bagi keluarga miskin (Raskin), dan bantuan tunai bersyarat melalui Program Keluarga Harapan. Selain itu, dilakukan pula peningkatan dan penyempurnaan kualitas kebijakan perlindungan sosial terutama untuk kelompok masyarakat termarjinalkan.

Menyempurnakan dan meningkatkan efektivitas pelaksanaan program yang berbasis pemberdayaan masyarakat melalui PNPM Mandiri. Upaya ini dilakukan dengan meningkatkan kualitas kelembagaan di tingkat masyarakat yang telah terbentuk sehingga semakin mampu untuk terlibat dalam proses pembangunan, serta dengan meningkatkan integrasi proses pemberdayaan masyarakat kedalam proses pembangunan yang berlangsung.


Meningkatkan akses usaha mikro dan kecil kepada sumberdaya produktif yang dilakukan dengan melanjutkan dukungan penjaminan untuk Kredit Usaha Rakyat (KUR), agar akses usaha mikro dapat terus diperluas, serta peningkatan kualitas pelaksanaan KUR, dengan meningkatkan jangkauan pelayanan pembiayaan bagi koperasi dan UKM serta meningkatkan kapasitas dan pelayanan lembaga keuangan bukan bank, dan revitalisasi sistem pendidikan dan pelatihan perkoperasian.


Meningkatkan sinkronisasi dan efektivitas koordinasi penanggulangan kemiskinan serta harmonisasi antar pelaku. Untuk itu perlu adanya upaya: (i) peningkatan koordinasi dan sinkronisasi melalui Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan; (ii) peningkatan peran TKPKD dalam koordinasi program-program penanggulangan kemiskinan untuk percepatan penurunan kemiskinan di daerah, termasuk pemeliharaan dan penggunaan data kemiskinan yang konsisten dan akurat secara kontinyu baik untuk perencanaan, pelaksanaan dan monitoring program-program penanggulangan kemiskinan di daerah; (iii) memperkuat kemandirian desa dalam pemerintahan, pembangunan dan kemasyarakatan; dan (iv) penanganan kantung-kantung kemiskinan terutama yang berada di daerah tertinggal, terdepan dan terluar, termasuk pembangunan sarana dan prasarana dasar dan pendukung (meliputi listrik, air, jalan penghubung antarpulau) di pulau-pulau kecil dan pulau-pulau kecil terluar.

Peningkatan upaya di daerah juga dilakukan dengan meningkatkan kapasitas dan rencana mempercepat pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium pada tahun 2015 dengan membantu Pemerintah Daerah menyusun Rencana Aksi Daerah dalam mencapai Tujuan Pembangunan Millenium (RAD MDG). Forum TKPKD antar provinsi dan antar kabupaten akan ditingkatkan pula untuk menjadi forum pembelajaran pengalaman sukses dan penggunaan inovasi lokal serta kebijakan lokal (*local wisdom*) di berbagai daerah.

Untuk melaksanakan itu semua, seluruh kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan dikoordinasikan melalui Tim Nasional yang diketuai oleh Wakil Presiden RI dan beranggotakan kementerian teknis terkait, yaitu antara lain Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Menteri Koordinator Bidang Perekonomian, Menteri Kesehatan, Menteri Pendidikan Nasional, Menteri Sosial, Menteri Keuangan, Menteri Koperasi dan UKM serta Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas).

TARGET 1B: MENCIPTAKAN KESEMPATAN KERJA PENUH DAN PRODUKTIF DAN PEKERJAAN YANG LAYAK UNTUK SEMUA, TERMASUK PEREMPUAN DAN KAUM MUDA

Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber
TUJUAN 1. MENANGGULANGI KEMISKINAN DAN KELAPARAN					
<i>Target 1B: Mewujudkan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda</i>					
1.4	Laju pertumbuhan PDB per tenaga kerja	3,52% (1990)	2,24% (2009)	-	PDB Nasional dan BPS, Sakernas
1.5	Rasio kesempatan kerja terhadap penduduk usia 15 tahun ke atas	65% (1990)	62% (2009)	-	BPS, Sakernas
1.7	Proporsi tenaga kerja yang berusaha sendiri dan pekerja bebas keluarga terhadap total kesempatan kerja	71% (1990)	64% (2009)	Menurun 	

Status: ● Sudah tercapai  Akan tercapai  Perlu perhatian khusus

KEADAAN SAAT INI

Perkembangan ketenagakerjaan telah menunjukkan kecenderungan yang semakin membaik dan kecenderungan jangka panjang penciptaan lapangan kerja juga menunjukkan arah yang positif. Tingkat pengangguran terbuka telah berhasil diturunkan dari 8,10 persen pada tahun 2001 menjadi sebesar 7,41 persen pada tahun 2010. Indikator lainnya seperti proporsi pekerja formal secara keseluruhan meningkat, dan sebaliknya proporsi pekerja informal telah menurun dalam beberapa tahun terakhir. Melihat kecenderungan ini, sasaran yang telah ditetapkan oleh Pemerintah di dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014, dengan menurunkan tingkat pengangguran terbuka di sekitar 5-6 persen pada tahun 2014, diperkirakan akan tercapai.

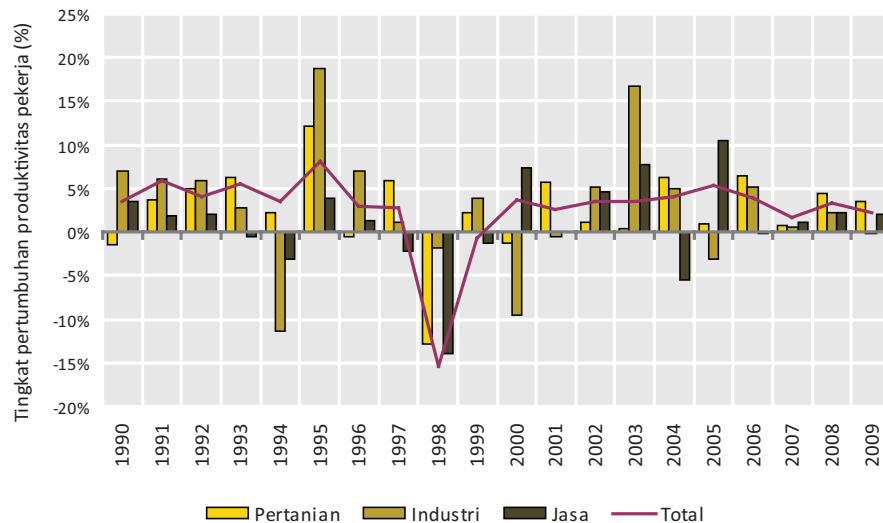
Pertumbuhan produk domestik bruto per tenaga kerja, tahun 1990-2009 cukup bervariasi, dengan pertumbuhan rata-rata sekitar 2,53 persen. Pertumbuhan produktivitas tenaga kerja sebelum krisis 1997/1998 relatif lebih tinggi yaitu sebesar 5,42 persen pada periode 1990-1995, namun setelah krisis (periode 1998/9-2008) mengalami penurunan, yaitu menjadi rata-rata 3,36 persen per tahun. Hal ini disebabkan menurunnya akumulasi modal per tenaga kerja pada periode pasca krisis (**Gambar 1.4**).

Rasio kesempatan kerja terhadap penduduk usia kerja dalam kurun waktu 1990-2009 mengalami perubahan yang relatif kecil, dan cukup dinamis. Pertumbuhan ekonomi yang kuat antara 1990-1997 dan antara 2004-2008 memungkinkan pertumbuhan lapangan kerja

melampaui pertumbuhan angkatan kerja. Kesempatan kerja yang tercipta telah menyerap tenaga kerja yang baru memasuki pasar kerja walaupun pekerjaannya informal (**Gambar 1.5**).

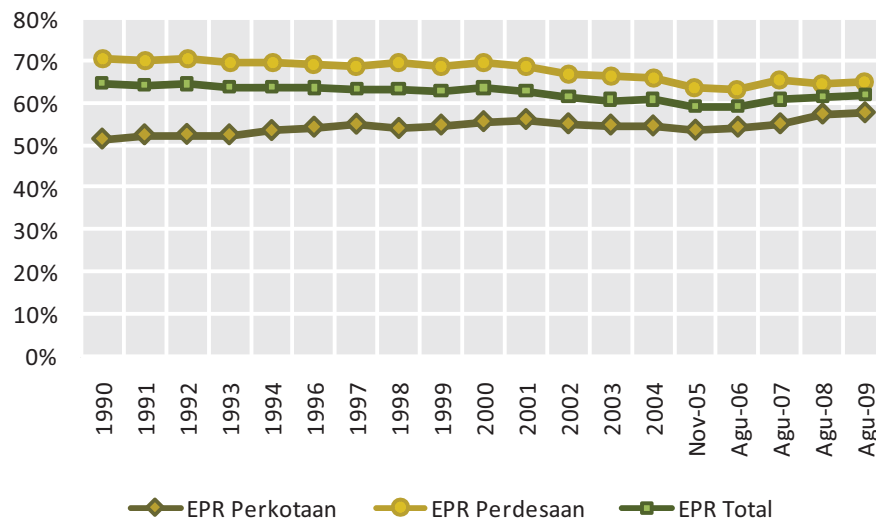
Gambar 1.4.
Tingkat
Pertumbuhan
Produktivitas
Pekerja (Persen),
1990, 1993, 1996,
1999, 2000-2009

Sumber:
BPS, Sakernas dan
Statistik Indonesia
(diolah), 1990, 1993,
1996, 1999, 2000-
2009



Gambar 1.5.
Rasio Kesempatan
Kerja Terhadap
Penduduk Usia
Kerja, 1990-2010

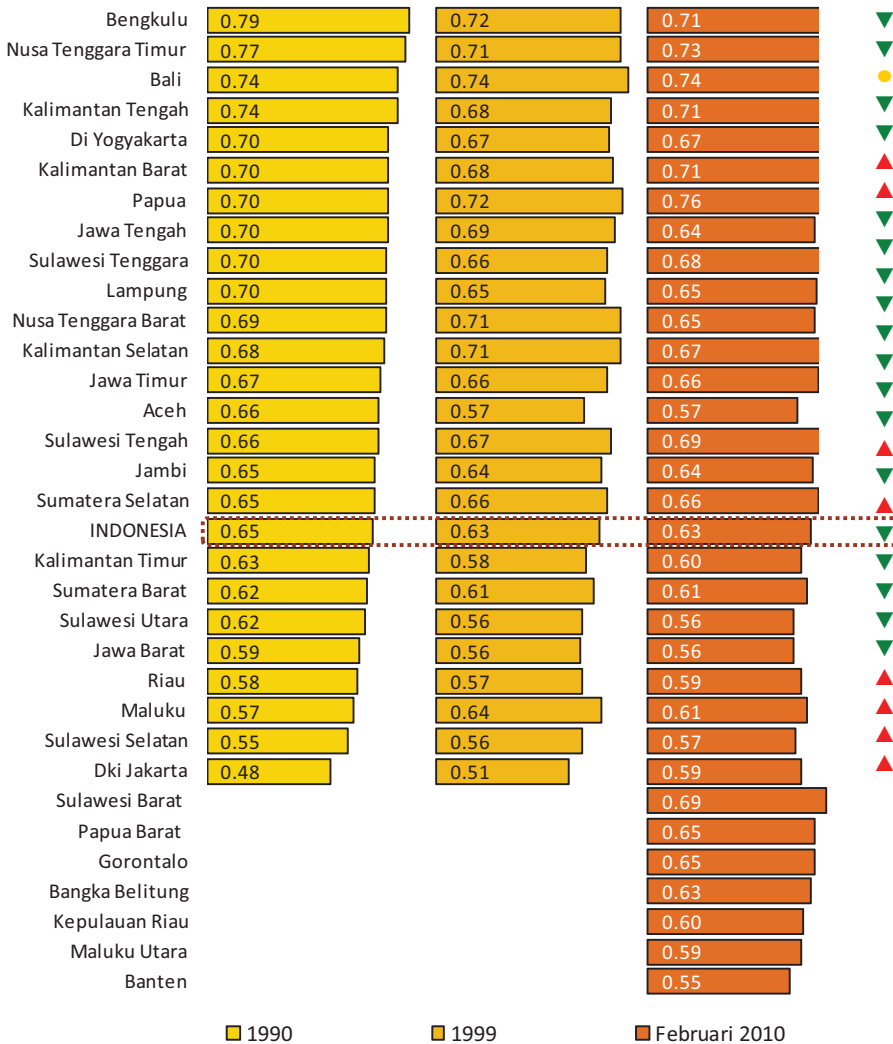
Sumber:
BPS, Sakernas
(diolah), 1990-2010



Selama dua dekade ini, terdapat penurunan rasio kesempatan kerja terhadap penduduk usia kerja dari 65 persen menjadi 62 persen. Pertumbuhan penduduk usia kerja yang lebih tinggi dibandingkan dengan pertumbuhan angkatan kerja mengindikasikan adanya preferensi yang lebih tinggi untuk melanjutkan sekolah ke jenjang selanjutnya dibandingkan untuk mencari pekerjaan setelah lulus sekolah.

Di tingkat provinsi, rasio kesempatan kerja terhadap penduduk usia kerja antara tahun 1990 dan 2010 pada umumnya menurun. Provinsi dengan rasio tetap adalah Bali, sedangkan

provinsi yang rasionya meningkat adalah Kalimantan Barat, Papua, Sulawesi Tengah, Sumatera Selatan, Riau, Maluku, Sulawesi Selatan, dan DKI Jakarta yang mengalami peningkatan tertinggi yaitu sekitar 0,11 (**Gambar 1.6**).



Gambar 1.6. Rasio Kesempatan Kerja Terhadap Penduduk Usia Kerja Menurut Provinsi, Tahun 1990, 1999 dan 2010

Keterangan:
Segitiga tren berwarna hijau jika perkembangan searah dengan tren nasional. Jika bergerak berlawanan, segitiga berwarna merah. Tidak ada perubahan dilambangkan dengan titik berwarna kuning

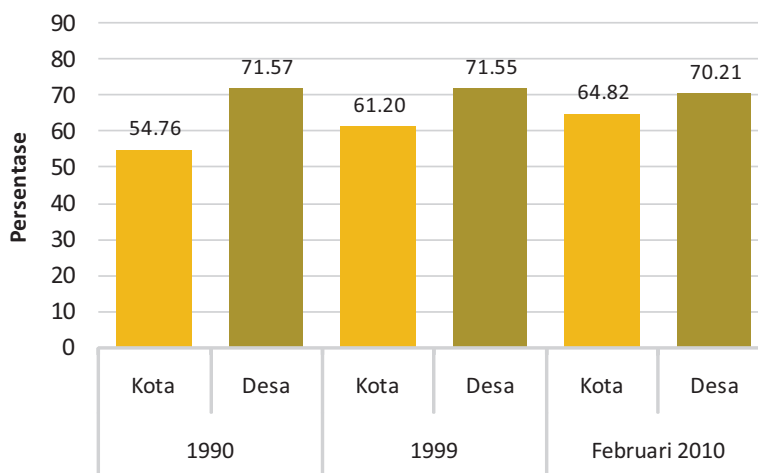
Sumber: BPS, Sakernas (diolah), 1990, 1999 dan 2010.

Jika dibedakan berdasarkan wilayah perkotaan dan perdesaan, terlihat bahwa tingkat partisipasi angkatan kerja (TPAK) di daerah perkotaan meningkat cukup tinggi sejak tahun 1990 sampai 2010, yaitu dari sekitar 55 persen menjadi 65 persen (**Gambar 1.7**). Sementara itu, TPAK di daerah perdesaan menurun yaitu dari sekitar 72 persen tahun 1990 menjadi 70 persen tahun 2010.

Meskipun angka melanjutkan sekolah ke jenjang yang lebih tinggi membaik, Indonesia menghadapi masalah persebaran mutu pekerja yang timpang. Data pada tahun 1990

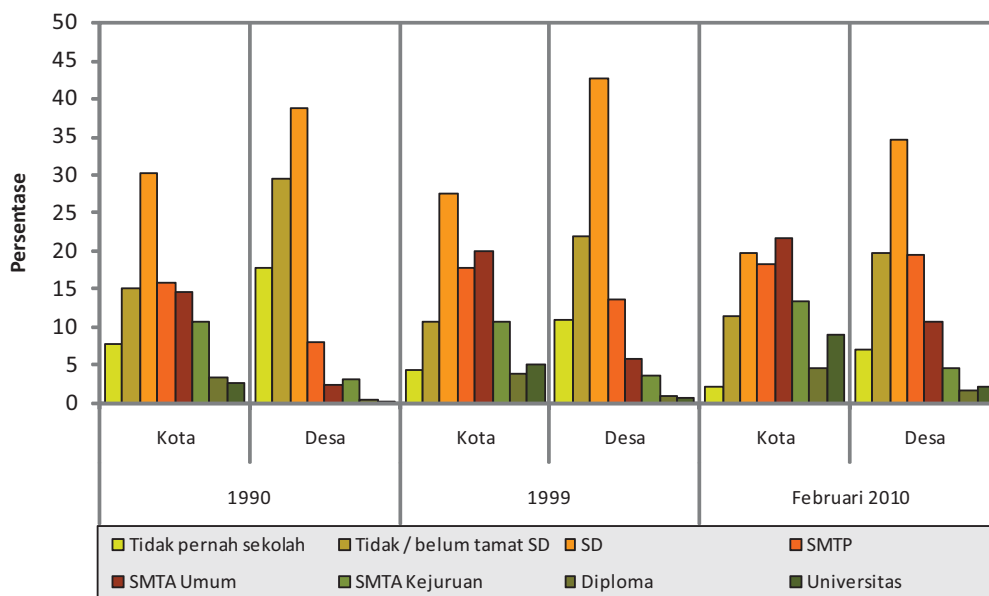
menunjukkan bahwa 5,88 persen dari seluruh pekerja yang berpendidikan diploma dan universitas berada di perkotaan, sementara di perdesaan hanya 0,57 persen. Hal yang sama untuk tingkat pendidikan menengah, yaitu SMTA. Namun, untuk tingkat pendidikan SD dan tidak pernah sekolah, persentasenya lebih tinggi di perdesaan (**Gambar 1.8**).

Gambar 1.7.
Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (Persen) Menurut Wilayah, Tahun 1990, 1999 dan 2010



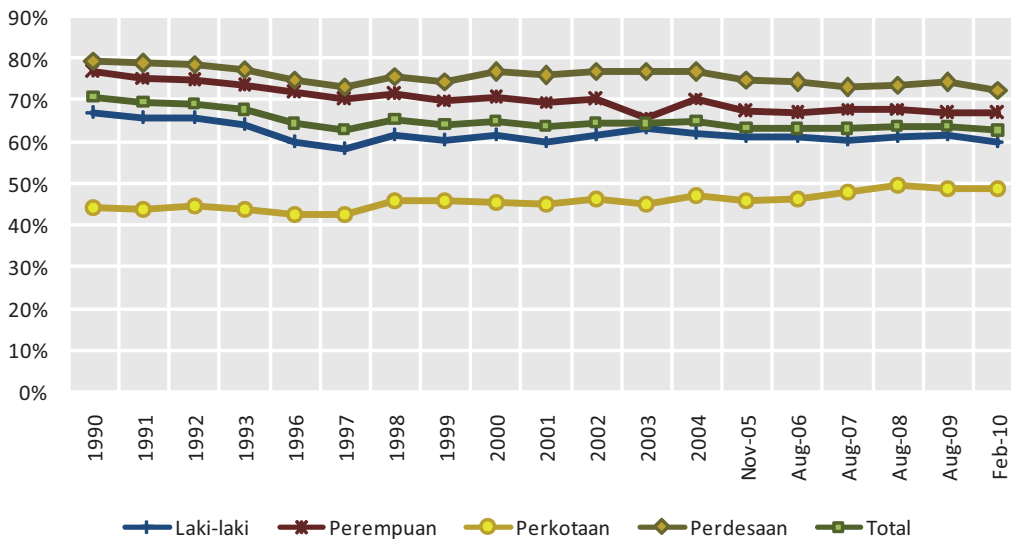
Sumber:
BPS, Sakernas (diolah), 1990, 1999 dan 2010

Gambar 1.8.
Pekerja Menurut Tingkat Pendidikan yang Ditamatkan dan Wilayah, Tahun 1990, 1999 dan 2010



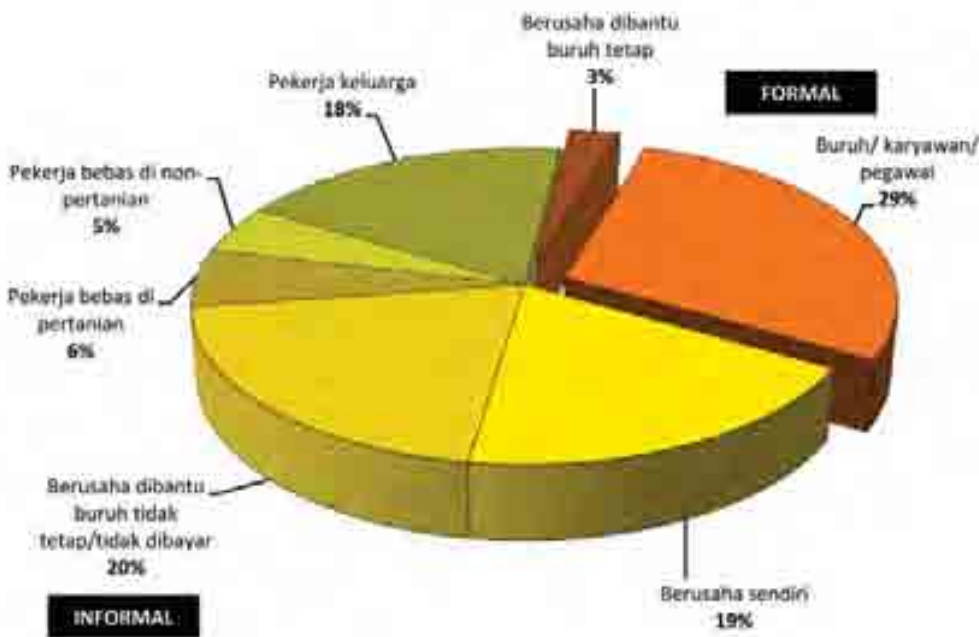
Sumber:
BPS, Sakernas (diolah), 1990, 1999 dan 2010

Kualitas lapangan kerja yang tercipta membaik. Tenaga kerja yang bekerja di sektor informal, seperti berusaha sendiri dan atau dibantu dengan anggota keluarga, sebagai rasio kesempatan kerja total secara relatif turun yaitu berkurang dari 71 persen pada tahun 1990 menjadi 64 persen tahun 2009 (**Gambar 1.9**).



Gambar 1.9. Proporsi Pekerja Rentan Terhadap Total Jumlah Pekerja, 1990-2010

Sumber: BPS, Sakernas (diolah), 1990-2010



Gambar 1.10. Pekerja Menurut Status Pekerjaan, Februari 2010

Sumber: BPS, Sakernas (diolah), 2010

Menurunnya rasio tenaga kerja yang bekerja di sektor informal ini dimungkinkan oleh tumbuhnya lapangan kerja berupah. Lapangan kerja tersebut tumbuh sebesar 1,9 persen per tahun untuk periode 2008-2009. Produktivitas pekerja dalam beberapa tahun ini tetap tumbuh dengan baik.

TANTANGAN

Pertama, memperluas kesempatan kerja formal seluas-luasnya. Pemulihan investasi yang belum berjalan baik menjadi kendala pertumbuhan ekonomi yang lebih tinggi, terutama dari sektor industri.

Kedua, memperlancar perpindahan pekerja dari pekerjaan yang produktivitasnya rendah ke pekerjaan yang produktivitasnya lebih tinggi. Tantangan di sini adalah memindahkan 'surplus tenaga kerja' keluar dari sektor informal ke pekerjaan yang lebih produktif dan memberikan upah yang lebih tinggi. Perpindahan pekerja dari kegiatan di sektor informal yang sangat banyak dan berproduktivitas rendah ini juga mendorong peningkatan upah dan *output* pekerja.

Ketiga, mempertahankan atau meningkatkan kesejahteraan pekerja yang masih berada di sektor informal dan mempersempit kesenjangan upah pada tingkat produktivitas yang sama. Pergeseran upah saat ini lebih banyak ditentukan oleh aspek kenaikan tingkat harga dibandingkan dengan kenaikan produktivitas. Oleh karena itu, komponen penentuan upah minimum regional (UMR) sebaiknya tidak hanya melihat pada sisi kenaikan inflasi saja, tetapi diimbangi dengan aspek produktivitas dan pencapaian target pekerjaan.

KEBIJAKAN

Kebijakan yang akan dilaksanakan meliputi :

1. **Menciptakan lapangan kerja seluas-luasnya melalui investasi dan perluasan usaha.**
2. **Memperbaiki kondisi dan mekanisme hubungan industrial untuk mendorong kesempatan kerja dan berusaha.**
3. **Menciptakan kesempatan kerja melalui program-program pemerintah.**
4. **Meningkatkan kualitas pekerja.** Salah satu upaya meningkatkan produktivitas pekerja adalah dengan meningkatkan kualitas atau kompetensi pekerja.
5. **Meningkatkan produktivitas pekerja pertanian.** Cara yang diberikan antara lain: memperluas jangkauan pengelolaan sektor pertanian dengan mengembangkan riset dalam memperluas usaha pertanian; dan memberikan pengetahuan dan keterampilan pekerja, seperti pendidikan, pelatihan, dan penyuluhan pertanian. Perbaikan pengetahuan dan keterampilan ini pada waktunya dapat memberikan dampak kepada peningkatan produksi hasil pertanian.
6. **Mengembangkan jaminan sosial dan memberdayakan pekerja.** Strategi untuk memberikan perlindungan sosial bagi pekerja antara lain dengan mengembangkan program-program jaminan sosial yang memberikan manfaat terbaik bagi pekerja.
7. **Menerapkan peraturan ketenagakerjaan utama.**

TARGET 1C MENURUNKAN HINGGA SETENGAHNYA PROPORSI PENDUDUK YANG MENDERITA KELAPARAN DALAM KURUN WAKTU 1990-2015

Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber
TUJUAN 1. MENANGGULANGI KEMISKINAN DAN KELAPARAN					
<i>Target 1C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990-2015</i>					
1.8	Prevalensi balita dengan berat badan rendah / kekurangan gizi	31,0% (1989)*	18,4% (2007)** 17,9% (2010)**	15,5%	* BPS, Susenas ** Kemkes, Riskesdas 2007; 2010 (data sementara)
1.8a	Prevalensi balita gizi buruk	7,2% (1989)*	5,4% (2007)** 4,9% (2010)**	3,6%	
1.8b	Prevalensi balita gizi kurang	23,8% (1989)*	13,0% (2007)** 13,0% (2010)**	11,9%	
1.9	Proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum:				BPS, Susenas
	- 1400 Kkal/kapita/hari	17,00% (1990)	14,47% (2009)	8,50%	
	- 2000 Kkal/kapita/hari	64,21% (1990)	61,86% (2009)	35,32%	

Status: ● Sudah tercapai ► Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

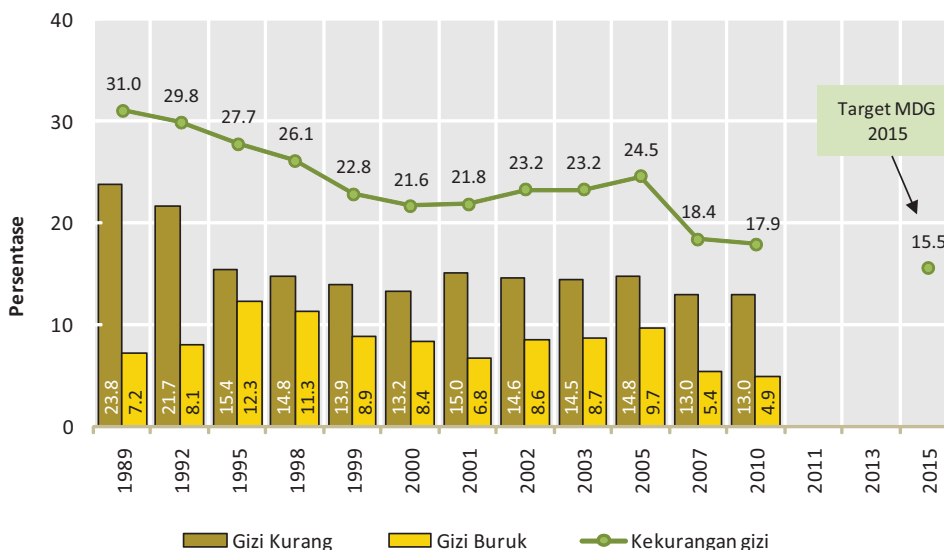
KEADAAN SAAT INI

Kedaaan gizi masyarakat telah menunjukkan kecenderungan yang semakin membaik, hal ini ditunjukkan dengan menurunnya prevalensi kekurangan gizi pada anak balita atau balita dengan berat badan rendah.

Sampai saat ini, Indonesia telah membuat kemajuan yang bermakna dalam upaya perbaikan gizi selama dua dasawarsa terakhir ini yang ditunjukkan dengan menurunnya prevalensi kekurangan gizi pada anak balita dari 31,0 persen pada tahun 1989 menjadi 21,6 persen pada tahun 2000. Angka prevalensi tersebut meningkat kembali menjadi 24,5 persen pada tahun 2005, namun pada tahun 2007 angka prevalensi anak balita kekurangan gizi kembali menurun menjadi 18,4 persen (Riskesdas 2007). Data sementara Riskesdas 2010 menunjukkan terjadinya penurunan prevalensi kekurangan gizi pada anak balita menjadi 17,9 persen. Dengan melihat kecenderungan ini diharapkan target MDG sebesar 15,5 persen dapat tercapai pada tahun 2015 (**Gambar 1.11**). Berdasarkan hal tersebut, sasaran yang ditetapkan pemerintah dalam Rencana

Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2010-2014 adalah menurunnya prevalensi kekurangan gizi (terdiri dari gizi-kurang dan gizi-buruk) menjadi kurang dari 15,0 persen.

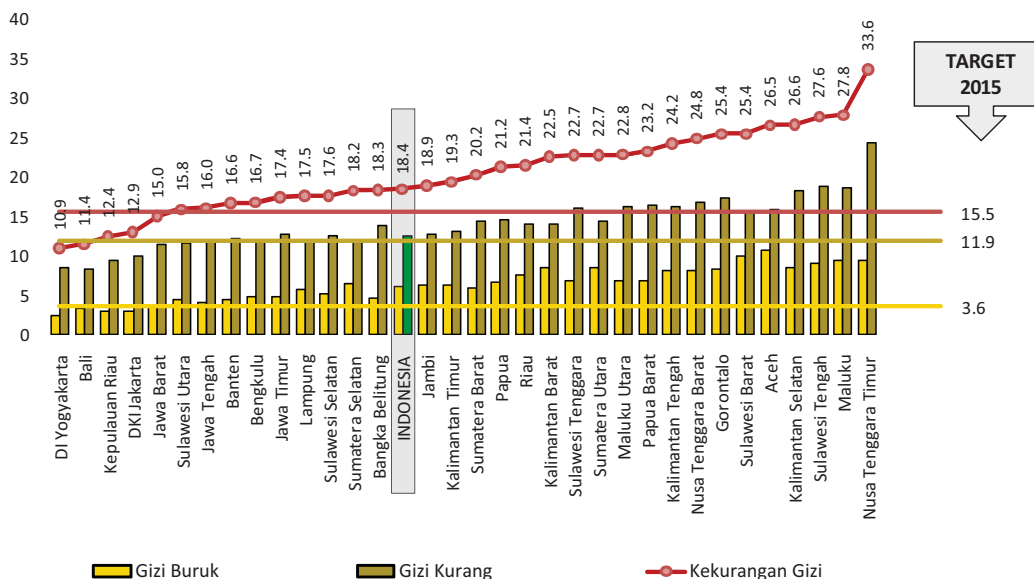
Gambar 1.11.
Target MDG dan Perkembangan Prevalensi Kekurangan Gizi pada Balita (1989-2010)



Sumber:
Kemkes, Riskesdas, 2010, menggunakan standar WHO (2005)

Disparitas prevalensi kekurangan gizi pada balita antarprovinsi masih memerlukan penanganan yang lebih efektif. Walaupun pada tingkat nasional prevalensi balita kurang gizi telah hampir mencapai target MDG, namun masih terjadi disparitas antarprovinsi, antara perdesaan dan perkotaan, dan antarkelompok sosial-ekonomi. Menurut data Riskesdas tahun 2007, disparitas antarprovinsi dalam prevalensi balita kekurangan gizi pada balita berkisar dari 10,9 persen (DI Yogyakarta) sampai dengan 33,6 persen (Nusa Tenggara Timur) (Gambar 1.12).

Gambar 1.12
Prevalensi Anak Balita Kekurangan Gizi Menurut Provinsi (2007)



Sumber:
Kemkes, Riskesdas 2007

Anak balita di perdesaan yang menderita gizi kurang masih berkisar pada angka 20,4 persen, sedangkan di perkotaan sebesar 15,9 persen. Sedangkan prevalensi balita gizi buruk masih sebesar 5,4 persen (Tabel 1.1)

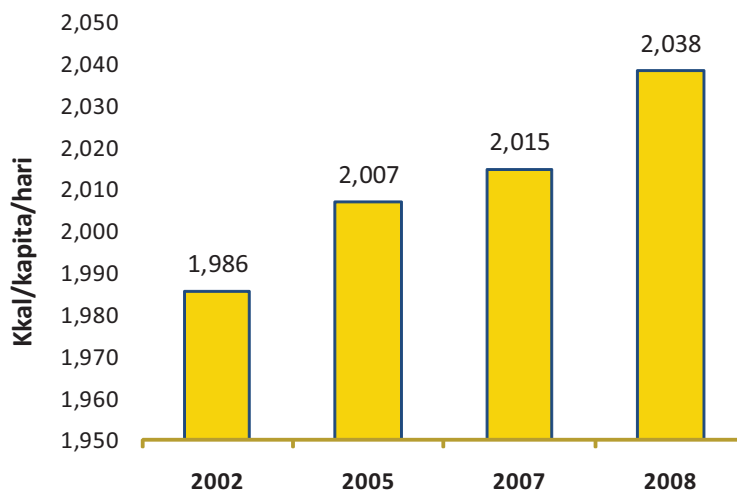
Daerah	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Total
Perdesaan	6,4	14	20,4
Perkotaan	4,2	11,7	15,9
Indonesia	5,4	13	18,4

Tabel 1.1
Prevalensi Anak Balita Kekurangan Gizi, Menurut Daerah Kota-Desa Tahun 2007

Sumber:
Kemkes, Riskesdas 2007

Jumlah penduduk dengan asupan kalori harian kurang dari 2.000 kilo kalori masih tinggi. Data *Susenas* 2002-2007 menunjukkan bahwa rerata asupan kalori penduduk adalah sebesar 1.986 Kkal per kapita per hari pada tahun 2002 yang berarti masih di bawah angka kecukupan minimum yaitu sebesar 2.000 Kkal per kapita per hari. Pada tahun 2008, angka ini meningkat menjadi 2.038 Kkal per kapita per hari (**Gambar 1.13**). Kenyataan ini menegaskan bahwa upaya peningkatan dan perbaikan konsumsi terutama bagi masyarakat miskin masih sangat mendesak untuk dilakukan.

Pemerintah Indonesia mempunyai komitmen untuk memperbaiki status gizi masyarakat, terutama masyarakat miskin. Untuk menanggulangi tingginya prevalensi kekurangan gizi khususnya pada anak balita, pemerintah telah melaksanakan berbagai program dan kegiatan sebagaimana telah dirumuskan dalam Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi (RAN PG) tahun 2006-2010. Kegiatan pada RAN PG antara lain sebagai berikut (i) peningkatan kesadaran gizi keluarga (kadarzi) melalui penyuluhan dan pemantauan tumbuh kembang balita di masyarakat; (ii) pencegahan penyakit yang berhubungan dengan gizi seperti diare, malaria, TBC, dan HIV/AIDS; (iii) promosi pola hidup sehat; dan (iv) perbaikan ketahanan pangan. Selain itu pemerintah juga merumuskan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014.



Gambar 1.13.
Perkembangan Asupan Kalori Rata-Rata Rumah Tangga di Perdesaan dan Perkotaan, Tahun 2002-2008

Sumber:
BPS, *Susenas*, berbagai tahun

Kotak 1-2.**Pencapaian Target MDG 1C di Kabupaten Tabanan Provinsi Bali**

Kabupaten Tabanan adalah salah satu Kabupaten di Provinsi Bali, terletak di bagian selatan Pulau Bali, Kabupaten dengan luas wilayah 839,33 KM² yang terdiri dari daerah pegunungan dan pantai. Sebanyak 23.358 Ha atau 28 persen dari luas lahan yang ada di Kabupaten Tabanan merupakan lahan persawahan, sehingga Kabupaten Tabanan dikenal sebagai daerah agraris. Kabupaten Tabanan terdiri dari 10 Kecamatan dengan jumlah penduduk sebanyak 410.162 jiwa yang terdiri dari 203.394 jiwa penduduk laki-laki dan 206.768 jiwa penduduk perempuan.

Kabupaten Tabanan merupakan salah satu kabupaten yang telah mencapai target MDGs 1C yaitu berhasil menurunkan prevalensi berat badan rendah/kekurangan gizi pada anak balita. Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2007 prevalensi anak balita gizi kurang (BB/U) sebesar 7,1 persen jauh di bawah angka rata-rata nasional (18,4 persen), prevalensi anak balita pendek (*stunting*) sebesar 25,5 persen juga di bawah angka nasional (36,8 persen), begitu juga dengan prevalensi anak balita kurus 9,5 persen, angka nasional 13,6 persen, dan anak balita gemuk mencapai 6,8 persen, angka nasional 12,2 persen.

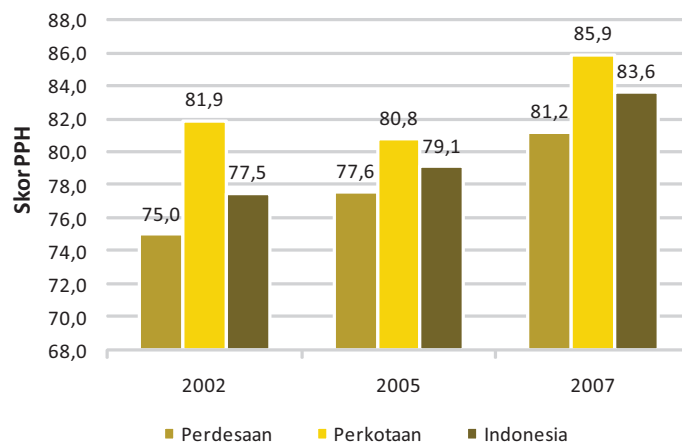
Selanjutnya anak balita ditimbang selama 6 bulan terakhir di kabupaten tersebut mencapai 87,8 persen. Tempat utama penimbangan anak balita adalah posyandu (83,3 persen). Posyandu adalah wadah partisipasi masyarakat dalam upaya perbaikan gizi di tingkat paling bawah/masyarakat. Kegiatan gizi di posyandu dilaksanakan oleh tenaga kader gizi dibawah bimbingan teknis petugas gizi dari puskesmas. Tempat penimbangan lainnya adalah di puskesmas, rumah sakit, polindes, dan tempat lainnya. Pemberian kapsul vitamin A pada anak balita usia 6-59 bulan di kabupaten tersebut mencapai 86,1 persen, lebih tinggi dari pencapaian nasional yaitu 71,5 persen. Data lain yang juga menunjang perbaikan gizi adalah tingginya cakupan imunisasi dasar pada anak balita yaitu BCG sebesar 93,4 persen, Campak sebesar 93,2 persen, Polio 3 sebesar 82,7 persen, HB 3 sebesar 81,3 persen, dan DPT 3 sebesar 78,8 persen.

TANTANGAN

1. **Masih rendahnya status gizi balita dipengaruhi oleh faktor ekonomi dan sosial-budaya masyarakat** seperti: (i) kesulitan dalam mendapatkan makanan yang berkualitas, terutama disebabkan oleh kemiskinan; (ii) perawatan dan pengasuhan anak yang tidak sesuai karena rendahnya pendidikan ibu; dan (iii) terbatasnya akses terhadap layanan kesehatan, sanitasi dan air bersih. Selain itu, kesadaran dan komitmen pemerintah baik pusat maupun daerah akan pentingnya penanggulangan masalah gizi merupakan faktor yang menentukan keadaan gizi masyarakat.
2. **Memberdayakan masyarakat miskin berpendidikan rendah untuk meningkatkan akses terhadap pangan bergizi dan aman.** Masyarakat miskin memiliki kemampuan yang sangat rendah untuk mendapatkan pangan yang dibutuhkan dalam jumlah dan kualitas

yang memadai, sehingga pada gilirannya mengakibatkan terjadinya masalah kekurangan gizi. Riskesdas 2007 mengungkapkan jumlah balita kekurangan gizi pada masyarakat sangat miskin kuintil 1 mencapai sekitar 22,1 persen yang terdiri dari gizi buruk 6.7 persen dan gizi kurang 15,4 persen, sedangkan pada kelompok penduduk miskin kuintil 2 berjumlah 19,5 persen yang terdiri dari 5,7 persen gizi buruk dan 13,8 persen gizi kurang.

3. **Mewujudkan pola konsumsi pangan masyarakat yang seimbang.** Pola konsumsi pangan masyarakat Indonesia masih tidak seimbang. Data *Susenas* 2009 menunjukkan bahwa pola konsumsi pangan masyarakat didominasi oleh padi-padian, terutama beras.
4. **Meningkatkan kualitas konsumsi pangan penduduk.** Diukur dengan skor Pola Pangan Harapan (PPH), dalam kurun waktu 2002-2007 kualitas konsumsi pangan masyarakat cenderung membaik. Namun demikian, angka tersebut belum mencapai sasaran ideal yaitu skor PPH mendekati 100 baik di perdesaan maupun di perkotaan.



Gambar 1.14.
Kecenderungan skor PPH di pedesaan dan perkotaan, 2002-2007

Sumber:
BPS, Susenas, berbagai tahun

5. **Meningkatkan praktek pemberian ASI eksklusif.** Pada tahun 2007 di Indonesia terdapat hanya sekitar 32 persen bayi di bawah usia enam bulan yang menerima ASI eksklusif.
6. **Memperkuat program perbaikan gizi berbasis masyarakat.** Peranan masyarakat dalam upaya perbaikan gizi terutama dilaksanakan melalui Posyandu. Akan tetapi, sejak desentralisasi diberlakukan, kegiatan Posyandu mengalami penurunan yang ditunjukkan dengan adanya disparitas kekurangan gizi antardaerah.
7. **Memperkuat institusi yang bertanggung untuk perbaikan gizi.** Terjadinya masalah kekurangan gizi bersifat multidimensi, namun kebijakan dan program perbaikan gizi masih dilakukan secara sektoral. Lembaga ketahanan pangan nasional belum berfungsi secara efektif dalam mengatasi masalah kelaparan dan penanggulangan gizi.

KEBIJAKAN

Kebijakan dalam rangka menurunkan prevalensi kekurangan gizi pada balita menjadi 15,5 persen pada tahun 2015 dan untuk meningkatkan jumlah penduduk yang mengonsumsi kalori sesuai angka kecukupan adalah sebagai berikut:

- 1. Meningkatkan akses penduduk miskin, terutama anak balita dan ibu hamil untuk memperoleh makanan yang aman dan bergizi cukup serta mendapatkan intervensi pelayanan lainnya.** Mengembangkan bantuan khusus untuk penduduk miskin bagi provinsi dan kabupaten dengan prevalensi kekurangan gizi tinggi. Strategi lainnya yang juga akan dikembangkan meliputi: (i) sosialisasi dan advokasi, terutama untuk mempromosikan pemberian ASI eksklusif dan praktik pemberian makanan bayi; dan (ii) investasi pada prasarana dasar (kesehatan, air, sanitasi) terutama di daerah perdesaan dan perkampungan miskin di wilayah perkotaan.
- 2. Memperkuat pemberdayaan masyarakat dan merevitalisasi posyandu.** Memperkuat program pangan dan gizi pada tingkat akar rumput antara lain melalui revitalisasi posyandu dan mengintegrasikan kegiatan pelayanan gizi pada pendidikan anak usia dini (PAUD).
- 3. Meningkatkan ketahanan pangan pada tingkat daerah terutama untuk mengurangi disparitas ketahanan pangan antar daerah.** Memastikan terwujudnya ketahanan pangan di tingkat daerah melalui: (i) peningkatan produksi dan produktivitas pertanian; (ii) perbaikan sistem distribusi, akses dan sistem penanganan masalah pangan; dan (iii) percepatan penganekaragaman konsumsi pangan berbasis sumber daya lokal.
- 4. Memperkuat lembaga di tingkat pusat dan daerah yang mempunyai kewenangan kuat dalam merumuskan kebijakan dan program bidang pangan dan gizi.**

TUJUAN 2 : MENCAPAI PENDIDIKAN DASAR UNTUK SEMUA



Visi Masa Depan



TUJUAN 2: MENCAPAI PENDIDIKAN DASAR UNTUK SEMUA

TARGET 2A: MENJAMIN PADA TAHUN 2015 SEMUA ANAK LAKI-LAKI MAUPUN PEREMPUAN DIMANAPUN DAPAT MENYELESAIKAN PENDIDIKAN DASAR

Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber
TUJUAN 2: MENCAPAI PENDIDIKAN DASAR UNTUK SEMUA					
<i>Target 2A: Menjamin pada 2015 semua anak-anak, laki-laki maupun perempuan di manapun dapat menyelesaikan pendidikan dasar</i>					
2.1	Angka Partisipasi Murni (APM) sekolah dasar	88,70% (1992)**	95,23% (2009)*	100,00%	▶ *Kemdiknas ** BPS, Susenas
2.2.	Proporsi murid kelas 1 yang berhasil menamatkan sekolah dasar	62,00% (1990)*	93,50% (2008)**	100,00%	▶ *Kemdiknas ** BPS, Susenas
2.3	Angka melek huruf penduduk usia 15-24 tahun, perempuan dan laki-laki	96,60% (1990)	Perempuan: 99,47% (2009) Laki-laki: 99,55%	100,00%	▶ BPS, Susenas

Status: ● Sudah tercapai ▶ Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

KEADAAN SAAT INI

Pembangunan pendidikan nasional diarahkan untuk meningkatkan pemerataan kesempatan pendidikan, mutu, serta relevansi dan efisiensi manajemen pendidikan. Sebagai wujud komitmen pemerintah terhadap pembangunan pendidikan, pada tahun 1994 pemerintah telah



mencanangkan program wajib belajar pendidikan dasar 9 tahun (*compulsory basic education*) untuk menjamin bahwa semua anak-anak usia 7-15 tahun mendapatkan pendidikan dasar hingga jenjang SMP/MTs. Pada tingkat internasional, keikutsertaan Indonesia di

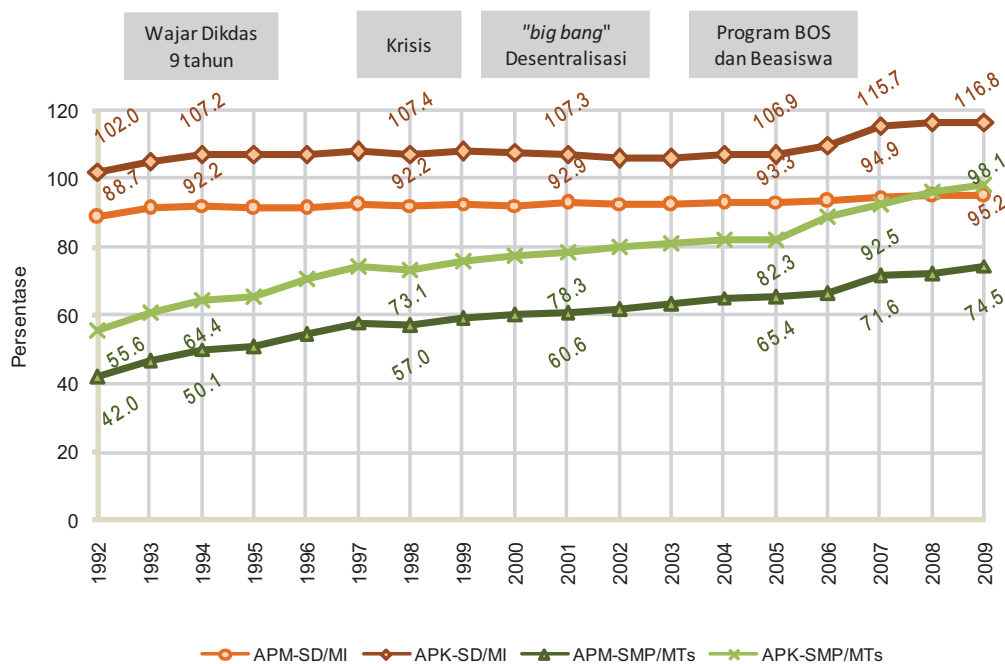
dalam MDGs, Deklarasi Dakar untuk *Education for All*, dan Konvensi Hak Anak (*Convention on The Right of Child*) semakin memperkuat komitmen pemerintah untuk mewujudkan pendidikan yang merata dan berkeadilan bagi seluruh anak Indonesia.

Berbagai kegiatan pembangunan pendidikan yang dilakukan untuk mempercepat pencapaian tujuan MDGs pada akhir tahun 2015 telah menunjukkan perkembangan yang cukup berarti.

Angka Partisipasi Murni (APM) jenjang sekolah dasar/madrasah ibtidaiyah (SD/MI) dan angka melek huruf penduduk usia 15-24 tahun yang digunakan sebagai indikator untuk mengukur pencapaian tujuan 2 MDG, telah menunjukkan kemajuan yang menggembirakan.

Angka Partisipasi Murni pada tingkat nasional meningkat. APM jenjang SD/MI meningkat secara signifikan dari 88,7 persen di tahun 1992 dan tetap meningkat walaupun terjadi krisis keuangan di tahun 1997 menjadi 92,5 persen. Pada tahun 2008/09, APM jenjang SD/MI termasuk Paket A telah mencapai 95,23 persen dengan Angka Partisipasi Kasar (APK) telah jauh melampaui 100 persen (**Gambar 2.1**). Jika tingkat kemajuan saat ini dapat dipertahankan, maka Indonesia diperkirakan berhasil mencapai tujuan MDG pendidikan di akhir tahun 2015. Indonesia bahkan telah menetapkan sasaran pembangunan pendidikan dasar melebihi sasaran yang ditetapkan dalam MDG pendidikan dengan menambah jenjang Sekolah Menengah Pertama (SMP/MTs) sebagai sasaran. Pada tahun 2008/09, APM dan APK SMP/SMPLB/MTs/ Paket B masing-masing telah mencapai 74,52 persen dan 98,11 persen. Peningkatan yang terjadi pada indikator APM jenjang SD/MI dan SMP/MTs ini mencerminkan kebijakan pemerintah yang berkelanjutan untuk meningkatkan akses ke jenjang pendidikan dasar.

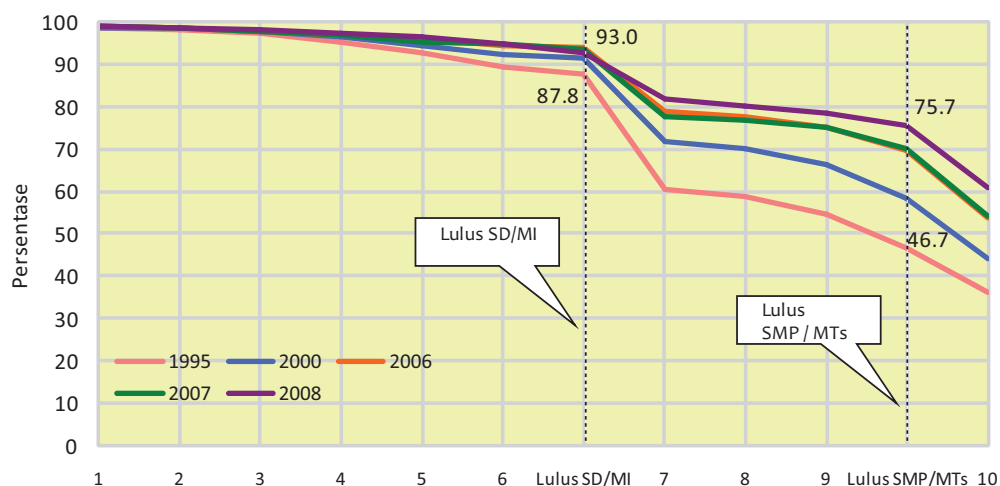
Gambar 2.1.
Perkembangan
APM dan APK
Jenjang SD/MI dan
SMP/MTs 1992-
2009



Sumber:
BPS, Susenas dan
Kemdiknas

Fenomena *early entry* yang telah berlangsung beberapa tahun belakangan ini berkontribusi pada sulitnya pencapaian target APM 100 persen pada jenjang SD/MI karena terdapat sebagian anak usia 6 tahun ke bawah sudah mulai bersekolah di SD/MI dan bahkan sebagian anak usia 12 tahun sudah berada di jenjang SMP/MTs. Untuk itu, dalam mengukur pencapaian partisipasi pendidikan penduduk usia 7-12 tahun digunakan juga indikator Angka Partisipasi Sekolah (APS). Hingga tahun 2009, APS usia 7-12 tahun telah mencapai 97,95 persen. Capaian ini menunjukkan hanya sekitar 2 persen penduduk usia 7-12 tahun yang belum bersekolah.

Selama kurun waktu 1995-2008, pendidikan tertinggi yang pernah diikuti oleh penduduk berusia 16-18 tahun menunjukkan perkembangan yang membaik, ditandai dengan meningkatnya proporsi murid kelas 1 yang berhasil lulus SD/MI dari 87,8 persen di tahun 1995 menjadi 93,0 persen pada tahun 2008 (Gambar 2.2). Hal ini menggambarkan adanya peningkatan efisiensi internal pendidikan dasar setiap tahunnya yang ditandai antara lain dengan menurunnya angka putus sekolah dan meningkatnya angka melanjutkan dari jenjang SD/MI ke jenjang SMP/MTs.

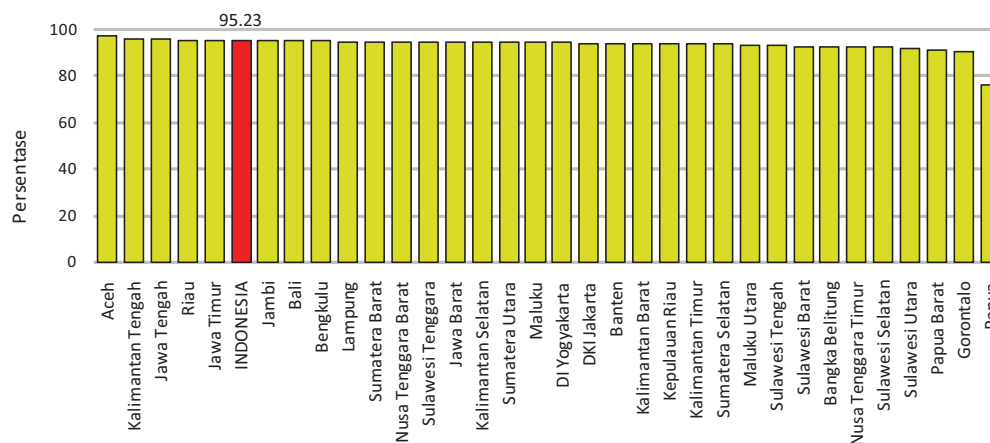


Gambar 2.2. Kecenderungan Pendidikan Tertinggi yang Pernah Diikuti oleh Penduduk Usia 16-18 Tahun, 1995-2008

Sumber:
BPS, Susenas 1995, 2000, 2006, 2007, 2008

Sementara itu, disparitas partisipasi pendidikan antarprovinsi pada jenjang SD/MI sudah semakin kecil. Hampir seluruh provinsi telah mencapai APM SD/MI di atas 90 persen, kecuali provinsi Papua yang baru mencapai 76,09 persen (Gambar 2.3). Bila dilihat dari sisi permintaan (*demand*), faktor ekonomi merupakan penyebab utama rendahnya partisipasi masyarakat dalam mengakses pendidikan. Tidak sedikit anak-anak yang terpaksa bekerja dan meninggalkan sekolah karena alasan kemiskinan yang dialaminya. Sedangkan dari sisi penyediaan (*supply*) atau layanan pendidikan, faktor yang turut berkontribusi pada capaian partisipasi pendidikan, diantaranya sarana-prasarana pendidikan yang masih terbatas, kurikulum pendidikan yang kurang relevan, metode belajar-mengajar yang belum optimal, dana operasional sekolah yang belum sepenuhnya memadai, persyaratan kualifikasi akademik yang belum dipenuhi oleh semua guru, dan distribusi guru yang belum merata untuk semua wilayah.

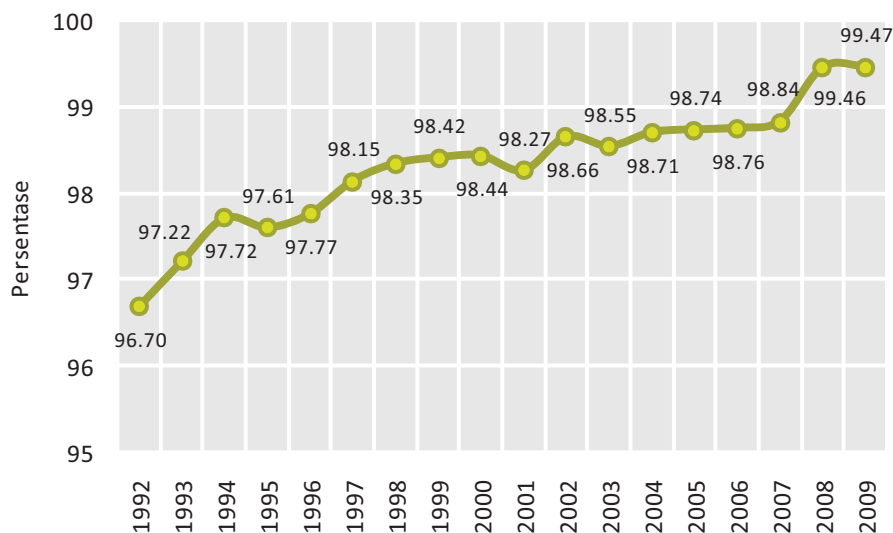
Gambar 2.3.
Angka Partisipasi Murni (APM) Jenjang SD/MI Menurut Provinsi, 2009



Sumber:
BPS, Susenas dan
Kemdiknas, 2008/09

Selama periode 1992-2009, angka melek huruf penduduk usia 15-24 tahun meningkat dari 96,70 persen menjadi 99,47 persen (Gambar 2.4). Peningkatan partisipasi pada jenjang pendidikan dasar telah mendorong peningkatan kemampuan penduduk dalam membaca dan menulis. Disamping itu, meningkatnya proporsi siswa kelas I SD/MI yang berhasil menyelesaikan sekolahnya hingga kelas V atau menamatkan sekolah dasar juga turut berkontribusi pada peningkatan persentase penduduk melek huruf.

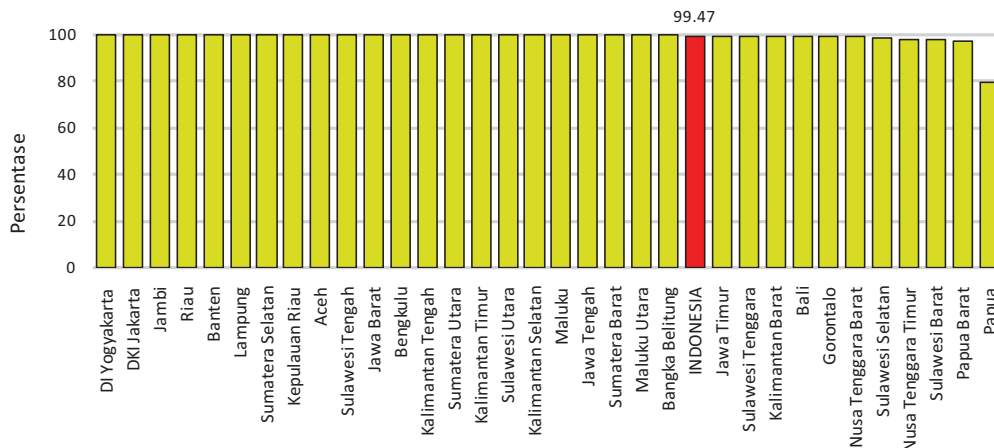
Gambar 2.4.
Perkembangan Angka Melek Huruf Penduduk Usia 15-24 Tahun, 1992-2009



Sumber:
BPS, Susenas

Kondisi pada tingkat wilayah menunjukkan bahwa disparitas antarprovinsi untuk kemampuan melek huruf penduduk berusia 15-24 tahun hampir tidak ditemukan. Hampir semua provinsi telah mendekati sasaran 100 persen, kecuali provinsi Papua yang baru mencapai 79,69 persen pada tahun 2009 (Gambar 2.5). Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) merupakan provinsi yang telah mencapai angka melek huruf 100 persen atau dengan kata lain 100 persen penduduknya telah terbebas dari buta aksara. Dengan capaian angka melek huruf sebesar 99,47 persen pada

tahun 2009, masih terdapat sekitar 0,5 persen penduduk usia 15-24 tahun yang buta aksara, umumnya merupakan penduduk perempuan, miskin, dan tinggal di perdesaan.



Gambar 2.5.
Angka Melek Huruf Penduduk Usia 15-24 Tahun, 2009

Sumber:
BPS, Susenas

Kinerja peningkatan akses dan kualitas pendidikan dasar yang telah dicapai Indonesia hingga saat ini merupakan hasil dari pelaksanaan kebijakan untuk mencapai pendidikan dasar yang universal. Sebagai wujud perhatian pemerintah terhadap sektor pendidikan, mulai tahun 2009 pemerintah meningkatkan anggaran pendidikan menjadi 20 persen dari total APBN yang dialokasikan melalui belanja pemerintah pusat dan transfer ke daerah. Dana Alokasi Khusus (DAK) yang bersumber dari APBN dialokasikan kepada daerah sejak tahun 2003 untuk menunjang upaya penuntasan wajib belajar pendidikan dasar 9 tahun melalui kegiatan rehabilitasi gedung SD/MI dan penggantian mebelair. Alokasi anggaran DAK pendidikan terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun dan pada tahun 2010 telah mencapai Rp9,3 triliun dengan kegiatan diperluas hingga jenjang SMP untuk pembangunan ruang kelas baru, rehabilitasi ruang kelas, dan kegiatan peningkatan mutu.

Pada tahun 2005, pemerintah melalui dana dekonsentrasi telah mengalokasikan anggaran untuk program Bantuan Operasional Sekolah (BOS). Sebagai bagian dari program subsidi pendidikan, BOS dirancang untuk membiayai kegiatan operasional sekolah dan dimaksudkan untuk mengurangi atau bahkan menghilangkan biaya sekolah negeri dan swasta di jenjang SD/MI dan SMP/MTs. Bagi banyak sekolah, terutama di daerah miskin, program BOS dianggap sangat membantu karena dapat menggantikan kontribusi finansial orang tua kepada sekolah khususnya pengeluaran untuk SPP. Beberapa daerah telah menyelenggarakan BOS Daerah (BOSDA) melalui APBD, namun ada juga daerah yang tetap mengizinkan partisipasi masyarakat dalam membiayai pengeluaran operasional sekolah. Dalam 6 tahun terakhir cakupan maupun satuan biaya BOS terus mengalami peningkatan. Pada tahun 2010 jumlah siswa sasaran BOS mencapai 43,7 juta siswa yang terdiri dari 37,59 juta siswa sekolah umum dan 6,18 juta siswa madrasah dengan total alokasi sekitar Rp 19,26 triliun.

Pada saat yang sama, pemerintah juga menyelenggarakan program Beasiswa Siswa Miskin (BSM) untuk meningkatkan kemampuan masyarakat miskin dalam menyekolahkan anaknya

di jenjang SD/MI dan SMP/MTs. Cakupan pemberian beasiswa bagi siswa miskin akan terus dilanjutkan dan pada tahun 2010 telah disediakan untuk 3,7 juta siswa jenjang pendidikan dasar. Selama 6 tahun terakhir, penyelenggaraan program beasiswa miskin dinilai telah memberikan kontribusi terhadap percepatan penuntasan wajib belajar pendidikan dasar 9 tahun sekaligus menekan angka putus sekolah. Data Kemdiknas menunjukkan adanya kecenderungan penurunan angka putus sekolah jenjang sekolah dasar (SD/SDLB/MI) dari 2,74 persen pada tahun 2005 menjadi 1,7 persen pada tahun 2009 (Kemdiknas, 2010).

Kotak 2-1.

Bernardus Tosi (Ketua Komite Sekolah SD-SMP SATAP Nitneo, Kupang Barat, Provinsi NTT)

"Anak-anak kita tidak harus menderita seperti kami"

Seorang pria setengah baya menghembuskan napas panjang dan mulai menceritakan kisah-kisahnyanya:

Setelah menyelesaikan sekolah dasar, seorang guru membujuk saya agar saya melanjutkan pendidikan. Kami berasal dari keluarga miskin; orang tua saya bahkan tidak berani membayangkan untuk mengirim saya pergi ke sekolah. Jarak dari rumah saya ke sekolah pulang-pergi adalah sekitar 24 kilometer. Ketika sampai di sekolah, saya melepas sepatu dan masuk ke dalam kelas dengan bertelanjang kaki. Biasanya saya berjalan ke sekolah dengan tubuh setengah telanjang, karena jika saya memakai baju maka akan basah dan dengan mudah robek.

Sekarang, ketika siang datang, saya suka duduk di beranda rumah saya dan melihat anak-anak berjalan ke rumah sepulang dari sekolah. Segerombolan anak-anak berjalan dengan memakai baju berseragam. Mereka berjalan sambil mengobrol dengan ceria, dan beberapa dari mereka tertawa. Saya sungguh bangga dan bahagia mengetahui mereka tidak harus mengalami kesulitan seperti pengalaman saya. Sekarang kita telah membangun SD-SMP satu atap (SATAP) sehingga jarak terjauh hanya sekitar 2 kilometer dari rumah siswa. Di akhir perbincangannya Bernardus Tosi, mengungkapkan "Saya dan semua masyarakat di sini sangat senang dengan adanya sekolah satu atap ini. Anak-anak kami tidak harus menderita seperti kami dulu...."



Halaman besar depan SD-SMP SATAP Nitneo, Kupang Barat, NTT : Kebanggaan masyarakat

Sumber: Summary Report AIBEP School and District Survey, 2009-2010

TANTANGAN

- 1. Menjangkau anak-anak yang belum terlayani oleh sistem pendidikan karena faktor ekonomi.** Kemiskinan adalah faktor utama anak tidak bersekolah, dimana 70 persen siswa yang tidak bersekolah disebabkan oleh ketidakmampuan keuangan (AIBEP 2008). Keluarga miskin masih menghadapi kesulitan untuk memenuhi biaya pendidikan seperti biaya transportasi, buku, dan pakaian seragam¹ (Bappenas, 2009).
- 2. Meningkatkan kesiapan anak bersekolah (*school readiness*) dan meningkatkan kelulusan pada jenjang pendidikan dasar.** Belum semua anak Indonesia antara usia 0-6 tahun yang berjumlah 28 juta anak yang dapat ikut serta dalam program PAUD. Selain itu, banyak anak-anak miskin yang tidak terjangkau oleh program ini, ditunjukkan oleh jumlah siswa Taman Kanak-Kanak (TK) yang berasal dari kelompok masyarakat mampu mencapai lebih dari tiga kali lipat dari jumlah siswa TK yang berasal dari kelompok masyarakat tidak mampu.
- 3. Meningkatkan profesionalisme dan pemerataan distribusi guru.** Pemerintah menyadari bahwa perbaikan kualitas tidak mungkin dapat dilaksanakan apabila kesejahteraan tenaga pengajar tidak terjamin. Pada tahun 2009, masih terdapat sekitar 57,4 persen dari 2,6 juta guru yang belum memiliki kualifikasi akademik minimal D4 atau S1 (**Tabel 2.1**).

Tingkat Pendidikan	Jumlah Guru				Proporsi (%)			
	≤ SMA	Diploma 1-3	≥ Dipl. 4 / S1	Total	≤ SMA	Diploma 1-3	≥ Dipl. 4 / S1	Total
TK	119.984	71.080	32.378	223.422	53,70	31,81	14,49	100
SD	374.728	758.294	364.637	1.497.659	25,02	50,83	24,35	100
SMP	29.083	101.890	341.972	502.915	5,78	20,26	73,96	100
SMA / SMK	11.806	29.876	341.633	475.917	3,08	7,79	89,13	100
TOTAL	535.601	961.120	1.110.590	2.607.311	20,54	36,88	46,60	100

Tabel 2.1.

Jumlah dan Proporsi Guru Berdasarkan Tingkat Sekolah dan Kualifikasi Akademik di Indonesia, Tahun 2009

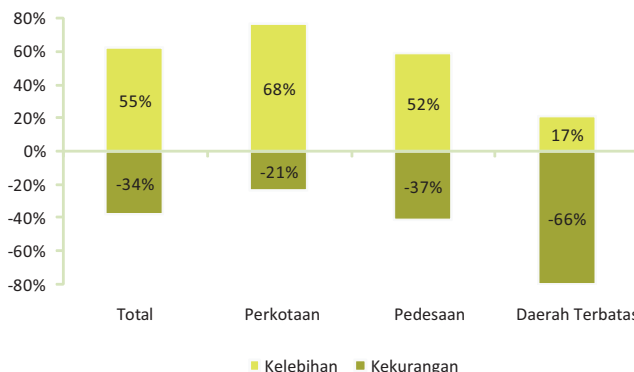
Catatan:

tidak termasuk guru madrasah

Sumber:

Kemdiknas, Ditjen Peningkatan Mutu Pendidik dan Tenaga Kependidikan, 2010

- 4. Selain itu, distribusi guru masih belum merata baik di daerah perkotaan maupun pedesaan.** Hal ini mengakibatkan proses belajar-mengajar tidak berjalan sebagaimana mestinya.



Gambar 2.6.

Distribusi Guru di Perkotaan, Pedesaan dan Daerah Terpencil di Indonesia, 2007/2008

Sumber:

Kemdiknas, Indikator Pendidikan di Indonesia, 2007/2008

¹ Banyak sekolah di Indonesia mensyaratkan murid-muridnya untuk memakai enam seragam berbeda dalam satu minggu (misalnya merah dan putih, batik, gamis, pramuka, dan olah raga). Di banyak negara, hanya satu seragam yang disyaratkan untuk mengurangi beban orang tua.

5. **Menyediakan sarana dan prasarana pendidikan yang memadai termasuk buku dan peralatan belajar-mengajar.** Masih banyak ditemukan ruang-ruang kelas SD/MI yang rusak, terutama di daerah terpencil, terisolir, kepulauan, dan perbatasan. Selain itu, sampai saat ini belum semua sekolah mampu menyediakan buku mata pelajaran yang dibutuhkan bagi peserta didik. Pada tahun 2008, diperkirakan proporsi SD dan SMP yang memiliki perpustakaan masing-masing baru mencapai sekitar 32 persen dan 63 persen.
6. **Meningkatkan daya jangkau pendidikan nonformal bagi anak-anak putus sekolah dan yang tidak mampu mengenyam pendidikan formal di sekolah.** Penyelenggaraan program pendidikan nonformal yang meliputi antara lain pendidikan Paket A dan Paket B atau program kesetaraan, terutama untuk anak-anak dari keluarga miskin, merupakan unsur penting dalam mempercepat kemajuan dalam mencapai tujuan MDG bidang pendidikan di Indonesia. Akan tetapi, penyelenggaraan program ini masih menghadapi masalah rendahnya kualitas dan cakupan program.
7. **Mengembangkan sistem pembiayaan dan mekanisme transfer yang lebih baik.** Sejalan dengan makin meningkatnya komitmen pemerintah dan masyarakat luas akan pentingnya pembangunan pendidikan, anggaran pendidikan telah mengalami peningkatan secara signifikan dari 11,4 persen pada tahun 2001 menjadi 20 persen pada tahun 2009 dari total pengeluaran pemerintah (APBN). Namun demikian, peningkatan transfer alokasi anggaran pendidikan ke daerah juga mengakibatkan terjadinya pengurangan anggaran pendidikan (APBD) di beberapa daerah (efek substitusi).
8. **Meningkatkan akuntabilitas dan efisiensi manajemen pendidikan dalam era desentralisasi.** Dengan desentralisasi pendidikan, tanggung jawab utama, wewenang, dan pengelolaan sumber daya pendidikan didelegasikan kepada pemerintah daerah. Namun, manajemen dan tatakelola pendidikan belum efektif dan optimal. Pemerintah baik pusat maupun daerah masih mengalami kendala rendahnya kapasitas untuk melaksanakan tugas dan peran baru seiring dengan pelaksanaan kebijakan desentralisasi pendidikan.

KEBIJAKAN

1. **Meningkatkan Pemerataan Akses:**
 - a. **Merumuskan dan melaksanakan kebijakan pada tingkat nasional dan daerah** untuk mempercepat penyediaan sarana dan prasarana belajar-mengajar yang memadai, rehabilitasi sekolah rusak, pembangunan sekolah baru, pembangunan sekolah satu atap terutama di daerah-daerah miskin, terpencil dan tertinggal, termasuk madrasah dan pesantren.
 - b. **Memastikan bahwa mekanisme pembiayaan pendidikan lebih pro-masyarakat miskin untuk lebih menjamin terwujudnya pembiayaan pendidikan yang adil.** Kebijakan pendanaan yang berpihak pada masyarakat miskin dilaksanakan, termasuk peningkatan jumlah beasiswa untuk murid tidak mampu terutama di daerah dengan

angka partisipasi pendidikan yang rendah. Kabupaten/kota yang mempunyai kapasitas fiskal tinggi akan didorong untuk menyediakan dana pendamping.

- c. **Meningkatkan efektivitas, efisiensi, dan akuntabilitas pelaksanaan program BOS.** Kapasitas pemerintah daerah dan sekolah dalam mengelola dana BOS akan ditingkatkan. Selain itu partisipasi masyarakat dalam perencanaan, pemantauan, dan evaluasi pelaksanaan BOS akan ditingkatkan dengan memperkuat peran Komite Sekolah.
- d. **Mempercepat dan memperluas layanan PAUD (Program Pendidikan Anak Usia Dini)** yang holistik dan terintegrasi terutama di daerah perdesaan atau di daerah tertinggal. Pemerintah daerah akan didorong untuk mengalokasikan anggaran guna mendukung peningkatan layanan PAUD yang holistik dan terintegrasi terutama di daerah miskin dan tertinggal. Peningkatan kapasitas akan dilakukan pada tingkat daerah, provinsi dan pusat untuk merencanakan dan memantau peningkatan kinerja program.
- e. **Meningkatkan program kesetaraan yang bermutu.** Jangkauan program kesetaraan (Paket A dan B) akan difokuskan bagi anak-anak putus sekolah dan anak-anak usia sekolah yang tidak mampu menempuh pendidikan formal karena berbagai kendala terutama kendala ekonomi.

2. Meningkatkan Kualitas dan Relevansi:

- a. **Mempercepat peningkatan kualitas pendidikan dan pelatihan guru.** Dalam rangka meningkatkan kualitas pembelajaran, akan dikembangkan kebijakan yang mensyaratkan agar semua Lembaga Pendidikan Tenaga Kependidikan/LPTK meninjau ulang mata pelajaran dan kurikulum sesuai dengan kompetensi yang disyaratkan berdasarkan Undang-Undang tentang Guru dan Dosen.
- b. **Perbaiki kurikulum dan perbaiki kualitas belajar-mengajar.** Reformasi menyeluruh akan dilakukan untuk perbaikan kurikulum dan proses belajar-mengajar yang memungkinkan potensi kecerdasan intelektual, emosional, spiritual, dan sosial anak berkembang dengan baik.
- c. **Meningkatkan pelatihan manajemen berbasis sekolah (MBS) bagi para kepala sekolah dan pengawas.** Pelatihan MBS akan ditingkatkan bagi para kepala sekolah dan pengawas mencakup pelatihan penilaian kinerja guru, monitoring dan pengawasan, perencanaan dan pengelolaan keuangan, dan peningkatan peran serta masyarakat.

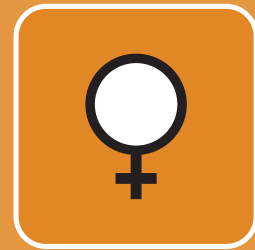
3. Memperkuat Tatakelola dan Akuntabilitas:

- a. **Meningkatkan kapasitas pemerintah daerah dalam mengelola program pendidikan dasar.** Pengembangan kapasitas dalam manajemen pendidikan mencakup analisa, perencanaan dan penganggaran, pemantauan dan evaluasi, serta pengelolaan dan pertanggungjawaban keuangan.
- b. **Meningkatkan akuntabilitas manajemen sumber daya pendidikan.** Peningkatan akuntabilitas manajemen sumber daya pendidikan dilakukan antara lain melalui: (i) penelaahan atas efisiensi biaya dan mekanisme pembiayaan; (ii) pengembangan dan pelembagaan pembiayaan berbasis kinerja (*performance-based budgeting*) yang terkait dengan kualitas pendidikan dasar; (iii) pengembangan evaluasi berbasis kinerja dan sistem penjaminan mutu; dan (iv) penguatan sistem informasi manajemen

pendidikan.

- c. **Meningkatkan Partisipasi Masyarakat.** Upaya meningkatkan partisipasi masyarakat dalam penyelenggaraan pendidikan dilakukan melalui: (i) perbaikan dalam pemberian informasi, penyebaran dan advokasi kepada pemangku kepentingan; dan (ii) peningkatan kemitraan pemerintah-swasta dalam penyelenggaraan pendidikan dengan merumuskan peranan yang jelas untuk orangtua dan masyarakat dalam manajemen berbasis sekolah (MBS).

TUJUAN 3 : MENDORONG KESETARAAN GENDER DAN PERBERDAYAAN PEREMPUAN



Anak-Anak Sekolah Dasar dan Staf Geotermal Sulawesi Utara



TUJUAN 3: MENDORONG KESETARAAN GENDER DAN PEMBERDAYAAN PEREMPUAN

TARGET 3A:

MENGHILANGKAN KETIMPANGAN GENDER DI TINGKAT PENDIDIKAN DASAR DAN LANJUTAN PADA TAHUN 2005, DAN DI SEMUA JENJANG PENDIDIKAN TIDAK LEBIH DARI TAHUN 2015

Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber	
TUJUAN 3: MENDORONG KESETARAAN GENDER DAN PEMBERDAYAAN PEREMPUAN						
<i>Target 3A: Menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005, dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015</i>						
3.1	Rasio perempuan terhadap laki-laki di tingkat pendidikan dasar, menengah dan tinggi					
	- Rasio APM perempuan/laki-laki di SD	100,27 (1993)	99,73 (2009)	100,00	●	BPS, Susenas
	- Rasio APM perempuan/laki-laki di SMP	99,86 (1993)	101,99 (2009)	100,00	●	
	- Rasio APM perempuan/laki-laki di SMA	93,67 (1993)	96,16 (2009)	100,00	▶	
	- Rasio APM perempuan/laki-laki di Perguruan Tinggi	74,06 (1993)	102,95 (2009)	100,00	▶	
3.1a	Rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki pada kelompok usia 15-24 tahun	98,44 (1993)	99,85 (2009)	100,00	●	
3.2	Kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor nonpertanian	29,24% (1990)	33,45% (2009)	Meningkat	▶	BPS, Sakernas
3.3	Proporsi kursi yang diduduki perempuan di DPR	12,50% (1990)	17,90% (2009)	Meningkat	▶	KPU

Status: ● Sudah tercapai ▶ Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

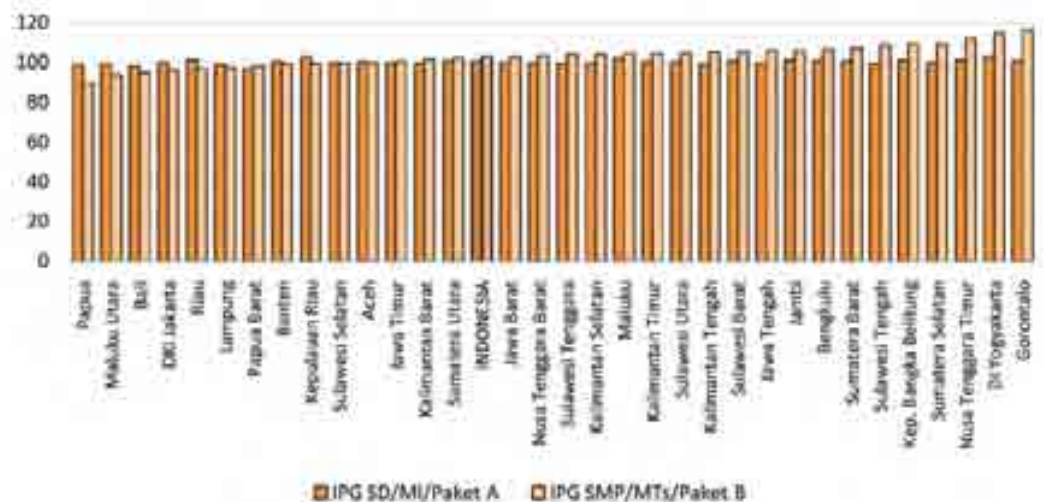
KEADAAN SAAT INI

Salah satu tujuan pembangunan manusia di Indonesia adalah mencapai kesetaraan gender dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia, baik laki-laki maupun perempuan. Berbagai kemajuan telah dicapai dalam rangka mewujudkan kesetaraan gender di bidang pendidikan, ketenagakerjaan, dan politik.

Di bidang pendidikan, upaya mendorong kesetaraan gender dilakukan dengan memberikan akses dan partisipasi yang sama, baik bagi perempuan, maupun laki-laki. Keberhasilan dari upaya tersebut antara lain dapat dilihat dari indeks paritas gender/IPG (*Gender Parity Index/GPI*) angka partisipasi murni (APM), atau rasio APM perempuan terhadap laki-laki. Dengan menggunakan indikator IPG APM terlihat bahwa sasaran MDG untuk mencapai kesetaraan gender pada semua jenjang pendidikan pada tahun 2015, diperkirakan akan tercapai. Data Susenas periode tahun 1993 sampai dengan 2009 menunjukkan bahwa IPG APM pada pendidikan dasar dan menengah berkisar pada angka 95-105, sementara IPG APM untuk pendidikan tinggi berfluktuasi dengan kecenderungan peningkatan yang signifikan. Pada tahun 2009, IPG APM pada SD/MI/Paket A telah mencapai 99,73; pada SMP/MTs/Paket B sebesar 101,99; pada SM/MA/Paket C sebesar 96,16; dan pada pendidikan tinggi sebesar 102,95.

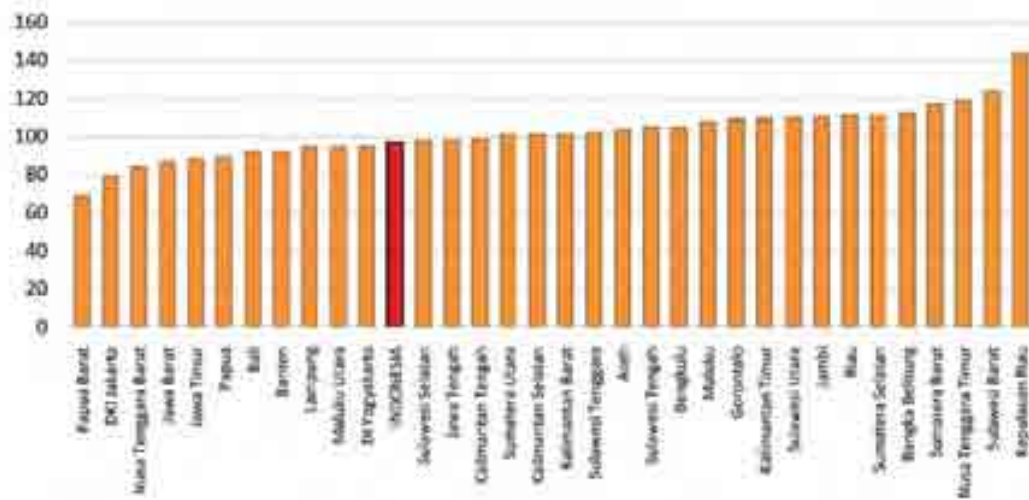
Disparitas antarprovinsi masih menjadi perhatian utama, terutama pada tingkat pendidikan menengah. Data Susenas 2009 (**Gambar 3.1**) menunjukkan bahwa IPG APM pada SD/MI/Paket A berkisar antara 96,39 (Papua Barat) dan 102,5 (Kepulauan Riau), dengan IPG APM yang hampir sama di semua provinsi. IPG pada SMP/MTs/Paket B berkisar antara 89,54 (Papua) dan 116,17 (Gorontalo). Sementara pada SM/MA/Paket C, IPG berkisar antara 68,60 (Papua Barat) dan 143,22 (Kepulauan Riau). Di beberapa provinsi (**Gambar 3.2**), IPG APM melebihi angka 110, yang berarti APM perempuan lebih tinggi dari APM laki-laki. Sementara itu, masih terdapat 6 provinsi yang memiliki IPG APM kurang dari 90, yaitu DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat, Papua, dan Papua Barat.

Gambar 3.1.
Indeks Paritas Gender (IPG) Angka Partisipasi Murni SD/MI/Paket A dan SMP/MTs/Paket B, Menurut Provinsi, Tahun 2009



Sumber:
BPS, Susenas 2009

Selain itu, sasaran MDG untuk rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki pada kelompok usia 15-24 tahun telah tercapai. Pada tahun 2009, IPG nasional untuk melek huruf kelompok usia 15-24 tahun hampir mendekati angka 100, dengan tingkat melek huruf pada kelompok perempuan sebesar 99,40 persen dan tingkat melek huruf pada laki-laki sebesar 99,55 persen. Di 15 provinsi, tingkat melek huruf untuk perempuan dalam kelompok usia ini sedikit lebih rendah dibandingkan dengan tingkat melek huruf pada laki-laki.



Gambar 3.2.
Indeks Paritas Gender (IPG)
Angka Partisipasi Murni SM/MA/
Paket C, Menurut
Provinsi, Tahun
2009

Sumber:
BPS, Susenas 2009

Di bidang ketenagakerjaan, data Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) menunjukkan bahwa tingkat pengangguran terbuka (TPT) perempuan menurun lebih dari 6 persen, dari 14,71 persen pada tahun 2005, menjadi 8,47 persen pada tahun 2009; sementara TPT laki-laki menurun 1,6 persen, yaitu dari 9,29 persen menjadi 7,51 persen, dalam periode yang sama. Sementara itu, tingkat partisipasi angkatan kerja (TPAK) perempuan juga menunjukkan peningkatan, yang berkisar sekitar 50 persen. Angka tersebut jauh lebih rendah jika dibandingkan dengan TPAK laki-laki yang rata-rata 84 persen selama periode yang sama. Selain itu, kemajuan di bidang ketenagakerjaan juga dapat dilihat dari persentase perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor nonpertanian. Data Sakernas menunjukkan bahwa kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor nonpertanian mengalami peningkatan, dari sebesar 29,02 persen pada tahun 2004, menjadi sebesar 33,45 persen pada tahun 2009.

Kotak 3-1.**Upaya Percepatan Penerapan Pengarusutamaan Gender (PUG) di Indonesia**

Pada tahun 1998, Bappenas dan Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan mengembangkan *Gender Analysis Pathway (GAP)*, yang merupakan piranti analisis gender khusus untuk para perencana dalam melakukan analisis dan perumusan kebijakan/program/kegiatan pembangunan agar responsif gender. Hal ini ditindaklanjuti dengan ditetapkannya Instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2000 tentang Pengarusutamaan Gender (PUG) dalam Pembangunan Nasional, yang menginstruksikan kepada semua kementerian/lembaga dan daerah untuk melaksanakan PUG, dan dilanjutkan dengan pengintegrasian perspektif gender ke dalam perencanaan.

Pada tahun 2007, Bappenas melakukan evaluasi pelaksanaan PUG di 18 kementerian/lembaga, 7 provinsi, dan 7 kabupaten/kota terpilih. Hasil dari evaluasi tersebut menunjukkan bahwa strategi PUG masih belum dilaksanakan dengan baik di sebagian besar bidang pembangunan. Oleh sebab itu, dalam rangka mempercepat pelaksanaan PUG, maka perspektif gender tidak hanya diintegrasikan ke dalam sistem perencanaan tetapi juga penganggaran. Inisiatif ini dimulai dengan dikeluarkannya Surat Keputusan Menteri Negara PPN/Kepala Bappenas Nomor Kep.30/M.PPN/HK/03/2009 tentang Tim Pengarah dan Tim Teknis Perencanaan dan Penganggaran yang Responsif Gender (PPRG) untuk mengkoordinasikan pelaksanaan PPRG lintas sektor dan lintas kementerian.

Upaya mempercepat pelaksanaan PUG dilakukan melalui uji coba pelaksanaan anggaran responsif gender (ARG). Untuk pertama kalinya dalam RPJMN 2010-2014, kebijakan pengarusutamaan gender diintegrasikan ke dalam sistem perencanaan dan penganggaran, yang memuat kebijakan, indikator, dan sasaran yang terpilah gender dari berbagai kementerian dan lembaga. Hal ini ditindaklanjuti dengan dikeluarkannya Peraturan Menteri Keuangan (PMK) Nomor 119/PMK.02/2009 tentang Petunjuk Penyusunan dan Penelaahan Rencana Kerja dan Anggaran K/L dan Penyusunan, Penelaahan, Pengesahan dan Pelaksanaan DIPA Tahun Anggaran 2010, dan dilanjutkan dengan PMK Nomor 104/PMK.02/2010 tentang perihal yang sama untuk Tahun Anggaran 2011, yang turut mempercepat pelaksanaan ARG.

Sementara itu, PUG juga telah dilaksanakan di beberapa daerah. Pada tahun 2010, ARG diujicobakan pada 7 kementerian dan lembaga pilot. Setiap kementerian/lembaga pelaksana menyusun kerangka acuan kegiatan (TOR) dan *gender budget statement (GBS)*, yang merupakan dokumen akuntabilitas spesifik-gender yang disusun oleh K/L untuk menginformasikan bahwa suatu kegiatan sudah responsif gender. Pada tahun 2011, ARG diperluas penerapannya di berbagai bidang prioritas pembangunan.

Sementara itu, PUG juga telah dilaksanakan di beberapa daerah. Pada tahun 2009, Dinas Pendidikan Provinsi Jawa Tengah telah melaksanakan berbagai program dan kegiatan Pengarusutamaan Gender di Bidang Pendidikan, antara lain: (a) Penyusunan RAD Pengarusutamaan Gender Bidang Pendidikan tahun 2009 – 2013; (b) Penyempurnaan Modul dan Suplemen Modul yang berfungsi sebagai media pemahaman dan pembelajaran bagi fasilitator; (c) Pelaksanaan Pendidikan Keluarga Berwawasan Gender (PKBG), yang dikaitkan dengan *life skill* di 3 kabupaten/kota, masing-masing di 2 kecamatan; (d) Forum Fasilitator/*Focal Point* bidang pendidikan yang dibentuk pada tahun 2008; dan (e) kabupaten/kota dengan dukungan bantuan keuangan dari APBD Provinsi, melaksanakan program dan kegiatan PUG Bidang Pendidikan.

Di bidang politik, kemajuan yang dicapai antara lain adalah dengan ditetapkannya Undang-Undang Nomor 27 Tahun 2007 tentang Komisi Pemilihan Umum (KPU), Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2008 tentang Partai Politik, disusul dengan Undang-Undang Nomor 10 Tahun 2008

tentang Pemilihan Umum Anggota Dewan Perwakilan Rakyat, Dewan Perwakilan Daerah, dan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah. Undang-Undang tersebut mengamanatkan dengan jelas 30 persen keterwakilan perempuan dalam kepengurusan partai politik di tingkat pusat dan daerah dalam daftar yang diajukan untuk calon anggota legislatif. Kuota untuk calon anggota legislatif perempuan sebagaimana diamanatkan oleh undang-undang telah dipenuhi oleh seluruh partai politik yang mengikuti pemilihan umum 2009.

TANTANGAN

- 1. Meningkatkan kesetaraan gender di semua jenjang pendidikan di semua provinsi.** Beberapa provinsi masih mengalami kesenjangan IPG APM. Faktor yang menyebabkan terjadinya disparitas IPG APM antarprovinsi, terutama kemiskinan. Oleh sebab itu, tantangan yang dihadapi adalah tidak hanya meningkatkan APM perempuan namun juga laki-laki, tergantung keadaan dihadapinya. Fokus utama diberikan pada kelompok anak miskin, terutama yang berada di wilayah tertinggal dan terpencil, sementara perhatian khusus juga ditujukan untuk daerah yang secara geografis berbeda dan memiliki karakteristik serta nilai-nilai budaya yang belum sepenuhnya mendukung kesetaraan dan keadilan gender.
- 2. Melaksanakan penegakan hukum untuk memastikan perlakuan tanpa diskriminasi antara laki-laki dan perempuan untuk memperoleh pekerjaan dan dalam pekerjaannya.** Indonesia telah memiliki berbagai perangkat peraturan perundang-undangan yang memastikan perlakuan yang sama antara laki-laki dan perempuan dalam pekerjaan. Oleh karena itu, penegakan hukum dan koordinasi yang kuat antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah perlu diperkuat, untuk memastikan sinergitas peraturan ketenagakerjaan nasional dengan daerah, serta terlaksananya koordinasi dan pemantauan yang komprehensif untuk menjamin penegakan hukum dan peraturan ketenagakerjaan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Tantangan lainnya adalah memberikan perlindungan bagi pekerja perempuan di tempat kerjanya untuk memastikan hak-haknya terpenuhi disamping perluasan jaminan sosial bagi pekerja perempuan di sektor informal yang juga perlu terus menjadi perhatian.
- 3. Meningkatkan partisipasi perempuan pada lembaga-lembaga legislatif dan lembaga-lembaga politik.** Sebagian besar perempuan kurang memiliki pengetahuan yang memadai dalam bidang politik dan pengambilan keputusan. Pendidikan politik yang sensitif gender, baik untuk calon anggota legislatif laki-laki maupun perempuan, sangat diperlukan. Perlu diperhatikan pula peningkatan partisipasi perempuan dalam pembuatan keputusan di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten di samping perempuan (pemilih dan calon legislatif) perlu terus diberi peluang untuk mempengaruhi proses pengambilan keputusan di bidang politik, ekonomi, dan sosial.

KEBIJAKAN

Kebijakan peningkatan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan diarahkan pada: (1) peningkatan kualitas hidup dan peran perempuan dalam pembangunan; (2) perlindungan perempuan terhadap berbagai tindak kekerasan; dan (3) peningkatan kapasitas kelembagaan PUG dan pemberdayaan perempuan. Dalam rangka mencapai kebijakan tersebut, maka strategi untuk meningkatkan kesetaraan gender dikelompokkan ke dalam empat bidang, yaitu:

1. **Bidang pendidikan:**
 - a. Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dalam rangka mengurangi kesenjangan taraf pendidikan antarwilayah, gender, dan antartingkat sosial ekonomi.
 - b. Meningkatkan akses dan kualitas pendidikan nonformal yang responsif gender.
2. **Bidang ketenagakerjaan:**
 - a. Mengutamakan penegakan hukum yang ada, termasuk menyelaraskan kebijakan-kebijakan dan peraturan-peraturan ketenagakerjaan, termasuk kebijakan yang melindungi pekerja perempuan di tingkat nasional, daerah dan perusahaan, untuk memastikan bahwa laki-laki dan perempuan mampu berpartisipasi tanpa diskriminasi dalam angkatan kerja.
 - b. Memperkuat koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah terutama dalam penegakan undang-undang dan peraturan ketenagakerjaan.
 - c. Memperkuat pengawasan ketenagakerjaan melalui peningkatan jumlah, kapasitas dan kompetensi tenaga pengawas untuk memastikan terlaksananya pengawasan dan penegakan aturan ketenagakerjaan (*core labor standards*) dengan lebih baik.
 - d. Mengupayakan perlindungan sosial bagi kelompok perempuan yang bekerja di kegiatan ekonomi informal.
 - e. Meningkatkan kualitas pekerja dan calon tenaga kerja perempuan.
3. **Bidang politik**, melalui peningkatan pendidikan dan partisipasi politik untuk perempuan, antara lain:
 - a. Meningkatkan kerjasama dengan organisasi masyarakat sipil (OMS) dalam peningkatan partisipasi politik perempuan;
 - b. Menyusun modul pendidikan pemilih untuk kelompok perempuan, miskin, cacat, pemilih pemula dan lansia;
 - c. Meningkatkan pendidikan pemilih bagi calon legislatif perempuan; dan
 - d. Meningkatkan pendidikan politik bagi kader perempuan yang menjadi anggota partai politik.
4. **Pengarusutamaan gender pada penyelenggaraan pemerintah daerah**, yang dilaksanakan melalui pengembangan pedoman umum untuk Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) untuk mengintegrasikan perspektif gender ke dalam proses perencanaan, implementasi, penganggaran, pemantauan, dan evaluasi dari kebijakan, program, dan kegiatan pembangunan di tingkat lokal, baik provinsi maupun kabupaten/kota, dengan melibatkan seluruh pemangku kepentingan terkait.

TUJUAN 4 : MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN ANAK





4

TUJUAN 4: MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN ANAK

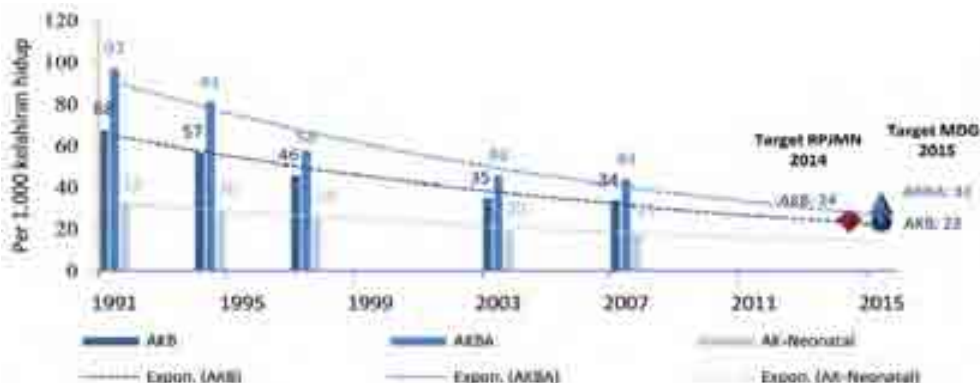
TARGET 4A: MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN BALITA (AKBA) HINGGA DUA PER TIGA DALAM KURUN WAKTU 1990-2015

Indikator		Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber
TUJUAN 4: MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN ANAK						
<i>Target 4A: Menurunkan Angka Kematian Balita (AKBA) hingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990-2015</i>						
4.1	Angka Kematian Balita per 1000 kelahiran hidup	97 (1991)	44 (2007)	32	▶	BPS, SDKI 1991, 2007; * Kemkes, Riskesdas 2010 (data sementara)
4.2	Angka Kematian Bayi (AKB) per 1000 kelahiran hidup	68 (1991)	34 (2007)	23	▶	
4.2a	Angka Kematian Neonatal per 1000 kelahiran hidup	32 (1991)	19 (2007)	Menurun	▶	
4.3	Persentase anak usia 1 tahun yang diimunisasi campak	44,5% (1991)	67,0% (2007) 74,5% (2010)*	Meningkat	▶	

Status: ● Sudah tercapai ▶ Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

KEADAAN SAAT INI

Kesehatan anak Indonesia terus membaik yang ditunjukkan dengan menurunnya angka kematian balita, bayi maupun neonatal. Angka kematian balita menurun dari 97 pada tahun 1991 menjadi 44 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI). Begitu pula dengan angka kematian bayi menurun dari 68 menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada periode yang sama. Angka kematian neonatal juga menurun walaupun relatif lebih lambat, yaitu dari 32 menjadi 19 kematian per 1.000 kelahiran hidup (**Gambar 4.1**).



Gambar 4.1. Kecenderungan dan Proyeksi Angka Kematian Anak Balita, Bayi dan Neonatal, tahun 1991-2015

Sumber: SDKI, berbagai tahun

Disparitas angka kematian balita, bayi dan neonatal antarwilayah, antarstatus sosial dan ekonomi masih merupakan masalah. Angka kematian balita tertinggi di Provinsi Sulbar (96) sedangkan terendah di DI Yogyakarta (22). Angka kematian anak pada ibu dengan tingkat pendidikan rendah lebih tinggi daripada ibu yang berpendidikan tinggi. Angka kematian anak pada keluarga kaya lebih rendah jika dibandingkan pada keluarga miskin.



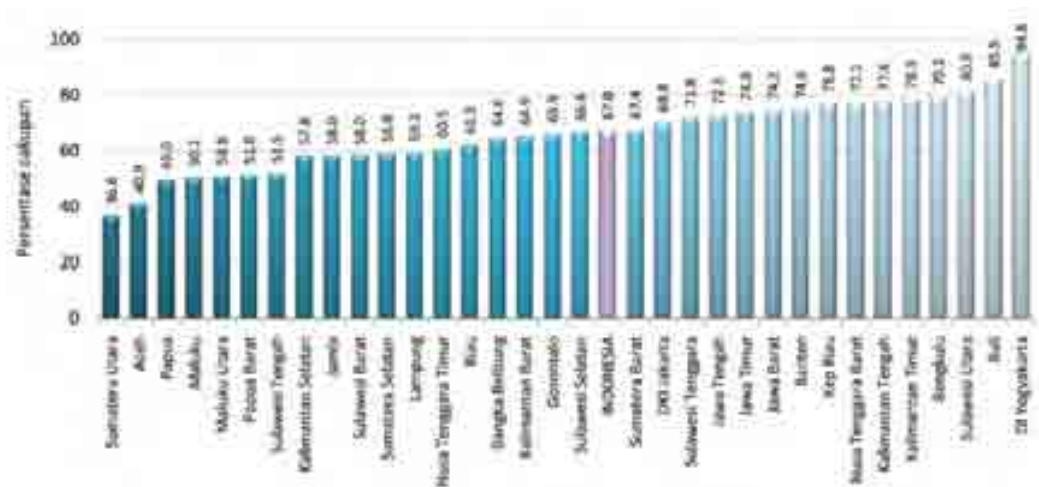
Sebagian besar penyebab kematian balita, bayi dan neonatal dapat dicegah. Salah satu pencegahan yang efektif adalah pemberian imunisasi.

Secara keseluruhan, cakupan program imunisasi lengkap terus meningkat. Selama periode 2002-2005, cakupan beberapa program imunisasi utama - yaitu BCG, DPT3, dan hepatitis - masing-masing

telah meningkat mencapai 82 persen, 88 persen, dan 72 persen. Sementara itu, cakupan nasional imunisasi campak pada tahun 2007 mencapai 67 persen (SDKI, 2007).

Terdapat 18 provinsi dengan cakupan imunisasi campak lebih rendah dari rata-rata nasional. Provinsi dengan cakupan terendah adalah Sumatera Utara (36,6 persen), Aceh (40,9 persen), dan Papua (49,9 persen). Sedangkan provinsi dengan cakupan tertinggi adalah DI Yogyakarta dengan cakupan 94,8 persen (**Gambar 4.2**). Cakupan nasional imunisasi campak terus meningkat menjadi sebesar 74,5 persen pada tahun 2010 (Data Sementara Riskesdas, 2010).

Gambar 4.2.
Persentase Anak Usia 1 Tahun yang Diimunisasi Campak, Menurut Provinsi, 2007



Sumber:
BPS, Susenas, 2009.

Kotak 4-1.**Pencapaian Target MDG Penurunan Angka Kematian Bayi di Kabupaten Bantul: Komitmen Pemerintah Daerah Kabupaten Sebagai Salah Satu Kunci Keberhasilan**

Kabupaten Bantul di DI Yogyakarta memiliki penduduk sekitar 942.579 jiwa dengan wilayah berupa dataran, perbukitan dan pesisir pantai. Komitmen Bupati dalam upaya penurunan AKB sangat besar yang ditunjukkan dengan dukungan dan kepemimpinan terhadap penanganan masalah kesehatan.

Bupati Bantul telah berhasil menggerakkan seluruh aparat Pemerintah Kabupaten hingga ke tingkat desa dan pedukuhan (RW) untuk terlibat dalam mengenali dan menangani permasalahan kesehatan. Upaya penanganan masalah kesehatan telah tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Bantul tahun 2007-2010.

Desa Bebas 4 Masalah Kesehatan (DB4MK) sebagai gerakan penanggulangan permasalahan utama kesehatan yang dilakukan oleh seluruh komponen masyarakat telah dimulai sejak tahun 2006. Upaya ini merupakan salah satu bentuk pemberian penghargaan kepada Pemerintah Desa yang dapat mengatasi masalah utama kesehatan di wilayah kerjanya. Gerakan DB4MK adalah keadaan yang dicapai dari upaya yang dilakukan oleh Pemerintah Desa dan masyarakat dalam bidang kesehatan yg diukur dari 4 dampak yaitu kematian ibu (AKI), kematian Bayi (AKB), Gizi Buruk, dan Demam Berdarah Dengue.

Gerakan ini bertujuan untuk: (1) mengubah pola pikir, pola sikap, dan pola tindak pejabat dan masyarakat umum terhadap permasalahan kesehatan; (2) menurunkan jumlah kematian ibu; (3) menurunkan jumlah kematian bayi; (4) menurunkan jumlah kesakitan Demam Berdarah Dengue; (5) menurunkan jumlah penderita gizi buruk; dan (6) meningkatkan penemuan kasus TBC BTA (+) baru.

Pemantauan dilakukan setiap bulan berdasarkan laporan Kepala Desa dan diperiksa silang dengan laporan puskesmas. Apabila desa mencapai hasil TIDAK ADA SATUPUN KASUS dari 4 MK tersebut dalam kurun waktu 1 tahun, maka desa akan mendapatkan penghargaan dari Bupati sebesar Rp 100 juta per desa. Penghargaan telah diberikan kepada Desa Girirejo Kecamatan Imogiri pada tahun 2007; Desa Karangtalun Kecamatan Imogiri dan Desa Sendangsari Kecamatan Pajangan pada tahun 2008; Desa Jatimulyo Kecamatan Dlingo pada tahun 2009. Penghargaan juga diberikan melalui pemberian insentif kepada desa yang melaporkan setiap kejadian dan penemuan kasus secara tepat waktu.



Prestasi ini dapat dicapai akibat penerapan berbagai program yang menjangkau seluruh sasaran ibu, bayi dan balita, seperti posyandu, pelayanan KIA penggunaan Buku KIA, pemberian imunisasi kepada seluruh bayi, Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar, pemeliharaan gizi masyarakat, pencegahan dan penanggulangan penyakit menular dan kesehatan lingkungan. Di setiap desa telah di tempat bidan desa, dan tidak ada satupun puskesmas yang tidak memiliki dokter. Setiap wilayah kecamatan dan desa/kelurahan harus mampu mendata dan memetakan kejadian kematian bayi dan balita. Gerakan DB4MK merupakan upaya menjaga keberhasilan penurunan Angka Kematian Bayi dengan cara membawa isu kesehatan sebagai isu keberhasilan pemerintahan sejak di tingkat desa hingga di tingkat kabupaten.

TANTANGAN

1. **Masih rendahnya cakupan imunisasi.** Pengawasan program, intervensi program berbasis fakta menuju *universal coverage*, perencanaan yang terintegrasi, dan kecukupan anggaran untuk program imunisasi belum memadai.
2. **Belum optimalnya deteksi dini dan perawatan segera bagi balita sakit atau Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).** Sekitar 35 - 60 persen anak-anak tidak memiliki akses ke layanan kesehatan yang layak ketika sakit dan 40 persen tidak terlindung dari penyakit yang dapat dicegah. Tatakelola, pelatihan staf, pendanaan dan promosi MTBS di tingkat akar rumput masih perlu ditingkatkan.
3. **Masih terbatasnya upaya perbaikan gizi pada anak.** Intervensi gizi yang *cost-effective*, layak, dan dapat diterapkan secara luas masih perlu dikembangkan.
4. **Masih rendahnya keterlibatan keluarga dalam kesehatan anak.** Hanya sekitar 30 persen dari ibu menerapkan praktik kesehatan yang baik. Kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) untuk perubahan perilaku perlu terus ditingkatkan.
5. **Masih rendahnya upaya pengendalian faktor risiko lingkungan.** Faktor risiko kematian bayi dan anak sangat terkait dengan kesehatan lingkungan - air bersih, sanitasi dasar dan tingkat polusi dalam ruangan.
6. **Masih terbatasnya akses terhadap layanan kesehatan.** Masih terdapat sekitar 20 persen kelahiran tidak memiliki akses ke layanan kesehatan yang layak, dan kebanyakan bayi lahir di Indonesia berisiko tinggi (Riskesdas, 2007).

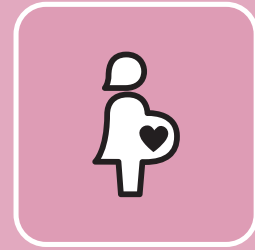
KEBIJAKAN

Kebijakan kesehatan anak di Indonesia difokuskan pada intervensi-intervensi layanan kesehatan meliputi: imunisasi, MTBS, gizi pada anak, penguatan peran keluarga, dan peningkatan akses layanan kesehatan, dengan penjelasan sebagai berikut:

1. **Meningkatkan cakupan imunisasi campak**, melalui penyediaan sumber daya yang memadai, dan memperjelas peran pemerintah pusat dan daerah dalam implementasi program imunisasi.
2. **Meningkatkan pelaksanaan strategi MTBS**, antara lain: (i) pelatihan MTBS bagi petugas kesehatan; (ii) penguatan struktur manajemen di tingkat pusat dan daerah; (iii) menjamin ketersediaan obat esensial; (iv) pelaksanaan MTBS di tingkat keluarga dan masyarakat; dan (v) penyelenggaraan konseling bagi Ibu dan *caregivers*.

3. **Menangani permasalahan gizi pada anak** yang difokuskan untuk menurunkan prevalensi *stunting* meliputi: (i) peningkatan pemberian ASI eksklusif; (ii) pemberian makanan tambahan; (iii) memantau tumbuh kembang anak; (iv) memperkenalkan komunikasi untuk perubahan perilaku; dan (v) intervensi gizi mikro.
4. **Menerapkan strategi kesehatan anak pada tingkat keluarga**, meliputi: (i) melindungi anak-anak di daerah endemis malaria dengan kelambu berinsektisida; (ii) memberikan imunisasi lengkap sebelum berusia satu tahun; (iii) mengenali anak sakit secara dini dan mencari perawatan pada fasilitas/tenaga kesehatan yang tepat dan cepat; (iv) memberikan lebih banyak makanan dan minuman, termasuk ASI, kepada anak-anak sakit; dan (v) perawatan yang tepat di rumah kepada anak yang menderita infeksi.
5. **Meningkatkan upaya perubahan perilaku**, melalui peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di tingkat rumah tangga.
6. **Meningkatkan pelayanan kesehatan neonatal dan ibu**, meliputi: (i) penerapan strategi kelangsungan hidup untuk bayi baru lahir dan anak-anak; (ii) pelayanan emergensi obstetrik dan neonatal; (iii) pelatihan bagi petugas kesehatan untuk mempromosikan praktik persalinan yang aman; dan (iv) vaksinasi dan pemberian suplemen zat besi.
7. **Memperkuat dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan**, melalui: (i) mempromosikan pelayanan kesehatan dasar dan revitalisasi Posyandu; (ii) peningkatan fasilitas kesehatan hingga menjadi PONEK dan PONEK; dan (iii) menjamin tersedianya biaya operasional kesehatan untuk rumah sakit dan puskesmas.
8. **Meningkatkan mobilisasi partisipasi masyarakat melalui kegiatan posyandu** yang meliputi pemantauan status gizi bayi dan balita melalui penimbangan bulanan, pemberian imunisasi lengkap dan layanan kesehatan lainnya.
9. **Meningkatkan advokasi kebijakan bagi daerah dengan tingkat pencapaian target kesehatan anak yang masih rendah**, melalui: (i) pengalokasian sumber daya yang memadai; (ii) peningkatan penyediaan anggaran publik untuk kesehatan khususnya bagi masyarakat miskin; (iii) pengembangan instrumen monitoring; (iv) peningkatan kemampuan tenaga kesehatan; dan (v) pengembangan strategi dalam penyediaan tenaga kesehatan strategis di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan dan kepulauan.
10. **Memadukan strategi lintas sektor untuk mempercepat pencapaian target penurunan angka kematian balita, bayi maupun neonatal.**

TUJUAN 5 : MENINGKATKAN KESEHATAN IBU



Puskesmas: Ujung Tombak Pelayanan Kesehatan



TUJUAN 5: MENINGKATKAN KESEHATAN IBU

TARGET 5A: MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN IBU HINGGA TIGA-PEREMPAT DALAM KURUN WAKTU 1990 – 2015

TARGET 5B: MEWUJUDKAN AKSES KESEHATAN REPRODUKSI BAGI SEMUA PADA TAHUN 2015

	Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber
TUJUAN 5: MENINGKATKAN KESEHATAN IBU						
<i>Target 5A: Menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990-2015</i>						
5.1	Angka Kematian Ibu per 100.000 kelahiran hidup	390 (1991)	228 (2007)	102	▼	BPS, SDKI 1993, 2007
5.2	Proporsi kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan terlatih	40,70% (1992)	77,34% (2009)	Meningkat	►	BPS, Susenas 1992-2009
<i>Target 5B: Mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015</i>						
5.3	Angka pemakaian kontrasepsi /CPR bagi perempuan menikah usia 15-49, semua cara	49,7% (1991)	61,4% (2007)	Meningkat	►	BPS, SDKI 1991, 2007
5.3a	Angka pemakaian kontrasepsi (CPR) pada perempuan menikah usia 15-49 tahun saat ini, cara modern	47,1% (1991)	57,4% (2007)	Meningkat	▼	
5.4	Angka kelahiran remaja (perempuan usia 15-19 tahun) per 1000 perempuan usia 15-19 tahun	67 (1991)	35 (2007)	Menurun	►	
5.5	Cakupan pelayanan <i>Antenatal</i> (sedikitnya satu kali kunjungan dan empat kali kunjungan)					
	- 1 kunjungan:	75,0%	93,3%	Meningkat	►	
	- 4 kunjungan:	56,0% (1991)	81,5% (2007)		►	
5.6	<i>Unmet Need</i> (kebutuhan keluarga berencana/ KB yang tidak terpenuhi)	12,70% (1991)	9,10% (2007)	Menurun	▼	

Status: ● Sudah tercapai ► Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

KEADAAN SAAT INI

Angka Kematian Ibu (AKI) terus menurun, namun perlu upaya dan kerja keras untuk mencapai target MDG sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015.

Angka Kematian Ibu menurun dari 390 pada tahun 1991 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007 (SDKI) (Gambar 5.1). WHO memperkirakan bahwa 15-20 persen ibu hamil baik di negara maju maupun berkembang akan mengalami risiko tinggi (risti) dan/atau komplikasi. Salah satu cara yang paling efektif untuk menurunkan angka kematian ibu adalah dengan meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih. Persentase persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih meningkat dari 66,7 persen pada tahun 2002 menjadi 77,34 persen pada tahun 2009 (Susenas). Angka tersebut terus meningkat menjadi 82,3 persen pada tahun 2010 (Data Sementara Riskesdas, 2010).

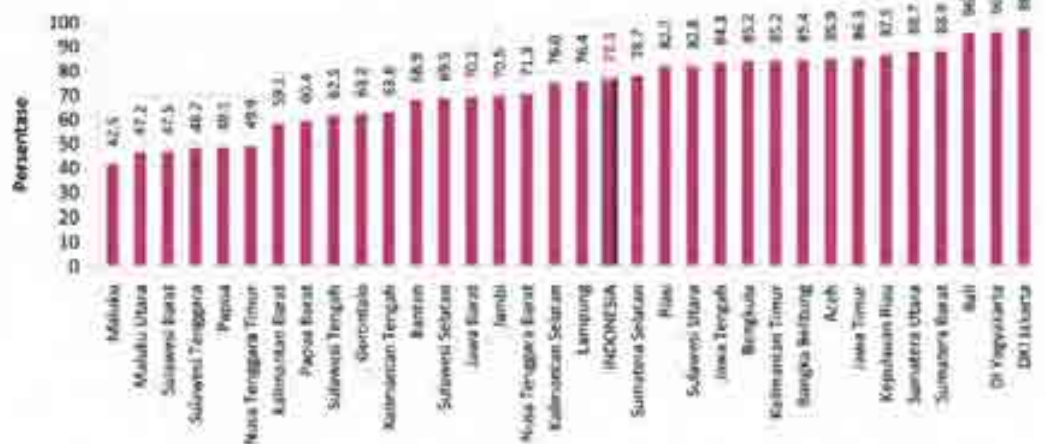
Gambar 5.1.
Kecenderungan nasional dan proyeksi Angka Kematian Ibu (1991-2025)



Sumber:
BPS, SDKI, berbagai tahun.

Disparitas pertolongan persalinan oleh tenaga terlatih antarwilayah masih merupakan masalah. Data Susenas tahun 2009 menunjukkan capaian tertinggi sebesar 98,14 persen di DKI Jakarta sedangkan terendah sebesar 42,5 persen di Maluku (Gambar 5.2).

Gambar 5.2.
Persentase Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan Terlatih, Menurut Provinsi, Tahun 2009

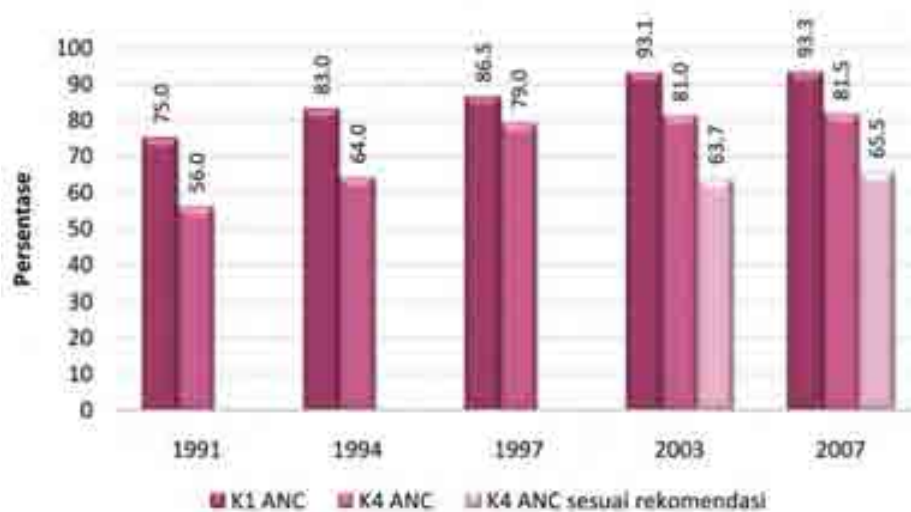


Sumber:
BPS, Susenas 2009

Pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan terus meningkat secara bertahap. Pada tahun 2007, pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan mencapai 46,1 persen dari total persalinan (SDKI, 2007). Angka tersebut meningkat menjadi 59,4 persen pada tahun 2010 (Data Sementara Riskesdas, 2010). Namun demikian, masih terjadi disparitas antarwilayah, antarkota-desa, antartingkat pendidikan dan tingkat ekonomi. Disparitas antarwilayah, tertinggi di Bali sebesar 90,8 persen dan terendah di Sulawesi Tenggara sebesar 8,4 persen. Persentase persalinan di fasilitas kesehatan (pemerintah dan swasta) lebih tinggi di daerah perkotaan (70,3 persen) dibanding di daerah perdesaan (28,9 persen). Ibu dengan tingkat pendidikan rendah cenderung bersalin di rumah dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan lebih tinggi (masing-masing 81,4 dibanding 28,2 persen). Ibu dengan kuintil tingkat pengeluaran terendah hampir lima kali lebih besar melakukan persalinan di rumah dibandingkan dengan ibu dengan kuintil tingkat pengeluaran tertinggi (masing-masing 84,8 dan 15,5 persen).

Pelayanan antenatal (*antenatal care/ANC*) penting untuk memastikan kesehatan ibu selama kehamilan dan menjamin ibu untuk melakukan persalinan di fasilitas kesehatan. Para ibu yang tidak mendapatkan pelayanan antenatal cenderung bersalin di rumah (86,7 persen) dibandingkan dengan ibu yang melakukan empat kali kunjungan pelayanan antenatal atau lebih (45,2 persen).

Sekitar 93 persen ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal dari tenaga kesehatan profesional selama masa kehamilan (Gambar 5.3). Terdapat 81,5 persen ibu hamil yang melakukan paling sedikit empat kali kunjungan pemeriksaan selama masa kehamilan, namun yang melakukan empat kali kunjungan sesuai jadwal yang dianjurkan baru mencapai 65,5 persen. Meski cakupan ANC cukup tinggi, diperlukan perhatian khusus karena penurunan angka kematian ibu masih jauh dari target. Salah satu aspek yang perlu dipertimbangkan adalah kualitas layanan ANC untuk memastikan diagnosis dini dan perawatan yang tepat, di samping pendekatan kesehatan ibu hamil yang terpadu dan menyeluruh.



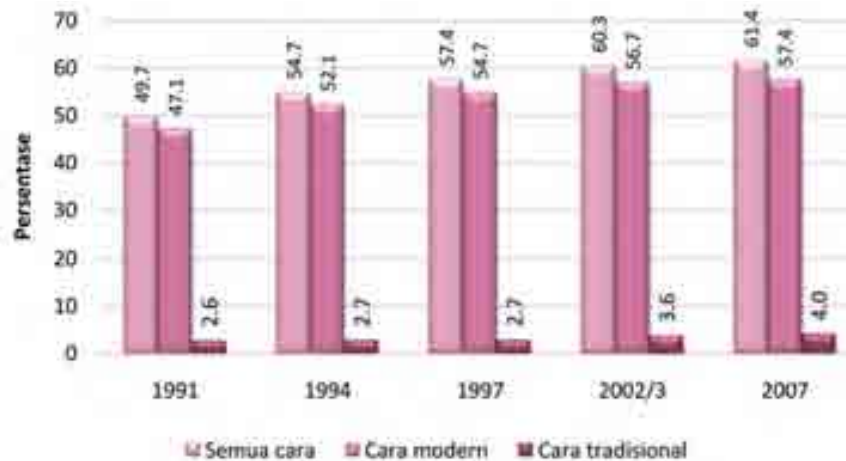
Gambar 5.3.
Pelayanan Antenatal K1 dan K4 di Indonesia, tahun 1991 – 2007

Sumber:
BPS, SDKI, berbagai tahun

Continuum care merupakan serangkaian upaya terpadu dalam pencapaian target kesehatan ibu, bayi dan anak. Selama periode pra-kehamilan, pelayanan kontrasepsi dan kesehatan reproduksi menjadi upaya penting untuk ditingkatkan.

Angka pemakaian kontrasepsi (Contraceptive Prevalence Rate-CPR) menunjukkan peningkatan dalam 5 tahun terakhir. Capaian CPR semua cara secara nasional meningkat dari 49,7 persen pada tahun 1991 menjadi 61,4 persen pada tahun 2007. Sementara itu, untuk CPR cara modern meningkat dari 47,1 persen pada tahun 1991 menjadi 57,4 persen pada tahun 2007 (SDKI). Selanjutnya, di antara CPR cara modern, KB suntik merupakan cara yang paling banyak digunakan (32 persen), diikuti pil KB sebesar 13 persen (SDKI, 2007).

Gambar 5.4.
Kecenderungan CPR
pada Perempuan
Menikah Usia 15-49
Tahun, Tahun 1991-
2007



Sumber:
BPS, SDKI 2007

Angka pemakaian kontrasepsi bervariasi antarprovinsi, antartingkat pendidikan, dan antartingkat sosial-ekonomi. Angka CPR terendah untuk semua cara terdapat di Maluku (34,1 persen) dan terendah untuk cara modern terdapat di Papua (24,5 persen). Sementara itu, CPR tertinggi untuk semua cara dan cara modern terdapat di Bengkulu, masing-masing sebesar 74,0 persen dan 70,4 persen. Masih tingginya disparitas CPR tersebut mencerminkan cakupan program keluarga berencana yang belum merata di seluruh daerah (Gambar 5.5).

Gambar 5.5.
Contraceptive
Prevalence Rate
Menurut Cara,
Menurut Provinsi,
Tahun 2007



Sumber:
BPS, SDKI 2007

Pemakaian kontrasepsi di daerah perkotaan sedikit lebih tinggi daripada di perdesaan (masing-masing sebesar 63 dan 61 persen). SDKI 2007 menunjukkan bahwa penggunaan KB cara modern relatif sama di kedua daerah tersebut (masing-masing sebesar 57 dan 58 persen). Angka pemakaian kontrasepsi secara umum meningkat seiring dengan makin tingginya tingkat pendidikan dan tingkat sosial ekonomi, demikian pula dengan *CPR* cara modern yang berbanding lurus dengan tingkat pendidikan, kecuali untuk penggunaan implan.

Jumlah pasangan usia subur yang ingin menjarangkan kehamilan atau membatasi jumlah anak, tetapi tidak menggunakan kontrasepsi (*unmet need*) saat ini mencapai 9,1 persen, terdiri dari 4,3 persen untuk menjarangkan kelahiran dan 4,7 persen untuk membatasi kelahiran (SDKI 2007). Persentase penurunan *unmet need* tersebut relatif stagnan sejak tahun 1997 (**Gambar 5.6**). Data SDKI 2007 menunjukkan 60 persen perempuan menikah dengan 2 anak, 75 persen perempuan menikah dengan 3-4 anak, dan 80 persen perempuan menikah dengan 5 anak atau lebih; tidak ingin menambah anak lagi, namun tidak seluruhnya menggunakan alat kontrasepsi.



Gambar 5.6.
Kecenderungan
Unmet Need,
Tahun 1991-2007

Sumber:
BPS, SDKI 1991, 1994,
1997, 2002/2003,
2007.

***Unmet need* cenderung bervariasi antarprovinsi, antardaerah dan antarstatus sosial-ekonomi.** *Unmet need* terendah terdapat di Bangka Belitung (3,2 persen) dan tertinggi di Maluku (22,4 persen). *Unmet need* di perdesaan (9,2 persen) lebih tinggi dibandingkan di perkotaan (8,7 persen). *Unmet need* pada perempuan dengan tingkat pendidikan rendah lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan dengan tingkat pendidikan tinggi (11 persen berbanding 8 persen). *Unmet need* pada perempuan di kuintil terendah lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan di kuintil tertinggi (13 persen berbanding 8 persen). Hal ini mengindikasikan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan dan kesejahteraan, maka akan semakin tinggi pula akses akan informasi dan layanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi.

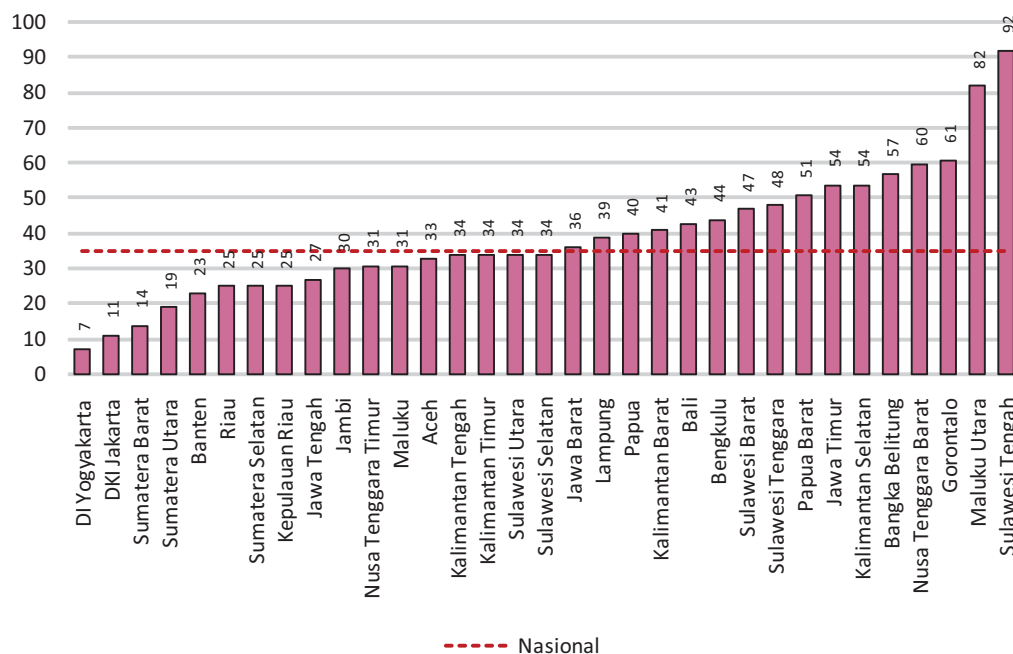
Tingginya *unmet need* disebabkan oleh ketakutan terhadap efek samping dan ketidaknyamanan dalam penggunaan kontrasepsi. Sebesar 12,3 persen perempuan usia 15-19 tahun tidak ingin menggunakan alat/obat kontrasepsi karena takut efek samping, 10,1 persen karena masalah kesehatan dan 3,1 persen karena dilarang oleh suami.

Gambar 5.7.
Unmet Need
Menurut Tujuan
Penggunaan,
Menurut Provinsi,
Tahun 2007



Sumber:
BPS, SDKI 2007

Gambar 5.8.
Age Specific
Fertility Rate 15-19
tahun, menurut
provinsi, tahun
2007



Sumber:
BPS, SDKI 2007

Unmet need dan CPR akan berpengaruh pada angka kelahiran total/Total Fertility Rate (TFR), demikian pula terhadap peningkatan angka kematian ibu, yang diperkirakan 6-16 persen disebabkan oleh praktik aborsi yang tidak aman. Tidak terpenuhinya kebutuhan akan layanan KB menyebabkan terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan sehingga memicu pada tindakan aborsi. Di Indonesia, aborsi termasuk tindakan yang ilegal sehingga para ibu yang hamil di luar rencana memilih menggunakan cara aborsi yang tidak aman. Selanjutnya, tidak terpenuhinya kebutuhan akan layanan KB ditandai pula dengan tingginya tingkat kehamilan pada usia remaja di Indonesia, terutama di daerah perdesaan.

Age Specific Fertility Rate (ASFR) usia 15-19 menurun dari 67 pada tahun 1991 menjadi 35 kelahiran per 1.000 perempuan menikah pada tahun 2007 (SDKI). Namun, disparitas antarprovinsi, antarwilayah, dan antarstatus sosial-ekonomi masih menjadi tantangan utama. *Age Specific Fertility Rate* usia 15-19 tahun yang tertinggi dijumpai di Provinsi Sulawesi Tengah (92 kelahiran) dan terendah di Provinsi D.I. Yogyakarta (7 kelahiran). Sementara itu, *ASFR* 15-19 tahun di 16 provinsi masih berada di atas rata-rata nasional. Persentase perempuan usia 15-19 tahun yang pernah melahirkan di daerah perdesaan lebih tinggi dibandingkan dengan di perkotaan masing-masing sebesar 13,7 persen dan 7,3 persen; dan lebih besar pada perempuan yang tidak sekolah (13,6 persen) dibandingkan dengan perempuan yang berpendidikan SMU ke atas (3,8 persen) (SDKI 2007). Masih terjadinya kelahiran pada remaja tersebut disebabkan oleh terbatasnya informasi, akses, dan kualitas layanan KB dan kesehatan reproduksi.

Kotak 5-1.

Kemitraan Bidan dan Dukun di Kabupaten Takalar, Provinsi Sulawesi Selatan

Kabupaten Takalar di Sulawesi Selatan menjadi salah satu kabupaten di Indonesia yang memiliki peraturan daerah (PERDA) tentang kemitraan bidan dan dukun bayi. Perda ini "mengamankan" semua upaya penurunan angka kematian ibu melahirkan (AKI) di kabupaten berpenduduk sekitar 250.000 jiwa itu, sejak tahun 2007. Dengan Perda Kemitraan Dukun-Bidan itu, pemerintah daerah menyediakan dana khusus dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah. Sebelum kemitraan, banyak ibu yang meninggal ketika melahirkan. Setelah kemitraan, kematian ibu di Kabupaten Takalar terus turun. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar, tahun 2009, AKI di wilayah itu adalah nol. Sementara itu, pada tahun sebelumnya, yaitu 2006, 2007 dan 2008 jumlah ibu meninggal berturut-turut sebanyak 8; 3; dan 1.

Kemitraan bidan dan dukun bertujuan untuk meningkatkan persalinan oleh tenaga kesehatan dalam rangka menurunkan kematian ibu, bayi baru lahir dan ibu nifas. Dalam program tersebut, dukun akan mendampingi tugas bidan dari awal ibu hamil sampai proses persalinan. "Saya mendapat Rp 50.000 per satu ibu yang saya bawa ke puskesmas," ujar Daeng Sina (55), dukun bayi di Puskesmas Bontomarannu, Galesong. Di Kabupaten Takalar terdapat 89 bidan dan bidan desa serta 189 dukun bayi.

Kemitraan bidan dan dukun dikembangkan melalui pendekatan persuasif, budaya "sipakatau" dalam menciptakan kesejajaran bidan dan dukun, dan keterbukaan, saling membutuhkan dan saling menguntungkan. Hasil kegiatan kemitraan bidan dan dukun antara lain: (a) dukun yang mengikuti magang berjumlah rata-rata 25-30 orang per Puskesmas; (b) hubungan kerja yang baik antara bidan dan dukun bayi; (c) adanya kesepakatan antara dukun dan bidan untuk menolong bersama setiap calon ibu bersalin; (d) adanya dukungan dari Perangkat Desa/Kecamatan dalam bentuk pembinaan; dan (e) tren cakupan program meningkat, yang ditandai dengan peningkatan cakupan persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan dari 55 persen (2006) sebelum pelaksanaan kemitraan menjadi 100 persen (2007) setelah pelaksanaan kemitraan.

TANTANGAN

1. **Terbatasnya akses masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang berkualitas, terutama bagi penduduk miskin di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK).** Penyediaan fasilitas pelayanan obstetrik neonatal emergensi komprehensif (PONEK), pelayanan obstetrik neonatal emergensi dasar (PONED), posyandu dan unit transfusi darah belum merata dan belum seluruhnya terjangkau oleh seluruh penduduk. Sistem rujukan dari rumah ke puskesmas dan ke rumah sakit juga belum berjalan dengan optimal. Ditambah lagi, dengan kendala geografis, hambatan transportasi, dan faktor budaya.
2. **Terbatasnya ketersediaan tenaga kesehatan baik dari segi jumlah, kualitas dan persebarannya, terutama bidan.** Petugas kesehatan di DTPK sering kali tidak memperoleh pelatihan yang memadai¹; dan kadang-kadang kekurangan peralatan kesehatan, obat-obatan, dan persediaan darah yang diperlukan untuk menangani keadaan darurat persalinan.
3. **Masih rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga kesehatan dan keselamatan ibu.** Beberapa indikator sosial ekonomi seperti tingkat ekonomi dan pendidikan yang rendah serta determinan faktor lainnya dapat mempengaruhi tingkat pemanfaatan pelayanan serta berkontribusi pada angka kematian ibu di Indonesia.
4. **Masih rendahnya status gizi dan kesehatan ibu hamil.** Persentase perempuan usia subur (15-45 tahun) yang mengalami kurang energi kronis masih cukup tinggi yaitu mencapai 13,6 persen (Riskesdas 2007). Rendahnya status gizi, selain meningkatkan risiko kesehatan bagi ibu hamil juga menjadi salah satu penyebab bayi lahir dengan berat badan rendah (BBLR).
5. **Masih rendahnya angka pemakaian kontrasepsi dan tingginya *unmet need*.** Tingginya angka kematian ibu melahirkan dipengaruhi oleh usia ibu (terlalu tua; terlalu muda), tingginya angka aborsi, dan rendahnya angka pemakaian kontrasepsi.
6. **Pengukuran AKI masih belum tepat, karena sistem pencatatan penyebab kematian ibu masih belum adekuat.** Sejak tahun 1994, AKI diperoleh dari perkiraan usia spesifik yang bersifat langsung terkait kematian ibu yang didapat dari laporan dari saudara kandung ibu yang masih hidup (SDKI). Untuk mendapatkan angka kematian ibu yang akurat dan penyebab kematian yang tepat dengan model statistik vital lengkap, (dapat dilakukan melalui registrasi kematian ataupun sensus penduduk) perlu segera diterapkan.

1 Program pendidikan dan pelatihan yang dilakukan secara *crash program* kadang-kadang mengakibatkan tenaga kesehatan lulus dengan keterampilan yang kurang memadai, khususnya untuk bekerja dalam kondisi sulit dimana keterampilan tersebut sangat dibutuhkan.

KEBIJAKAN

Kebijakan yang akan dilaksanakan meliputi :

1. **Meningkatkan pelayanan *outreach* berbasis fasilitas** dengan meningkatkan kualitas dan jumlah puskesmas, PONEK², rumah sakit sayang ibu dan bayi serta revitalisasi posyandu.
2. **Meningkatkan akses layanan keluarga berencana** melalui pengembangan jaringan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu termasuk pelayanan kesehatan reproduksi remaja dan pelayanan KB berkualitas dengan perhatian khusus pada daerah miskin dan tertinggal.

Upaya melaksanakan revitalisasi KB dalam rangka pengendalian laju pertumbuhan penduduk merupakan salah satu kebijakan kunci untuk mencapai akses universal kesehatan reproduksi pada tahun 2015 dan dilakukan melalui serangkaian strategi antara lain:

1. **Membina dan meningkatkan kemandirian keluarga berencana** melalui:
 - a) peningkatan pembinaan kesertaan dan kemandirian ber-KB melalui 23.500 klinik KB pemerintah dan swasta yaitu dengan memberikan dukungan sarana dan prasarana klinik serta menyediakan alat/obat kontrasepsi (alokon) dan pelayanan KB gratis bagi masyarakat miskin;
 - b) peningkatan pengetahuan, sikap, dan perilaku remaja tentang kesehatan reproduksi remaja, HIV/AIDS, Napza, pendidikan keterampilan hidup, serta pendidikan kehidupan berkeluarga bagi remaja;
 - c) peningkatan kapasitas sumber daya penyelenggara program KB di semua tingkatan, di 23.500 klinik yang perlu bantuan, partisipasi dan kemandirian ber-KB.
2. **Meningkatkan promosi dan penggerakan masyarakat** melalui:
 - a) pengembangan media komunikasi dan intensifikasi komunikasi, informasi dan edukasi tentang pengendalian penduduk serta keluarga berencana;
 - b) peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat terkait pengendalian jumlah penduduk, KB dan kesehatan reproduksi;
 - c) peningkatan komitmen dan peran serta lintas sektor dan pemerintah daerah dalam penyelenggaraan program kependudukan dan KB;
 - d) menggalang dan memperkuat kemitraan dengan lembaga swadaya masyarakat (LSM), swasta, dan masyarakat dalam penyelenggaraan program kependudukan dan KB.

Sumber: RPJMN 2010-2014

3. **Memperkuat fungsi bidan desa**, termasuk kemitraan dengan tenaga kesehatan swasta dan dukun bayi serta memperkuat layanan kesehatan berbasis masyarakat antara lain melalui posyandu dan poskesdes.
4. **Memperkuat sistem rujukan**, untuk mengatasi masalah 'tiga terlambat' dan menyelamatkan nyawa ibu ketika terjadi komplikasi melalui perawatan yang memadai tepat pada waktunya.

² Panduan PBB merekomendasikan minimum satu fasilitas PONEK dan empat PONEK untuk tiap 500.000 penduduk.

5. **Memperkuat dukungan finansial** melalui: PKH (Program Keluarga Harapan), Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat), dan BOK (Bantuan Operasional Kesehatan).
6. **Meningkatkan pelayanan *continuum of care*** yang mencakup penyediaan layanan terpadu bagi ibu dan bayi dari kehamilan hingga persalinan, periode postnatal dan masa kanak-kanak.
7. **Meningkatkan ketersediaan tenaga kesehatan**, baik jumlah, kualitas dan persebarannya (dokter umum, spesialis, bidan, tenaga paramedis), terutama untuk memenuhi kebutuhan tenaga kesehatan di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan, melalui *pre-service* dan *in-services training* bagi tenaga kesehatan strategis, dan penerapan skema tenaga kesehatan kontrak.
8. **Meningkatkan pendidikan kesehatan masyarakat** untuk meningkatkan kesadaran tentang kesehatan dan keselamatan ibu di tingkat masyarakat dan rumah tangga.
9. **Memperbaiki status gizi ibu hamil** dengan menjamin kecukupan asupan gizi.
10. **Menciptakan lingkungan kondusif** yang mendukung manajemen dan partisipasi *stakeholder* dalam pengembangan kebijakan dan proses perencanaan serta mendorong kemitraan lintas program, lintas sektor, swasta dan masyarakat guna menerapkan sinergi dalam advokasi dan penyediaan layanan.
11. **Memperkuat sistem informasi**, dengan: (i) memperkenalkan metode-metode analitis untuk mengukur kematian ibu dengan memanfaatkan berbagai sumber data yang memiliki kualitas berbeda; (ii) fokus pada kelompok dan daerah yang memiliki risiko kematian ibu terbesar; dan (iii) menyusun berbagai model untuk mengidentifikasi strategi-strategi *safe motherhood* yang efektif.
12. **Memperkuat koordinasi dengan memperjelas peran dan tanggung jawab fungsi pusat dan daerah** dalam rangka memperkuat survailans, monitoring, evaluasi, serta pembiayaan, dengan penekanan intensitas sasaran pada daerah tertinggal dan miskin. Disamping itu, kemitraan lintas program dan lintas sektor serta dukungan lembaga swadaya masyarakat (LSM), sangat diperlukan guna menjamin terjadinya sinergi dalam pelaksanaan program.
13. **Meningkatkan upaya pencapaian indikator-indikator ‘Standar Pelayanan Minimum’ (SPM) bidang kesehatan** dalam rangka menjamin pencapaian tujuan pembangunan kesehatan di tingkat pusat dan daerah (kabupaten/kota).

**TUJUAN 6 :
MEMERANGI HIV/AIDS,
MALARIA DAN PENYAKIT
MENULAR LAINNYA**





TUJUAN 6: MEMERANGI HIV/AIDS, MALARIA DAN PENYAKIT MENULAR LAINNYA

TARGET 6A: MENGENDALIKAN PENYEBARAN DAN MULAI MENURUNKAN JUMLAH KASUS BARU HIV/AIDS HINGGA TAHUN 2015

TARGET 6B: MEWUJUDKAN AKSES TERHADAP PENGOBATAN HIV/AIDS BAGI SEMUA YANG MEMBUTUHKAN SAMPAI DENGAN TAHUN 2010

Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber	
TUJUAN 6: MEMERANGI HIV/AIDS, MALARIA DAN PENYAKIT MENULAR LAINNYA						
<i>Target 6A: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV/AIDS hingga tahun 2015</i>						
6.1	Prevalensi HIV/AIDS (persen) dari total populasi	-	0,2% (2009)	Menurun	▼	Estimasi Kemkes 2006
6.2	Penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi terakhir	12,8% (2002/03)	Perempuan: 10,3%	Meningkat	▼	BPS, SKRRI 2002/2003 & 2007
			Laki-laki: 18,4% (2007)			
6.3	Proporsi jumlah penduduk usia 15-24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS					
	- Menikah	-	Perempuan: 9,5% Laki-laki: 14,7% (2007) Perempuan: 11,9% Laki-laki: 15,4% (2010)*	Meningkat	▼	BPS, SDKI 2007; * Kemkes, Riskesdas 2010 (data sementara)
	- Belum Menikah	-	Perempuan: 2,6% Laki-laki: 1,4% (2007) Perempuan: 19,8% Laki-laki: 20,3% (2010)*	Meningkat	▼	BPS, SKRRI 2007; * Kemkes, Riskesdas 2010 (data sementara)
<i>Target 6B: Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2010</i>						
6.5	Proporsi penduduk terinfeksi HIV lanjut yang memiliki akses pada obat-obatan antiretroviral	-	38,4% (2009)	Meningkat	▼	Kemkes, 2010, per 30 November 2009

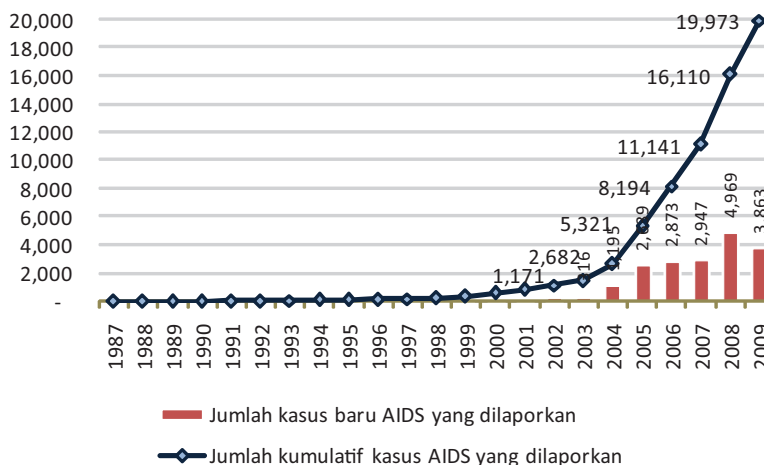
Status: ● Sudah tercapai ► Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

KEADAAN SAAT INI

Jumlah infeksi HIV baru di Indonesia menunjukkan adanya peningkatan. Sepanjang periode 1996 sampai dengan 2006, angka kasus HIV meningkat sebesar 17,5 persen dan diperkirakan bahwa ada sekitar 193.000 orang yang saat ini hidup dengan HIV di Indonesia. Epidemio AIDS umumnya terkonsentrasi pada populasi berisiko tinggi di sebagian besar wilayah Indonesia dengan prevalensi orang dewasa dengan AIDS menurut estimasi nasional 0,22 persen pada tahun 2008. Dua provinsi di Tanah Papua (Papua dan Papua Barat) mengalami pergeseran ke *generalized epidemic* dengan prevalensi 2,4 persen pada populasi umum usia 15-49 (STHP, Kemkes, P2PM, 2007).

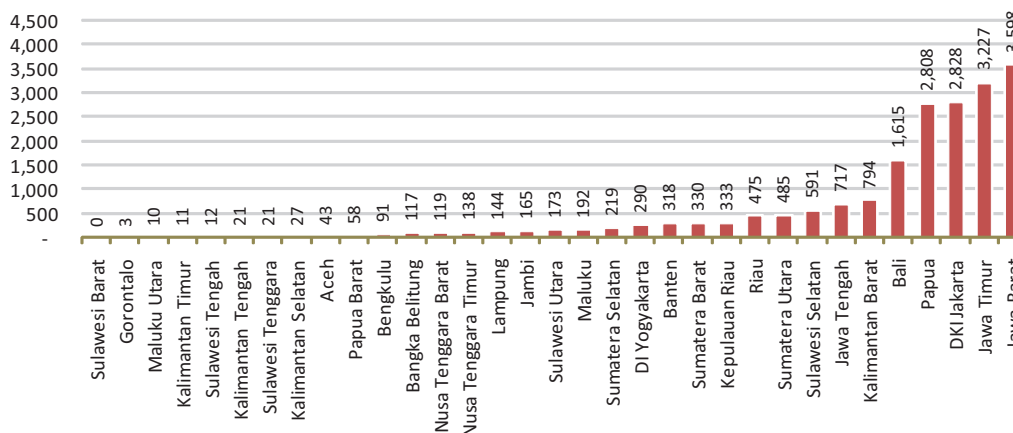
Sementara itu, jumlah kumulatif kasus AIDS juga cenderung terus meningkat, yaitu sebesar 19.973 kasus pada tahun 2009, lebih dari dua kali lipat dibandingkan dengan jumlah kumulatif pada tahun 2006 sebesar 8.194 kasus (Gambar 6.1). Angka kasus HIV dan AIDS sebagian besar dijumpai di semua wilayah Indonesia, namun jumlah kasus bervariasi antarprovinsi (Gambar 6.2).

Gambar 6.1.
Kasus AIDS per 100.000 Penduduk di Indonesia, Tahun 1989-2009



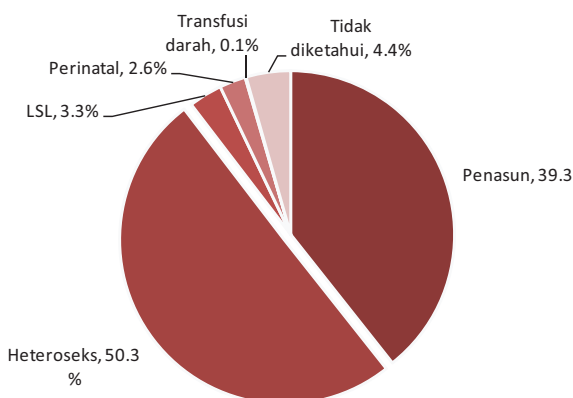
Sumber:
Kemkes, Ditjen P2PL, berbagai tahun.

Gambar 6.2.
Jumlah Kasus AIDS di Indonesia, Menurut Provinsi, Tahun 2009



Sumber:
Kemkes, Ditjen P2PL, 2009.

Cara penularan HIV/AIDS ditunjukkan pada Gambar 6.3. Kasus AIDS sampai dengan Desember 2009 menunjukkan bahwa infeksi HIV/AIDS sebagian besar ditemukan pada kelompok heteroseksual (50,3 persen), pada kelompok homoseksual (3,3 persen), penularan dari ibu ke anak menyebabkan 2,6 persen kasus pada perinatal, dan infeksi HIV yang ditularkan melalui transfusi darah sekitar 0,1 persen. Jika dilihat berdasarkan penularan kasus AIDS, sebagian besar (91 persen) kasus AIDS diderita oleh kelompok usia 15-49 tahun (Kemkes, 2009). Penularan HIV di Indonesia cenderung akan meningkat dalam lima tahun mendatang dengan semakin banyaknya orang yang melakukan hubungan seks tanpa pelindung dan meningkatnya penyebaran HIV melalui pemakaian narkoba dengan jarum suntik.



Gambar 6.3.
Distribusi Infeksi HIV/AIDS di Indonesia, Menurut Kelompok Populasi, Tahun 2009

Sumber:
Kemkes, Laporan Surveilans, Program AIDS Nasional, 2009

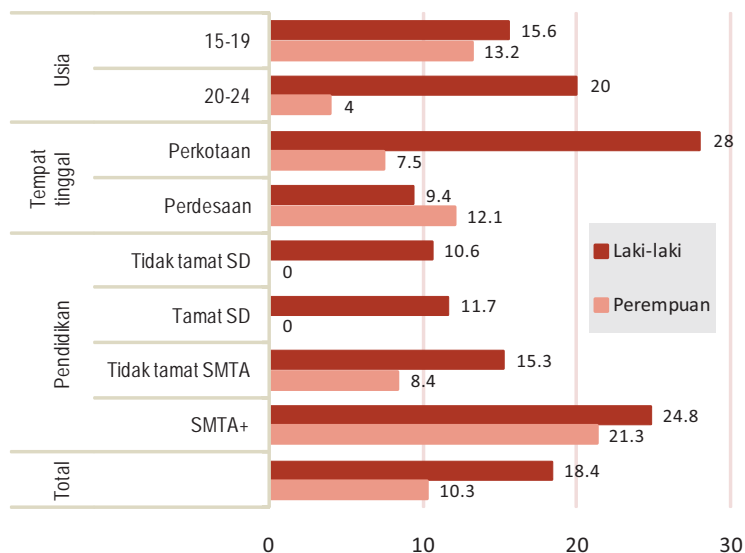
Faktor lain yang terkait dengan penularan HIV/AIDS yakni penggunaan kondom pada hubungan seks. Secara nasional, persentase perempuan dan laki-laki tidak menikah yang menggunakan kondom kali terakhir berhubungan seksual pada tahun 2007 sebesar 18,4 persen pada laki-laki dan 10,3 persen pada perempuan. Penggunaan kondom berdasarkan usia, kota-desa, dan tingkat pendidikan antara laki-laki dan perempuan menunjukkan pola yang berbeda-beda (**Gambar 6.4**).

Pengetahuan tentang HIV dan pencegahannya merupakan prasyarat penting untuk menerapkan perilaku sehat. Sebagian besar generasi muda (usia 15-24 tahun) memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS. Sekitar 14,7 persen laki-laki menikah dan 9,5 persen perempuan menikah memiliki pengetahuan komprehensif dan benar mengenai AIDS (SDKI dan SKRRI, 2007). Pada kelompok yang belum menikah, baru sekitar 1,4 persen pada laki-laki dan 2,6 persen pada perempuan yang memiliki pengetahuan yang komprehensif dan benar. Pada tahun 2010 angka ini meningkat menjadi 15,4 persen pada laki-laki menikah dan 11,9 persen pada perempuan menikah. Sedangkan pada laki-laki belum menikah terjadi peningkatan pengetahuan yang cukup besar yaitu menjadi 20,3 persen dan pada perempuan belum menikah menjadi 19,8 persen (Data sementara Riskesdas, 2010¹).

1 Indikator yang digunakan untuk mengukur pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS pada Riskesdas 2010 terdiri dari 2 indikator tentang cara pencegahan penularan HIV/AIDS (berhubungan seksual dengan satu pasangan saja dan menggunakan kondom saat berhubungan seksual) dan 2 indikator tentang persepsi salah terhadap penularan HIV/AIDS (makan sepiring dengan orang terkena HIV/AIDS dan melalui gigitan nyamuk).

Gambar 6.4.
Persentase Perempuan dan Laki-Laki Tidak Menikah yang Menggunakan Kondom Kali Terakhir Berhubungan Seksual, Menurut Karakteristik, Tahun 2007

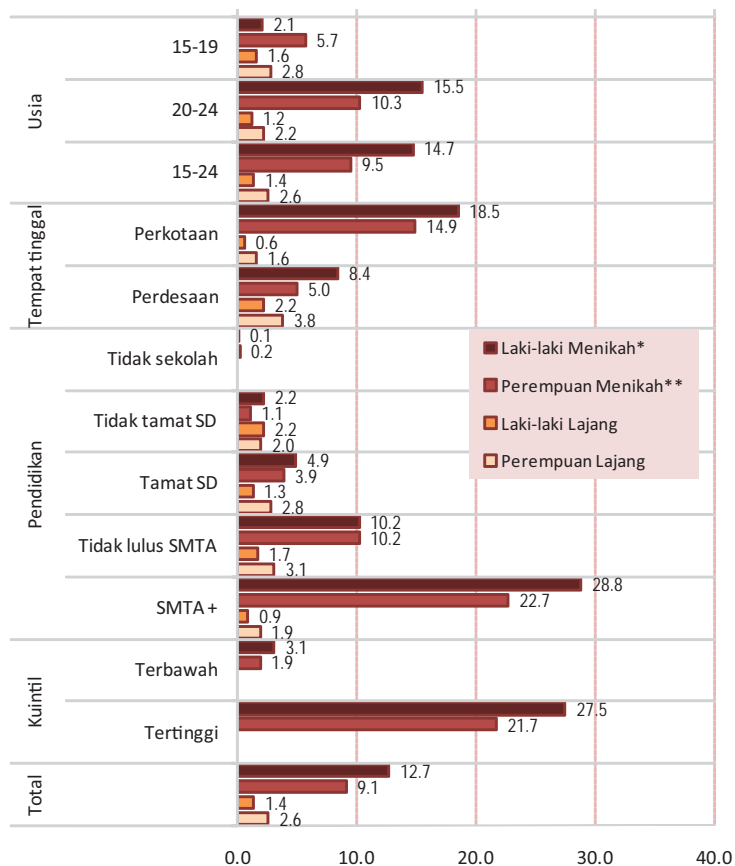
Sumber:
BPS, Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI), 2007.



Gambar 6.5.
Persentase Pengetahuan yang Benar dan Komprehensif Mengenai Aids pada Laki-Laki dan Perempuan Usia 15-24 Tahun, Tahun 2007

Catatan:
*) mencakup usia 15-54 tahun untuk kelompok laki-laki menikah, kecuali per-kelompok umur.
**) mencakup usia 15-49 tahun untuk kelompok perempuan menikah, kecuali per-kelompok umur

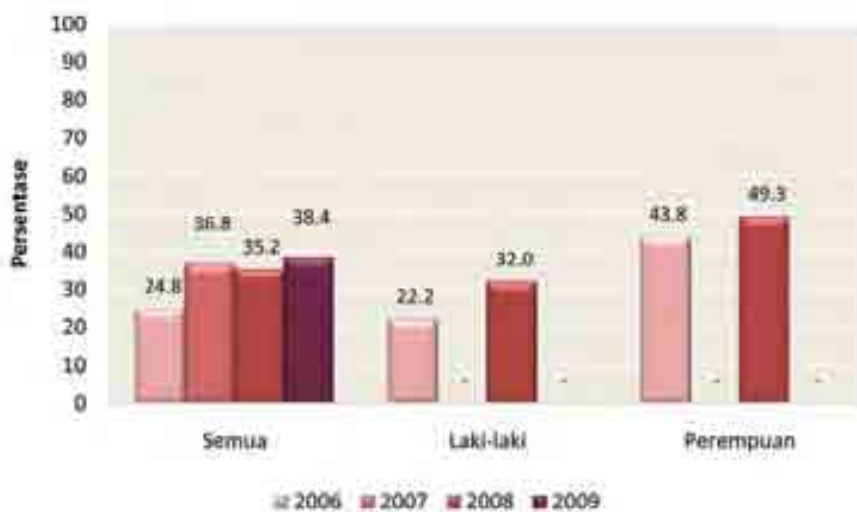
Sumber:
BPS, SDKI dan SKRRI, 2007



Pengetahuan komprehensif tentang AIDS pada laki-laki dan perempuan yang telah menikah di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin tinggi persentase pengetahuan komprehensif tentang AIDS (Gambar 6.5). Kelompok

masyarakat pada kuintil tingkat pengeluaran teratas memiliki pengetahuan komprehensif tentang AIDS lebih baik daripada kelompok masyarakat pada kuintil terbawah.

Penyediaan obat terapi antiretroviral terus meningkat. Pada tahun 2009 telah tersedia 180 unit fasilitas kesehatan yang menyediakan ART. Cakupan intervensi ART meningkat dari 24,8 persen pada tahun 2006 menjadi 38,4 persen² pada tahun 2009 seperti terlihat pada **Gambar 6.6** (laporan Kemkes 2010). Tanpa pencegahan yang efektif, kebutuhan akan ART pada kelompok usia 15-49 tahun diproyeksikan meningkat tiga kali lipat dari 30.100 pada tahun 2008 menjadi 86.800 pada tahun 2014 (SRAN Penanggulangan HIV dan AIDS 2010-2014).



Gambar 6.6.
Cakupan
Pengobatan ART di
Indonesia, 2006–
2009

Catatan:
Antiretroviral
treatment (ART)
diberikan secara
individual pada
mereka dengan
infeksi lanjut sesuai
protokol yang berlaku
secara nasional

Sumber:
Country reports.
UNGASS 2008, UA
2009, dan UA 2010

2 Estimasi ODHA yang membutuhkan ARV setiap tahun diperkirakan berdasarkan "cut of point" jumlah CD4 <200/mm³ adalah 10 - 20% dari jumlah ODHA pada saat itu, sementara jumlah ODHA *Asian Epidemic Model* (AEM) – model matematik epidemik.

Kotak 6-1.**Pengendalian HIV/AIDS di Kota Pontianak, Provinsi Kalimantan Barat**

Pertumbuhan kasus HIV/AIDS di Kota Pontianak sudah cukup mengkhawatirkan. Oleh karena itu, Kota Pontianak dipilih sebagai model percontohan dalam program akselerasi pengendalian HIV/AIDS. Salah satu upaya yang dilakukan adalah memobilisasi daerah dalam hal pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS diantaranya melalui program pengembangan dua klinik layanan satu atap (*one stop service*). Program tersebut ditujukan untuk memberikan pelayanan infeksi menular seksual (IMS) dan HIV/AIDS serta satu klinik keliling (*mobile*).

Komitmen pemerintah daerah dalam merespons permasalahan HIV/AIDS sangat tinggi. Hal ini ditunjukkan dengan alokasi APBD Kota Pontianak sebesar 500 juta untuk penanggulangan AIDS, mempermudah akses layanan IMS dengan memperbanyak puskesmas pemberi layanan (dari 2 puskesmas yang ditetapkan pada awal program menjadi 22 puskesmas). Selain itu, dalam upaya pengendalian HIV Kota Pontianak mengembangkan berbagai layanan, antara lain mencakup: substitusi oral (*methadone*), layanan jarum dan alat suntik steril (LJASS), layanan VCT, layanan perawatan dan dukungan bagi ODHA atau disebut dengan *Care, Support and Treatment (CST)*.

Kegiatan penjangkauan terhadap populasi kunci (Wanita Penjaja Seks (WPS), pelanggan WPS, Laki laki Sex Laki-laki (LSL), Pengguna Narkoba Suntik (Penasun) dan Warga Binaan Pemasarakatan (WBP) juga berjalan secara aktif. Pola penjangkauan yang digunakan adalah kaderisasi, di mana WPS menjangkau WPS, LSL menjangkau LSL, dan seterusnya. Populasi kunci di Kota Pontianak telah membentuk komunitas antara lain : Jaringan Orang Terinfeksi HIV/AIDS (JOTHI), Orang dengan HIV/AIDS (ODHA), Perwapon (waria), Pontianak *Plus* (ODHA dan OHIDA), Arwana *Plus Support*, Sahabat (mantan *Injecting Drugs User* (IDU) , Kesuma *Family* (OHIDA), Stop AIDS (waria dan mantan WPS), dan *community empowerment* (mantan WPS) dan beberapa diantaranya terlibat dalam penyelenggaraan tes CD4.

Hal lain yang menjadi penentu adalah peran serta masyarakat dalam penyebaran informasi. *Community based unit* Kecamatan Pontianak Timur (Kesatuan Peduli Masyarakat Pelayanan Penyalahgunaan Narkoba Berbasis Masyarakat) secara aktif melakukan sosialisasi di kelurahan-kelurahan mengenai bahaya narkoba dan HIV/AIDS. Selain itu, mereka juga memiliki *drop in centre* (rehabilitasi) bagi para pecandu yang dikoordinir oleh lurah. Salah satu komunitas yang secara rutin menyelenggarakan pertemuan terkait HIV/AIDS adalah komunitas Gang Tebu yang merupakan sebuah komunitas arisan yang beranggotakan ibu-ibu rumah tangga.

TANTANGAN

1. **Terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan dalam pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV/AIDS.** Sistem layanan kesehatan perlu diperkuat dalam menangani kasus HIV/AIDS antara lain di bidang pencegahan, diagnostik, pengobatan, perawatan, keamanan transfusi darah dan kewaspadaan universal.
2. **Terbatasnya alokasi anggaran dan ketersediaan dana yang berkesinambungan dalam pengendalian HIV/AIDS.** Masalah pendanaan masih menjadi kendala utama dalam

menangani epidemi HIV/AIDS.

3. **Masih lemahnya koordinasi lintas sektor serta sistem monitoring dan evaluasi.** Pemberantasan HIV/AIDS membutuhkan peran serta berbagai sektor yang memerlukan koordinasi yang efektif dalam mendesain dan menerapkan strategi dan intervensi.
4. **Masih adanya hambatan terkait stigmatisasi dan diskriminasi ODHA di masyarakat serta adanya ketidaksetaraan gender dan pelanggaran Hak Asasi Manusia.** Walaupun program komunikasi perubahan perilaku dan KIE tetap diupayakan terus sebagai bagian dari strategi pengendalian HIV/AIDS, namun belum mampu mengimbangi cepatnya penyebaran infeksi HIV/AIDS ke seluruh penjuru negeri.
5. **Masih terbatasnya fasilitas dan tenaga kesehatan baik dalam hal kuantitas maupun kapasitas, serta ketersediaan obat anti retroviral baik dalam hal kuantitas maupun kualitas.**

KEBIJAKAN

1. **Meningkatkan akses pelayanan kesehatan untuk mengantisipasi dan menghadapi epidemi yang ada,** melalui: (i) peningkatan jumlah fasilitas perawatan, pengobatan serta konseling dan testing HIV yang berkelanjutan; (ii) penguatan kemampuan menerapkan upaya pencegahan; dan (iii) peningkatan cakupan seluruh program pencegahan dan pengobatan; (iv) mengembangkan panduan nasional untuk pengarusutamaan HIV/AIDS, dan penyesuaian terhadap kondisi setempat; dan (v) peningkatan kapasitas sumber daya manusia dalam pengendalian HIV/AIDS.
2. **Meningkatkan mobilisasi masyarakat dalam upaya pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV/AIDS pada populasi rentan,** melalui: (i) penyediaan layanan KIE; (ii) pelaksanaan penjangkauan terhadap masyarakat pada kelompok paling berisiko; (iii) peningkatan cakupan penggunaan kondom; (iv) mengurangi prasangka di lingkungan para petugas kesehatan, di masyarakat, dan di antara para pasien; dan (v) pengembangan lingkungan yang lebih kondusif untuk mengurangi stigma dan diskriminasi.
3. **Mobilisasi sumber dana untuk penanggulangan HIV/AIDS,** melalui: (i) pengintegrasian program penanggulangan HIV/AIDS ke dalam program-program pembangunan; (ii) mobilisasi sumber dana tambahan dalam pengendalian HIV/AIDS, dan (iii) pengembangan *public private partnership* (ppp).
4. **Meningkatkan koordinasi lintas sektor dan *good governance*,** melalui: (i) penguatan organisasi dan kelembagaan untuk berkontribusi terhadap sebuah strategi terpadu; (ii) penguatan peran KPAN dan KPA daerah; (iii) penguatan kemitraan dengan berbagai sektor; (iv) menetapkan peran pemerintah pusat, daerah, dan kabupaten dalam menangani HIV/AIDS; (v) merumuskan pedoman nasional untuk pengarusutamaan HIV/AIDS; dan (vi) mengupayakan pendekatan inklusif.
5. **Memperkuat sistem informasi dan sistem monitoring dan evaluasi,** melalui: (i) pelaksanaan monitoring dan analisis kesehatan, khususnya surveilans generasi kedua; (ii) menyediakan informasi kepada para pembuat kebijakan.

TARGET 6C: MENGENDALIKAN PENYEBARAN DAN MULAI MENURUNKAN JUMLAH KASUS BARU MALARIA DAN PENYAKIT UTAMA LAINNYA HINGGA TAHUN 2015

Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber	
TUJUAN 6: MEMERANGI HIV/AIDS, MALARIA DAN PENYAKIT MENULAR LAINNYA						
<i>Target 6C: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru Malaria dan penyakit utama lainnya hingga tahun 2015</i>						
6.6	Angka kejadian dan tingkat kematian akibat Malaria					
66.a	Angka kejadian Malaria (per 1,000 penduduk):	4,68 (1990)	1,85 (2009) 2,4% (2010)*	Menurun	▶	Kemkes 2009; Kemkes, Riskesdas 2010 (data sementara)
	Angka kejadian Malaria di Jawa & Bali (API)	0,17 (1990)	0,16 (2008)	Menurun	▶	API, Kemkes 2008
	Angka kejadian Malaria di luar Jawa & Bali (AMI)	24,10 (1990)	17,77 (2008)	Menurun	▶	AMI, Kemkes 2008
6.7	Proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida	-	3,3% Desa: 4,5% Kota: 1,6% (2007) 7,7% (2007)* 16,0% (2010)**	Meningkat	▼	BPS, SDKI 2007; * Kemkes, Riskesdas 2007; ** Kemkes, Riskesdas 2010 (data sementara)
6.8	Proporsi anak balita dengan demam yang diobati dengan obat anti malaria yang tepat	-	21,9% (2010)			Riskesdas 2010 (data sementara)

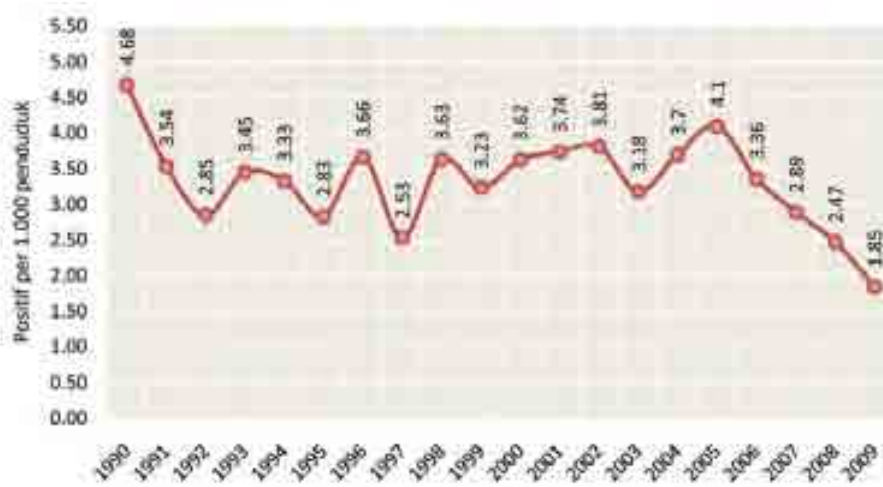
Status: ● Sudah tercapai ▶ Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

KEADAAN SAAT INI

Pengendalian penyakit malaria semakin membaik. Angka kesakitan malaria selama tahun 2000-2009 cenderung menurun yaitu dari 3,62 pada tahun 2000 menjadi 1,85 per 1.000 penduduk pada tahun 2009³ (**Gambar 6.7**). API malaria secara nasional berdasarkan hasil pemeriksaan darah sebesar 2,89 persen (Riskesdas, 2007). Angka ini menurun menjadi 2,4 persen pada tahun 2010 (Data sementara Riskesdas, 2010).

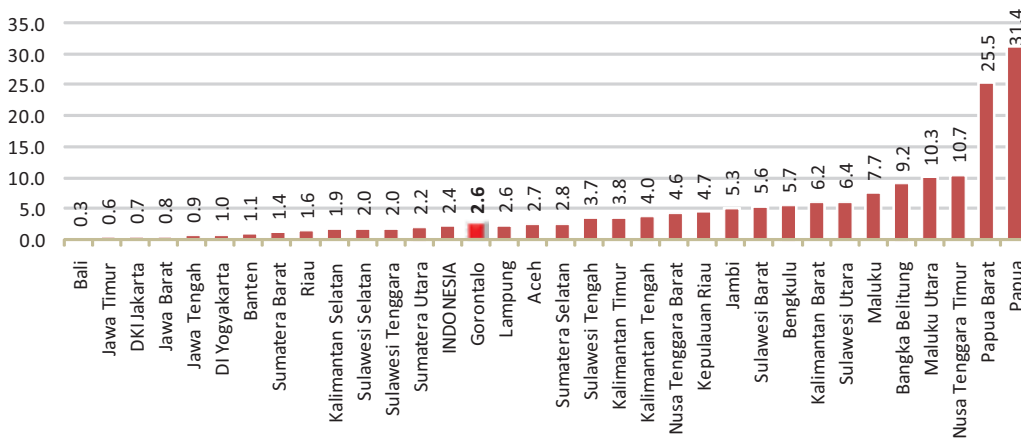
Masih terjadinya disparitas penyakit malaria antar provinsi. Angka API malaria pada tahun 2010 bervariasi antarwilayah berkisar antara 0,3 (Bali) persen dan 31,4 persen (Papua). Terdapat 20 provinsi dengan API diatas angka rata-rata nasional (>2,4 persen) seperti terlihat pada **Gambar 6.8**.

3 Pada tahun 2007, Kementerian Kesehatan menerbitkan kebijakan mengenai penggunaan satu indikator untuk mengukur angka kejadian malaria, yaitu dengan API. Kebijakan ini mensyaratkan bahwa setiap kasus malaria harus dibuktikan dengan hasil uji apus darah dan semua kasus positif harus diobati dengan pengobatan kombinasi berbasis artemisinin atau ACT (*Artemisinin-based Combination Therapies*).



Gambar 6.7.
Annual Parasites Incidence (API) Malaria, di Indonesia 1990-2009

Sumber:
Kemkes, berbagai tahun



Gambar 6.8.
API Malaria Menurut Provinsi, tahun 2010

Sumber:
Kemkes, 2010

Vektor penyebab penyakit malaria di Jawa dan Bali pada umumnya *plasmodium vivax* yang resisten terhadap obat-obatan. Di daerah lain pada umumnya vektor penyebab malaria adalah *plasmodium falciparum* dan *plasmodium vivax* yang masih dapat diobati.

Proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida terus meningkat. Cakupan anak balita yang menggunakan kelambu berinsektisida pada tahun 2007 sebesar 7,7 persen, meningkat menjadi 16,0 persen pada tahun 2010 (Data sementara Riskesdas, 2010). Pada tahun 2007 sekitar 32 persen rumah tangga memiliki kelambu antinyamuk, namun demikian hanya 4 persen rumah tangga memiliki kelambu berinsektisida⁴. Rumah tangga di perdesaan memiliki kelambu berinsektisida lebih tinggi, dibandingkan rumah tangga di perkotaan (SDKI, 2007).

⁴ *Insecticide-Treated Bednets (ITN)*/kelambu berinsektisida yang memenuhi syarat adalah: 1) kelambu berinsektisida buatan pabrik yang tidak membutuhkan perawatan lanjut; atau 2) kelambu dengan perlakuan khusus yang didapat dalam kurun 12 bulan terakhir, atau 3) kelambu yang telah dicelup dalam insektisida dalam kurun 12 bulan terakhir

Penyediaan obat-obatan anti malaria semakin meningkat. Penggunaan obat anti malaria di Indonesia mencapai 49,1 persen, namun akses pada pengobatan, terutama ACT,⁵ masih belum memadai. Pada tahun 2010, penggunaan ACT pada balita dengan dosis lengkap sebesar 21,9 persen dan pada semua kelompok umur sebesar 33,6 persen (Data sementara Riskesdas, 2010).

Kotak 6-2.

Upaya Eliminasi Malaria di Kota Sabang Propinsi Aceh

Malaria hingga saat ini masih menjadi masalah kesehatan masyarakat yang berpengaruh pada angka kesakitan bahkan kematian bayi, anak balita dan ibu hamil. Kota Sabang merupakan salah satu wilayah endemis malaria di Indonesia yang sejak era tahun 70-an sudah menjadi sorotan dunia Internasional, bahkan sempat dijadikan area penelitian dan percontohan serta pembasmian Malaria tersebut.

Dalam rangka menurunkan malaria dan eliminasi malaria di kota Sabang telah dilakukan berbagai upaya yang dilaksanakan secara komprehensif, berupa upaya pencegahan, pengobatan, dan promotif. Upaya tersebut dilakukan melalui penyediaan dokter, pengelola malaria, penyediaan bahan dan peralatan laboratorium/mikroskop malaria di seluruh puskesmas, RSUD Sabang, RS AU, RS AL, serta penyediaan tenaga entomologi dan asisten entomologi di Dinas Kesehatan Kota Sabang. Dalam rangka meningkatkan kapasitas petugas maupun masyarakat/kader juru malaria lingkungan dilakukan pelatihan *case management*, pelatihan mikroskopis, pelatihan pelacakan kasus dan penanggulangan fokus kepada petugas puskesmas dan dinas kesehatan Kota Sabang, pelatihan *indoor residual spraying* (IRS), pelatihan juru malaria lingkungan (JML) untuk melakukan surveilans aktif atau *active case detection* (ACD), pelatihan Kader Distribusi Kelambu, Pelatihan Posmaldes dan Kader Posmaldes. Berkat berbagai intervensi tersebut pada tahun 2009 Kota Sabang mempunyai *annual malaria incidence* (AMI) sebesar 32,65 kasus malaria klinis per 1000 penduduk menurun drastis dari 269 kasus malaria klinis per 1000 penduduk dan tahun 2001. Sedangkan untuk *annual parasite incidence* (API) sebesar 2,7 kasus positif per 1.000 penduduk menurun dari 100,9 kasus positif per 1.000 penduduk pada tahun 2001.

Guna menyukseskan program eliminasi malaria pada 2013, Dinas Kesehatan (Dinkes) setempat melakukan pemeriksaan darah gratis bagi seluruh masyarakat di daerah itu. Upaya tersebut dilakukan dengan kerjasama lintas sektor yang ada di lingkungan Kota Sabang. Dukungan lain dalam keberhasilan pengendalian penyakit malaria di Kota Sabang adalah dengan berjalannya program pengobatan gratis kepada masyarakat miskin. Pada tahun 2008 program pengobatan gratis telah mampu melayani 18.759 jiwa dan jumlah ini akan terus bertambah sampai akhir 2009. Selain itu, Kota Sabang mulai mengembangkan *Database* Sistem Pencatatan dan Pelaporan Malaria. Dengan keberadaan *database* tersebut memudahkan upaya intervensi terhadap warga yang terserang Malaria, sekaligus dapat melokalisir area pengendalian wilayah yang terkena wabah malaria.



5 ACT: Artemisinin-based combination therapy (terapi kombinasi berbasis artemisinin)

TANTANGAN

1. **Belum optimalnya upaya pencegahan penularan malaria.** Belum optimalnya upaya pencegahan penularan malaria disebabkan karena belum optimalnya pelaksanaan surveilans epidemiologi, pengendalian vektor dan terbatasnya penyediaan sistim informasi terkait malaria serta kurangnya pemahaman keluarga tentang tindakan pencegahan malaria.
2. **Terbatasnya kemampuan manajemen kasus malaria terutama di daerah.** Pelayanan kesehatan belum dilengkapi dengan sarana prasarana dan tenaga yang terlatih untuk merespon kebutuhan sedini mungkin. Manajemen kasus terhambat oleh perencanaan logistik yang lemah di tingkat fasilitas.
3. **Belum optimalnya pelaksanaan monitoring dan evaluasi.** Kemampuan supervisi masih terbatas. Hasil monitoring dan evaluasi belum memadai untuk digunakan dalam menyusun perencanaan dan penganggaran dalam pengendalian malaria.
4. **Terbatasnya dukungan sumber dana dalam Gerakan Berantas Malaria (Gebrak Malaria).** Sejauh ini, pendanaan domestik melalui anggaran nasional dan daerah relatif masih terbatas. Oleh karena itu, mobilisasi sumber dana nasional dan internasional dengan tujuan jangka menengah dan panjang perlu dikembangkan.

KEBIJAKAN

Upaya percepatan untuk mencapai target MDGs terkait dengan malaria dapat dilakukan dengan peningkatan cakupan universal dan penguatan pelaksanaan strategi Gebrak Malaria, melalui:

1. **Mobilisasi sosial yang berfokus pada meningkatkan kesadaran masyarakat tentang intervensi pencegahan dan pengendalian malaria,** melalui: (i) pengembangan KIE dan pesan BCC disesuaikan dengan kondisi spesifik daerah dan situasi masyarakat, (ii) pengembangan strategi mobilisasi sosial; (iii) penguatan sistem informasi malaria; (iv) penguatan pemantauan kemajuan di tingkat lokal; (v) penyediaan dan promosi penggunaan kelambu berinsektisida; (vi) peningkatan pengendalian vektor; (vii) penguatan sistem surveilans epidemiologis dan kontrol wabah; (viii) pengembangan model intervensi lintas sektoral seperti *larvaciding* maupun *biological control*, dan (ix) pengembangan kapasitas untuk menilai efektivitas upaya pengendalian malaria.
2. **Memperkuat pelayanan kesehatan dalam pencegahan, pengendalian dan pengobatan,** melalui : (i) promosi pencegahan dan pengendalian malaria pada masyarakat; (ii) deteksi dini dan akses perawatan ke fasilitas kesehatan; (iii) manajemen kasus yang tepat waktu; (iv) penguatan pos malaria desa; (v) integrasi program malaria dengan program kesehatan ibu dan anak; (vi) penguatan diagnosis yang akurat dan cepat; dan (vii) pengobatan malaria yang efektif.

3. **Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia di semua aspek.** Untuk dapat mengimplementasikan strategi pengendalian malaria, tenaga kesehatan perlu ditingkatkan kapasitasnya dalam hal advokasi, deteksi malaria dan pengobatan tepat dan cepat serta manajemen logistik.
4. **Meningkatkan struktur manajemen dan tata kelola yang meliputi strategi, program kerja, dan sistem informasi** melalui: (i) penguatan mekanisme sistem monitoring dan evaluasi; (ii) pengembangan kerja sama antara instansi publik serta sinergi pemerintah-swasta; (iii) pengalokasian bantuan donor dengan lebih baik; dan (iv) peningkatan kontrol kualitas dan penggunaan obat-obatan.
5. **Peningkatan dukungan pendanaan** jangka panjang untuk mempertahankan keberlanjutan program, melalui kemitraan dengan sektor swasta dan komunitas internasional.

TARGET 6C: MENGENDALIKAN PENYEBARAN DAN MULAI MENURUNKAN JUMLAH KASUS BARU MALARIA DAN PENYAKIT YANG LAINNYA (TUBERKULOSIS) HINGGA TAHUN 2015

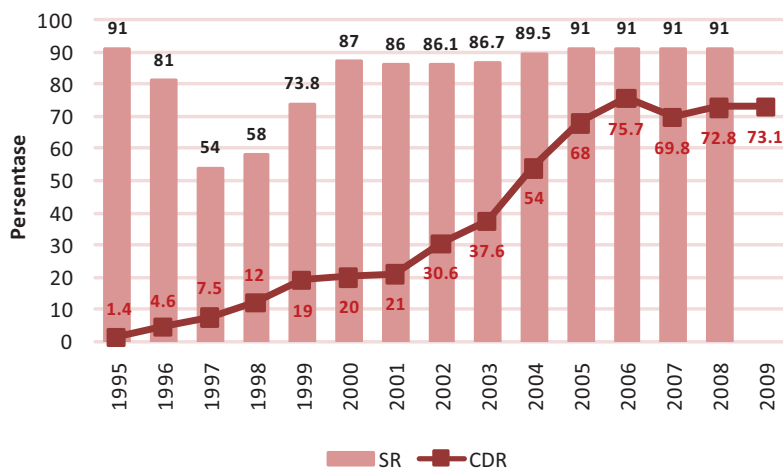
Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber
TUJUAN 6: MEMERANGI HIV/AIDS, MALARIA DAN PENYAKIT MENULAR LAINNYA					
<i>Target 6C: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru Malaria dan penyakit utama lainnya hingga tahun 2015</i>					
6.9	Angka kejadian, prevalensi dan tingkat kematian akibat Tuberkulosis				
6.9a	Angka kejadian Tuberkulosis (semua kasus/100.000 penduduk/tahun)	343 (1990)	228 (2009)	Dihentikan, mulai berkurang	Laporan TB Global WHO, 2009
6.9b	Tingkat prevalensi Tuberkulosis (per 100,000 penduduk)	443 (1990)	244 (2009)		
6.9c	Tingkat kematian karena Tuberkulosis (per 100.000 penduduk)	92 (1990)	39 (2009)		
6.10	Proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dan diobati dalam program DOTS				
6.10a	Proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dalam program DOTS	20,0% (2000)*	73,1% (2009)**	70,0%	* Laporan TB Global WHO, 2009
6.10b	Proporsi kasus Tuberkulosis yang diobati dan sembuh dalam program DOTS	87,0% (2000)*	91,0% (2009)**	85,0%	** Laporan Kemkes 2009

Status: ● Sudah tercapai ► Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

KEADAAN SAAT INI

Pengendalian penyakit TB semakin membaik. Angka penemuan kasus *Case Detection Rate* (CDR) meningkat dari 54,0 persen tahun 2004 menjadi 73,1 persen pada tahun 2009. Demikian pula angka keberhasilan pengobatan *Succes Rate* (SR) pada tahun yang sama meningkat dari 89,5 persen menjadi 91 persen. Kedua sasaran ini telah melampaui target MDGs (masing-masing 70 dan 85 persen). Indonesia adalah negara pertama yang memiliki beban TB tinggi di wilayah WHO Asia Tenggara yang mencapai target global untuk pendeteksian kasus (70 persen) dan keberhasilan pengobatan (85 persen). Pada tahun 2010 pemanfaatan obat anti TB/OAT pada *Directly Observed Treatment Short Course* (DOTS) mencapai sebesar 83,2 persen (Data sementara Riskesdas,2010).

Dalam upaya peningkatan efektivitas pengendalian TB, Indonesia telah melakukan upaya penguatan DOTS sebagai kebijakan nasional. Kunci utama dalam strategi DOTS yaitu: komitmen, diagnosa yang benar dan baik, ketersediaan dan lancarnya distribusi obat, pengawasan penderita menelan obat, pencatatan dan pelaporan penderita dengan sistem kohort.



Gambar 6.9. Angka Penemuan Kasus (CDR) dan Angka Keberhasilan Pengobatan (SR) Nasional untuk TB (%), (1995-2009)

Sumber: Kemkes, Ditjen P2PL, berbagai tahun

Kotak 6-3.**Pengendalian TB di Pulomerak Kota Serang, Propinsi Banten**

Tuberkulosis menjadi salah satu masalah kesehatan masyarakat di Pulomerak, Banten. Diprakarsai oleh Kepala Puskesmas Pulomerak Kota Serang, terbentuklah Paguyuban TB Pulomerak pada tanggal 30 Desember 2004. Paguyuban ini mempunyai pertemuan rutin yang bertujuan antara lain : (1) berbagi pengalaman pribadi selama menderita sampai sembuh; (2) memberi motivasi kepada penderita yang sedang berobat agar berobat rutin sampai sembuh; (3) membentuk suatu wadah bagi penderita TB paru yg anggotanya adalah mantan penderita dan penderita TB paru yang berobat di Puskesmas Pulomerak.

Paguyuban ini berdiri dengan dana swadaya dari para anggotanya, dana ini diperuntukan bagi pasien TB yang kesulitan keuangan misalnya untuk bantuan transportasi pasien TB ke Puskesmas. Paguyuban ini juga membentuk *motivator-motivator* yang berasal dari mantan pasien TB dan diharapkan dapat membantu dalam penemuan suspek TB sejak dini. Keberadaan paguyuban didukung oleh Dinas Kesehatan setempat, bahkan bentuk paguyuban ini direplikasi oleh salah satu Lembaga Swadaya Masyarakat yang bekerja di Propinsi Banten bersama dengan Dinas Kesehatan Propinsi Banten. Dengan pengalaman paguyuban ini dibentuklah paguyuban-paguyuban serupa di kabupaten Pandeglang, Lebak dan Kota Cilegon.

Adapun kegiatan yang dilakukan oleh Paguyuban, antara lain: (1) saling berbagi pengalaman selama pengobatan, sehingga penderita menjadi semakin termotivasi untuk sembuh; (2) saling mengingatkan/menegur sesama penderita apabila terlambat datang atau lalai berobat; (3) setiap anggota wajib menyebarkan manfaat berobat TB paru di Puskesmas dan membawa orang yg diduga menderita TB ke Puskesmas; (4) iuran Rp 1000,-/minggu bagi setiap anggota sejak Juli 2005, yang digunakan untuk PMT pertemuan rutin. Apabila ada donatur, uang iuran dimasukkan ke kas; (5) memberikan sanksi bagi anggota yang tidak mematuhi peraturan (meludah atau membuang sampah sembarangan) sebesar Rp 5000,- setiap pelanggaran; (6) arisan setiap 2 minggu bagi anggota yg bersedia, sebesar Rp.5000,-; (7) *door prize* bagi anggota yang mengikuti penyuluhan dan dilaksanakan sebelum pengobatan (*door prize* dari donatur).

Dampak keterlibatan masyarakat dan pasien dalam penanggulangan TB melalui gerakan ini dapat dilihat dengan meningkatnya pencapaian program TB di Propinsi Banten dari 67 persen pada tahun 2005 dan meningkat hingga menjadi 78 persen pada tahun 2009.



Dokumentasi : Kemkes

TANTANGAN

1. **Masih rendahnya kesadaran masyarakat mengakibatkan tingginya risiko penyebaran infeksi.** Hal ini terkait dengan: (i) Advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial (ACSM)⁶ masih belum optimal; (ii) terbatasnya akses pelayanan; (iii) belum maksimalnya potensi kemitraan antara publik-swasta.
2. **Masih tingginya penemuan kasus yang belum diimbangi dengan ketersediaan pelayanan pengobatan yang memadai.** Layanan pengobatan untuk TB secara rutin belum merata. Disamping itu, masih dijumpai tingginya kasus MDR-TB (*Multidrug-Resistant TB/TB* yang resisten terhadap berbagai macam obat) yang disebabkan oleh tidak adekuatnya pengobatan pasien TB.
3. **Masih terbatasnya kebijakan pengendalian TB berbasis lokal.** Diperlukan penguatan pelayanan kesehatan, informasi dan pendanaan di tingkat daerah.
4. **Belum optimalnya sistem informasi untuk penyusunan kebijakan berbasis fakta.** Saat ini penerapan elemen strategi TB, penguatan sistem kesehatan, peran serta petugas kesehatan, ACSM, dan riset masih kurang optimal.
5. **Masih terbatasnya sumber pendanaan untuk menanggulangi TB di Indonesia.** Selama ini sumber pendanaan penanggulangan TB sebagian besar berasal dari bantuan luar negeri. Untuk itu diperlukan peningkatan mobilisasi sumber daya lokal dan peningkatan efisiensi anggaran program TB.

KEBIJAKAN

1. **Peningkatan cakupan DOTS,** melalui: (i) peningkatan advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial; (ii) peningkatan dukungan politik dan desentralisasi program; (iii) peningkatan akses pada layanan kesehatan dan obat-obatan gratis; (iv) peningkatan sistem penyediaan dan manajemen obat yang efektif; (v) peningkatan promosi aktif dalam pengendalian TB; (vi) peningkatan komunikasi efektif kepada penderita TB, *provider* dan *stakeholder*; dan (vii) peningkatan sistem pengawasan dan evaluasi serta pengukuran dampak pengobatan melalui DOTS.
2. **Peningkatan kapasitas dan kualitas penanganan TB,** melalui: (i) penguatan kapasitas laboratorium diagnostik di seluruh sarana pelayanan kesehatan; (ii) penerapan standar

6 ACSM (Advocacy Communication and Social Mobilization) masih merupakan bidang baru dan masih memerlukan lebih banyak lagi dukungan panduan dan teknis. Keterlibatan masyarakat dalam perawatan TB adalah hal yang penting. Survei tentang Pengetahuan, Sikap dan Praktik (KAP) yang diadakan baru-baru ini melaporkan temuan-temuan berikut: (i) tahu apa itu TB (76 persen) dan tahu bahwa TB bisa sembuh sepenuhnya (85 persen); (ii) stigmatisasi yang buruk atas pengidap TB (merahasiakan bila anggota keluarga menderita TB), sekitar 13 persen; (iii) kebanyakan masyarakat tidak tahu bahwa obat anti-TB bisa didapatkan secara gratis di pusat kesehatan setempat (hanya 19 persen yang tahu) dan hanya 16 persen responden mampu mengidentifikasi tanda-tanda dan gejala-gejala TB.

internasional penanganan TB; (iii) peningkatan kemitraan yang melibatkan pemerintah, nonpemerintah dan swasta dalam penanggulangan TB; (iv) penyediaan tenaga kesehatan yang memadai baik kuantitas maupun kualitas; (v) penyediaan obat; (vi) peningkatan kerjasama program TB/HIV; (vii) peningkatan promosi perawatan berbasis masyarakat; (viii) peningkatan cakupan penemuan kasus dan layanan pengobatan untuk TB di seluruh pelayanan kesehatan; (ix) peningkatan layanan dukungan konseling; dan (x) penyediaan sarana dan prasarana pelayanan TB sesuai standar.

3. **Penguatan kebijakan dan peraturan dalam pengendalian TB**, melalui : (i) penguatan sistem kesehatan untuk mencegah dan mengendalikan penyakit; (ii) pengkajian dan penyesuaian pengendalian TB sesuai dengan kondisi lokal; (iii) peningkatan layanan konsultasi untuk mendorong pencegahan dan pengobatan yang tepat; (iv) penilaian secara periodik di tingkat nasional dan daerah; (v) survei periodik untuk mengidentifikasi risiko-risiko khusus; (vi) pengendalian mutu obat-obatan; (vii) pembinaan kerja sama antara sektor publik-swasta; dan (viii) peningkatan kapasitas pengendalian TB di tingkat kabupaten.
4. **Penguatan sistem informasi untuk mendukung monitoring dan evaluasi program TB**, melalui: (i) peningkatan penelitian TB; (ii) peningkatan jaringan uji mikroskopis; dan (iii) pelaksanaan surveilans.
5. **Mobilisasi alokasi sumber daya secara tepat, baik di tingkat pusat maupun daerah**, melalui: (i) peningkatan komitmen pembiayaan pemerintah dalam APBN untuk program TB; dan (ii) peningkatan komitmen pembiayaan pemerintah daerah dalam APBD untuk program TB sebagai bagian dari pelaksanaan Standar Pelayanan Minimum (SPM).

**TUJUAN 7:
MEMASTIKAN KELESTARIAN
LINGKUNGAN HIDUP**



Pembangkit Tenaga Listrik Geotermal di Sulawesi Utara



TUJUAN 7: MEMASTIKAN LINGKUNGAN HIDUP

KELESTARIAN

TARGET 7A: MEMADUKAN PRINSIP-PRINSIP PEMBANGUNAN BERKELANJUTAN DENGAN KEBIJAKAN DAN PROGRAM NASIONAL SERTA MENGEMBALIKAN SUMBERDAYA LINGKUNGAN YANG HILANG

Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber	
TUJUAN 7: MEMASTIKAN KELESTARIAN LINGKUNGAN HIDUP						
<i>Target 7A: Memadukan prinsip-prinsip pembangunan yang berkesinambungan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumberdaya lingkungan yang hilang</i>						
7.1	Rasio luas kawasan tertutup pepohonan berdasarkan hasil pemotretan citra satelit dan survei foto udara terhadap luas daratan	59,97% (1990)	52,43% (2008)	Meningkat	▼	Kemenuhut
7.2	Jumlah emisi karbon dioksida (CO ₂)	1.416.074 Gg CO ₂ e (2000)	1.711.626 Gg CO ₂ e (2008)	Berkurang 26% pada 2020	▼	Kementerian Lingkungan Hidup
7.2a.	Jumlah konsumsi energi primer (per kapita)	2,64 SBM (1991)	4,3 SBM (2008)	Menurun		Kementerian Energi dan Sumber Daya Mineral
7.2b.	Intensitas Energi	5,28 SBM/ USD 1,000 (1990)	2,1 SBM/ USD 1,000 (2008)	Menurun		
7.2c.	Elastisitas Energi	0,98 (1991)	1,6 (2008)	Menurun		
7.2d.	Bauran energi untuk energi terbarukan	3,5% (2000)	3,45% (2008)	-		
7.3	Jumlah konsumsi bahan perusak ozon (BPO) dalam metrik ton	8.332,7 metric tons (1992)	0 CFCs (2009)	0 CFCs dengan mengurangi HCFCs	►	Kementerian Lingkungan Hidup
7.4	Proporsi tangkapan ikan yang berada dalam batasan biologis yang aman	66,08% (1998)	91,83% (2008)	tidak melebihi batas	►	Kementerian Kelautan & Perikanan
7.5	Rasio luas kawasan lindung untuk menjaga kelestarian keanekaragaman hayati terhadap total luas kawasan hutan	26,40% (1990)	26,40% (2008)	Meningkat	►	Kementerian Kehutanan
7.6	Rasio kawasan lindung perairan terhadap total luas perairan teritorial	0,14% (1990)*	4,35% (2009)**	Meningkat	►	*Kementerian Kehutanan **Kementerian Kelautan & Perikanan

Status: ● Sudah tercapai ► Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

KEADAAN SAAT INI

Kebijakan lingkungan hidup Indonesia telah dirumuskan dengan tujuan mewujudkan pembangunan yang selaras dengan lingkungan alam sehingga dapat memberikan manfaat bagi generasi sekarang dan generasi yang akan datang. Rencana Pembangunan Nasional Jangka Panjang 2005-2025 dan Rencana Pembangunan Nasional Jangka Menengah 2004-2009 serta 2010-2014 telah mengarusutamakan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dalam semua aspek kebijakan dan program pembangunan nasional.

Pemanasan global yang mengarah pada perubahan iklim berdampak negatif pada lingkungan hidup, dan Indonesia sangat rentan terhadap dampak negatif perubahan iklim tersebut. Pemerintah memberikan prioritas tinggi pada program mitigasi perubahan iklim dan adaptasi terhadap dampak perubahan iklim. Hal itu merupakan mandat Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2009 tentang perlindungan dan pengelolaan lingkungan. Pada tahun 2008, Dewan Nasional Perubahan Iklim (DNPI) didirikan dalam upaya meningkatkan koordinasi kebijakan serta memperkuat posisi Indonesia di forum-forum internasional terkait dengan perubahan iklim. DNPI dipimpin oleh presiden dan beranggotakan 20 menteri anggota kabinet.

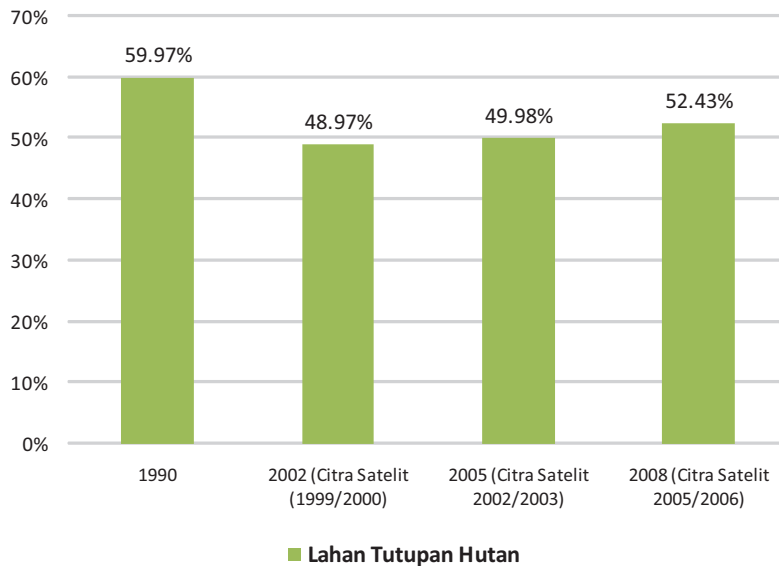
Pemerintah Indonesia adalah peserta Pertemuan Kopenhagen bulan Desember 2009 dan penanda tangan *United Nations Framework Convention on Climate Change (UNFCCC)*. Indonesia adalah negara berkembang pertama yang mengumumkan target pengurangan emisi sebesar 26 persen dari tingkat *Business as Usual (BAU)* pada tahun 2020, dan target tersebut dapat ditingkatkan hingga 41 persen dengan dukungan dunia internasional.

Pada bulan Maret 2010 pemerintah meluncurkan Peta Jalan Sektor Perubahan Iklim Indonesia, *Indonesia Climate Change Sectoral Roadmap (ICCSR)*, yang bertujuan mengarusutamakan perubahan iklim dalam perencanaan pembangunan nasional. ICCSR mencantumkan visi strategis yang memberikan penekanan khusus pada tantangan yang dihadapi bangsa ini di bidang kehutanan, energi, industri, transportasi, pertanian, daerah pesisir, sumber daya air, limbah, dan sektor kesehatan.

Rasio luas kawasan tertutup pepohonan berdasarkan hasil pemotretan citra satelit dan survei foto udara terhadap luas daratan tercatat 52,43 persen pada tahun 2008, turun secara signifikan bila dibandingkan dengan acuan dasar tahun 1990 saat kawasan tertutup pepohonan mencapai 59,97 persen. Kendati demikian, sejak tahun 2002 berbagai kebijakan dan program baru mulai membalikkan kecenderungan degradasi hutan yang telah dimulai sejak dekade 90-an. Degradasi hutan Indonesia dan penurunan keanekaragaman hayati terjadi dalam skala besar sebelum tahun 2002 sebagai akibat dari praktik pengelolaan hutan yang tidak lestari, pembalakan liar, kebakaran hutan, dan alih fungsi hutan untuk pemanfaatan lainnya.

Upaya pelestarian dan pemulihan hutan telah ditingkatkan sejak tahun 2002. Pelaksanaan program Gerakan Nasional Rehabilitasi Hutan dan Lahan (Gerhan/RHL) Departemen Kehutanan menghasilkan rehabilitasi lebih dari dua juta hektar hutan pada periode tahun 2003 sampai

dengan 2007. Kecenderungan persentase tutupan hutan di Indonesia sejak tahun 1990 hingga tahun 2008 tergambar terlihat pada **Gambar 7.1**.



Gambar 7.1.
Persentase Tutupan Hutan dari Luas Daratan di Indonesia dari Tahun 1990 Sampai 2008

Sumber:
Kementerian Kehutanan (1990-2008).

Total luas lahan tahun 2010 yang ditetapkan secara hukum oleh Pemerintah sebagai lahan hutan dan diatur oleh peraturan Menteri Kehutanan telah meningkat dalam beberapa tahun terakhir menjadi **136,88 juta hektar** atau sekitar **72,89 persen** dari total luas daratan di Indonesia. Kedua jenis penggolongan hutan tersebut dianggap dapat melindungi kawasan lindung dan membantu menjaga keanekaragaman hayati:

- **Kawasan Hutan yang Dilindungi (Kawasan Pelestarian Alam/ KPA & Kawasan Suaka Alam/KSA)** mencakup wilayah yang ditujukan untuk melestarikan keanekaragaman flora, fauna, dan habitatnya. Kawasan konservasi di Indonesia meliputi cagar alam, taman buru, suaka margasatwa, taman hutan raya dan taman nasional. Pada tahun

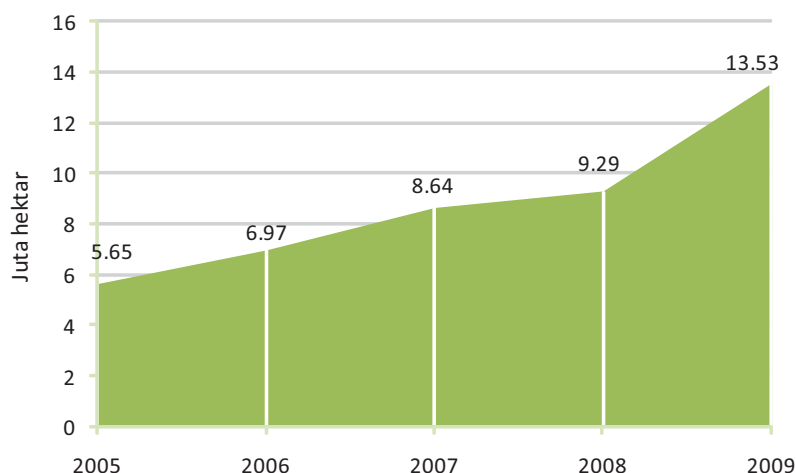


2010 sejumlah 23,31 juta hektar telah ditetapkan sebagai Kawasan yang dilindungi oleh Kementerian Kehutanan di mana 19,88 juta hektar diantaranya (atau 85,28 persen dari kawasan itu) dipertahankan sebagai tutupan hutan.

- **Kawasan Lindung** adalah kawasan yang ditetapkan dengan fungsi utama melindungi kelestarian lingkungan hidup yang mencakup sumber alam, sumber daya buatan dan nilai sejarah serta budaya bangsa guna kepentingan pembangunan berkelanjutan. Kawasan Lindung terdiri dari KPA, KSA, Taman Buru dan Hutan Lindung. Pada tahun 2010 luas kawasan lindung 55,03 juta hektar. Luas tutupan hutan di kawasan lindung mencapai 51,43 juta hektar atau sekitar 93,46 persen dari total area kawasan lindung. Dengan total area lahan di Indonesia seluas 187,78 juta hektar, rasio kawasan lindung terhadap total luas lahan di Indonesia adalah 29,31 persen pada tahun 2010.

Kawasan konservasi perairan telah ditingkatkan oleh Pemerintah Indonesia dalam beberapa tahun terakhir dan total area yang dialokasikan untuk kawasan tersebut mencapai **13,53 juta hektar pada tahun 2009** atau **4,35 persen dari perairan teritorial nasional seluas 3,1 juta kilometer persegi (Gambar 7.2)**. Kementerian Kelautan dan Perikanan berencana memperluas kawasan konservasi perairan menjadi 15,5 juta hektar pada akhir 2014 atau sekitar 5 persen dari total wilayah laut nasional, dan menjadi 20 juta hektar pada 2020.

Gambar 7.2.
Kawasan
Konservasi
Perairan Indonesia



Sumber:
Kementerian
Kelautan dan
Perikanan

Berbagai jenis kawasan konservasi perairan telah dibangun untuk menjaga keanekaragaman hayati atau menjalankan fungsi ekologi khusus seperti tempat ikan bertelur atau sumber makanan bagi hewan laut. **Tabel 7.1** menunjukkan kawasan konservasi perairan yang telah dibangun hingga tahun 2009. Wilayah laut, termasuk bakau, rumput laut, dan vegetasi lainnya, juga memegang peranan penting dalam penyerapan CO₂ dari atmosfer.

Tabel 7.1.
Kawasan
Konservasi
Perairan (2009)

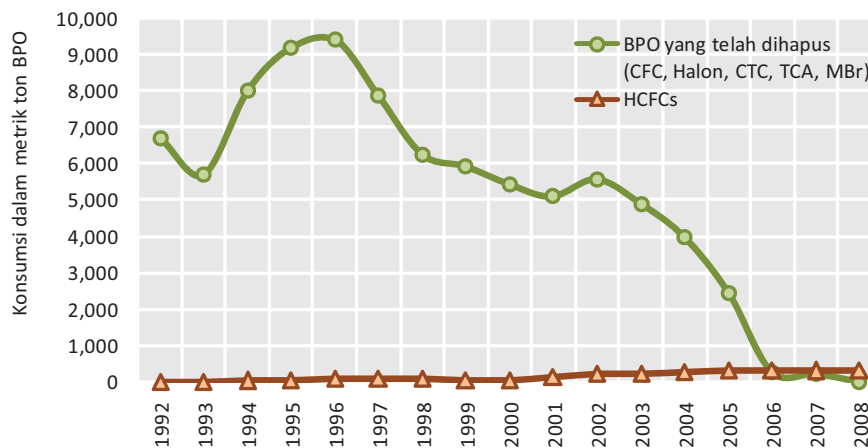
No	Jenis kawasan konservasi perairan	Jumlah kawasan	Luas kawasan (juta hektar)
1	Taman Laut Nasional	7	4,043
2	Taman Wisata Alam Laut	18	0,767
3	Suaka Margasatwa Laut	7	0,337
4	Cagar Alam Laut	8	0,271
5	Kawasan Konservasi Perairan Nasional	1	3,521
6	Kawasan Konservasi Laut Daerah	35	4,589
	Total	76	13,529

Sumber:
Kementerian
Kelautan dan
Perikanan

Gas Rumah Kaca (GRK) mencakup antara lain, **karbondioksida, metana, dan *hydrofluorocarbon* (HFC) yang dihasilkan oleh aktivitas manusia. Konsentrasi berlebihan bahan-bahan ini di lapisan biosfer memicu terjadinya pemanasan global dan perubahan iklim.** Berbagai usaha untuk mengurangi emisi gas rumah kaca telah disetujui oleh dunia internasional melalui Protokol Kyoto yang diratifikasi Indonesia melalui Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2004 tentang Ratifikasi Protokol Kyoto.

Konsumsi bahan perusak ozon (BPO) telah berkurang secara signifikan sesuai dengan Protokol Montreal terkait konsumsi BPO. Pemerintah Indonesia telah meratifikasi Protokol Montreal dengan melarang impor lima jenis BPO, yaitu *CFC, Halon, CTC, TCA*, dan Metil Bromida untuk nonkarantina dan prapengapalan. Berbagai upaya juga telah dilakukan untuk mencegah emisi BPO - terutama *CFC* - ke atmosfer. Upaya meningkatkan kesadaran publik tentang isu perlindungan ozon telah memberikan kontribusi pada keberhasilan inisiatif ini.

Pada tahun 2007, konsumsi CFC di Indonesia telah turun sampai ke tingkat minimum (lihat Gambar 7.3). Telah terjadi penggantian penggunaan BPO yang mempunyai *ozone depleting potential (ODP)* tinggi seperti *CFC* dan BPO lainnya seperti *Halon, CTC*, dan *TCA* dengan BPO pengganti sementara yang nilai *ODP*-nya rendah, seperti senyawa *hydrochlorofluorocarbon (HCFC)* dan/atau bahan-bahan non-BPO. Walaupun impor dan penggunaan BPO sangat dibatasi, Indonesia juga menghadapi tantangan untuk memerangi impor ilegal BPO.



Gambar 7.3.
Jumlah Konsumsi BPO di Indonesia, Tahun 1992-2008

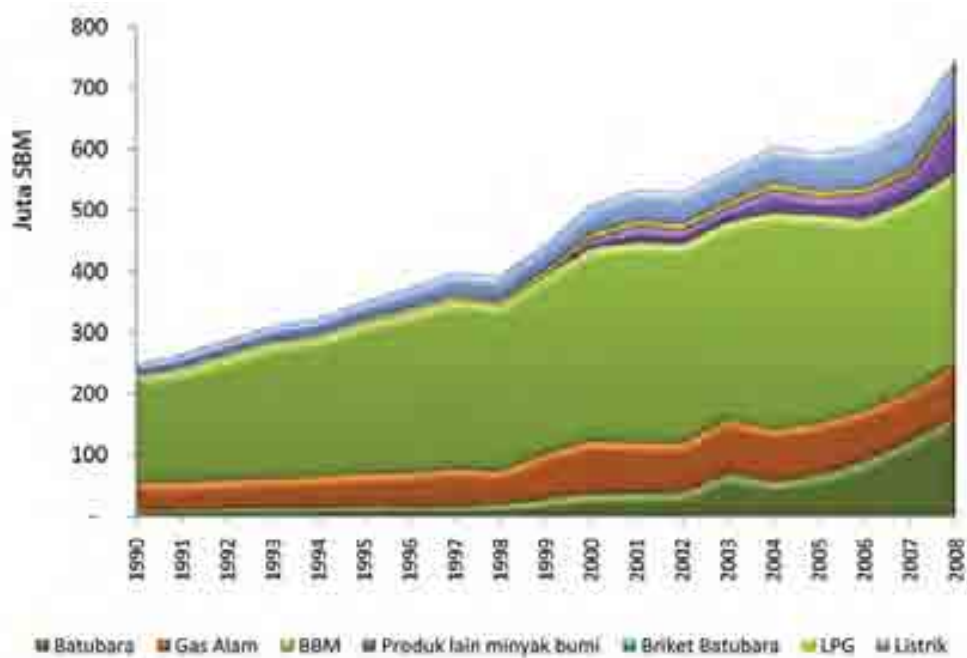
Sumber:
Kementerian Lingkungan Hidup

Jumlah pemakaian energi meningkat tiga kali lipat di Indonesia antara tahun 1990 dan 2008. Jumlah pemakaian energi pada tahun 1990 mencapai 247.975 juta SBM (Setara Barel Minyak) dan pada tahun 2008 jumlah itu mencapai 744.847 juta SBM seperti terlihat pada **Gambar 7.4** Bahan bakar berbasis minyak merupakan kelompok energi bahan bakar fosil yang paling banyak digunakan.

Rasio penggunaan energi per PDB Indonesia cenderung menurun. Hal ini menunjukkan semakin efisiennya penggunaan energi. Meski demikian, pemakaian energi tak terbarukan

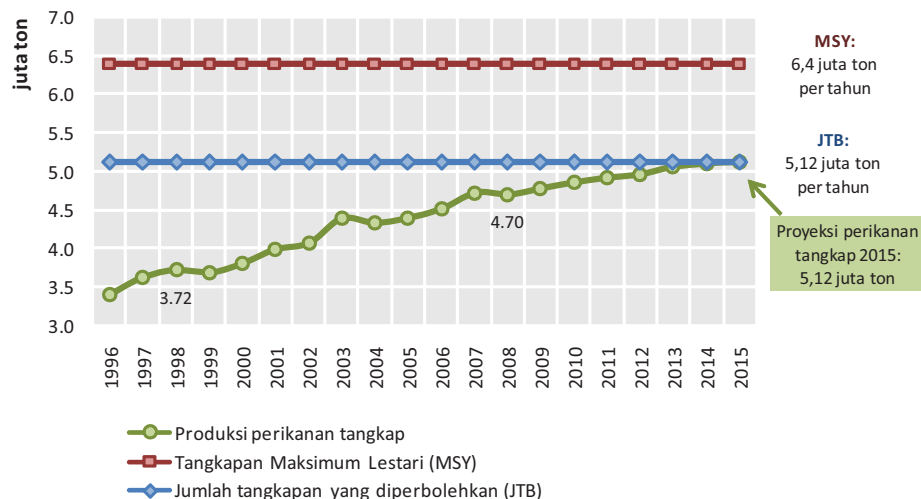
di Indonesia meningkat dua kali lipat antara tahun 1990 dan 2008. Selain menimbulkan emisi yang berpengaruh pada perubahan iklim, ketersediaan energi tak terbarukan semakin terbatas. Untuk menjaga ketahanan energi nasional, dan mengurangi ketergantungan terhadap minyak bumi, Kementerian ESDM melakukan pengembangan sumber energi baru terbarukan (*renewable energy*).

Gambar 7.4.
Jumlah Pemakaian
Berbagai Jenis
Energi Periode
1990-2008 (dalam
Juta SBM)



Sumber:
Kementerian ESDM

Gambar 7.5.
Produksi Perikanan
Tangkap di
Indonesia



Sumber:
Kementerian
Kelautan dan
Perikanan

Untuk tangkapan ikan dalam batasan biologis yang aman, tangkapan maksimum lestari (*maximum sustainable yield/MSY*) perikanan tangkap diperkirakan mencapai kurang lebih 6,4 juta ton per tahun. Sedangkan tangkapan total yang diizinkan atau *Total Allowable Catch*

(TAC) adalah 80 persen dari MSY atau 5,12 juta ton per tahun. Total produksi perikanan tangkap di Indonesia meningkat dari 3,72 juta ton atau 66,08 persen dari TAC pada tahun 1998 menjadi 4,70 juta ton atau 91,8 persen dari TAC pada tahun 2008. Produksi perikanan tangkap diproyeksikan mencapai 5,12 juta ton atau setara dengan TAC pada tahun 2015, seperti terlihat pada **Gambar 7.5**.

TANTANGAN

Berbagai faktor telah menyebabkan luas tutupan hutan di Indonesia berkurang sejak tahun 1990, antara lain: kebakaran hutan, pembalakan liar, konversi hutan, dan praktik pengelolaan hutan yang tidak lestari. Kebakaran dan pembukaan hutan dengan pembakaran tidak hanya mengakibatkan menipisnya potensi sumber daya hutan, tetapi juga menghasilkan CO₂ dalam jumlah besar. Pembalakan liar merupakan salah satu penyebab utama berkurangnya sumber daya hutan di Indonesia. Konversi hutan guna memenuhi tuntutan masyarakat untuk budidaya merupakan salah satu penyebab penurunan sumber daya hutan yang sulit dikendalikan.

Perubahan iklim akan menghadirkan tantangan besar bagi pembangunan berkelanjutan di Indonesia. Diperlukan aksi nasional, baik untuk mitigasi perubahan iklim global maupun melaksanakan langkah-langkah yang diperlukan untuk memberdayakan masyarakat Indonesia agar dapat beradaptasi dengan dampak negatif perubahan iklim.

Dalam pengelolaan laut dan pesisir pantai, guna mengurangi dampak perubahan iklim, penting untuk mewujudkan konservasi jangka panjang dan pengelolaan serta pemanfaatan sumber daya hayati laut dan habitat pesisir secara berkelanjutan melalui penerapan pendekatan pencegahan dan ekosistem yang tepat.

Salah satu penyebab perubahan iklim adalah tingginya kadar karbon dioksida yang dilepaskan ke atmosfer dalam menghasilkan energi. Penggunaan sumber-sumber energi alternatif yang dapat menghasilkan karbon dioksida dalam kadar rendah atau tidak menimbulkan emisi karbon dioksida merupakan salah satu cara untuk menanggulangi dampak perubahan iklim.

Meskipun Indonesia telah berhasil menghapuskan CFC, penggunaan HCFC sebagai pengganti sementara juga berdampak negatif pada lapisan ozon, walaupun ODP-nya jauh lebih kecil. Penggunaan HCFC sebagai refrigeran merupakan langkah sementara dan substansi yang diatur dalam Protokol Montreal. Pada tahap percepatan *phase-out* HCFC yang diadopsi dalam MOP-19, produksi dan konsumsi HCFC oleh Indonesia akan dibekukan pada tahun 2013 dan dihapuskan pada 2030 untuk industri manufaktur.

Kotak 7-1. Kabupaten Wakatobi dan “Pendekar Lingkungan-nya”

“Saya dan seluruh aparat serta rakyat Wakatobi, tidak sia-sia bekerja,” kata-kata itu spontan dilontarkan Bupati Wakatobi Ir. Hugua usai menerima *Leadership MDGs Award* 2009 di Jakarta, akhir tahun lalu, yang diberikan oleh Kementerian Koordinator bidang Kesra berkerjasama dengan *Leadership Park Institute* kepada sejumlah kepala daerah lainnya. Pantaslah rasa bangga itu menyeruak mengingat baru empat tahun Hugua memimpin Wakatobi, sebuah kabupaten hasil pemekaran wilayah Kabupaten Buton, Sulawesi Tenggara, yang baru berusia tujuh tahun.

Hugua bisa memanfaatkan kemampuan pribadi, potensi alam dan sumberdaya dari semua elemen masyarakat Wakatobi untuk ‘menyelesaikan’ tantangan delapan sasaran MDGs. Salah satu prestasi puncaknya adalah mengubah perilaku masyarakat. Tentu saja, bukan hal mudah, apalagi jika kebiasaan itu terkait langsung dengan kebutuhan hidup yang sudah berlangsung turun-temurun. Jauh sebelum menjadi Bupati Wakatobi, Hugua, ayah dari dua putra ini, memang dikenal sebagai sosok ‘pendekar Lingkungan’ yang pantang menyerah. Di tengah maraknya warga mengandalkan batu karang sebagai bahan bangunan rumah, ia tak patah arang. Kepiawaiannya mendekati warga di wilayah-wilayah pesisir dari rumah ke rumah, dengan menawarkan solusi membangun rumah menggunakan bahan kayu, akhirnya beroleh hasil. Tawaran solusinya itu kemudian bisa dipahami warga.

Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) pun memberikan penghargaan kepada kabupaten yang kaya dengan jenis terumbu karang ini, karena dalam kurun waktu singkat mampu menurunkan angka kemiskinan hingga 7 persen, serta sukses dalam program wajib belajar 12 tahun dan menjamin kesehatan rakyatnya.

Pada acara *World Ocean Conference (WOC)* yang berlangsung pada pertengahan Mei 2009, di Manado (Sulawesi Utara), Bupati Wakatobi Hugua menerima penghargaan *World Wildlife Fund (WWF)* bersama tujuh gubernur, dan beberapa bupati dan walikota.

Salah satu yang ikut dipertahankan kelestariannya di perairan Wakatobi adalah populasi penyu dan keanekaragaman terumbu karang. Hal ini terungkap dari hasil pendataan WWF di Wakatobi yang dilakukan dalam kurun waktu satu tahun, menunjukkan populasi penyu bertelur di daerah pulau-pulau penghuni bertambah 400 persen.

Tantangan

Kabupaten Wakatobi memiliki 142 pulau, tetapi hanya 7 pulau yang berpenghuni. Terumbu karang Wakatobi berada di dinding-dinding pulau yang curam dan 60 persen kondisinya masih sangat baik. Diperkirakan, di Wakatobi terdapat sekitar 750 spesies terumbu karang dengan 942 spesies ikan. Di Wakatobi tidak diizinkan usaha budidaya dan eksploitasi terumbu karang ataupun ikan hias untuk diperjualbelikan.

Terumbu karang di wilayah Wakatobi, saat ini tergolong paling lestari di antara wilayah segitiga terumbu karang dunia. Meskipun demikian, akhir-akhir ini peningkatan suhu laut mengakibatkan terumbu karang Wakatobi terserang pemutihan. Diduga, pemutihan terumbu karang pada kedalaman sekitar enam meter itu terpengaruh dua hal, yaitu praktik ilegal pembiusan ikan hias dan kenaikan intensitas sinar matahari. Bersama Kementerian Riset dan Teknologi, dilakukan riset keanekaragaman hayati dari kabupaten Wakatobi yang hanya memiliki 3 persen daratan dari 1,4 juta hektar total kawasan. Sisanya adalah laut. Semoga tantangan tersebut, mampu diatasi bersama semua pihak yang peduli.)

(Dari berbagai sumber: *Kompas* (23/5/2010); *Antara* (1/4/2007); *Beritabarur.com* (23/12/2009)

KEBIJAKAN

1. Peningkatan luas area hutan yang dilindungi dan kawasan lindung perairan secara signifikan untuk mengatasi laju deforestasi;
2. Pemberantasan pembalakan liar di berbagai daerah dilakukan untuk mempertahankan luas kawasan hutan dan kawasan konservasi;
3. Pencanangan gerakan nasional rehabilitasi hutan dan lahan kritis (Gerhan) dan pembentukan UPT Planologi Kehutanan di setiap provinsi.
4. Pembentukan kesatuan pengelolaan hutan (KPH) dan mekanisme pendanaannya dalam rangka meningkatkan kapasitas dan pematapan pengelolaan kawasan hutan;
5. Sosialisasi dan pemberian insentif fiskal maupun nonfiskal dalam gerakan penghematan energi dan pemakaian energi alternatif yang lebih efisien dan ramah lingkungan, misalnya pemanfaatan energi terbarukan sebagai upaya diversifikasi;
6. Pelaksanaan program perlindungan lapisan ozon dengan menegakkan larangan penggunaan bahan-bahan perusak ozon yang secara hukum sudah dilarang;
7. Mitigasi pemanasan global serta adaptasi terhadap dampak negatif perubahan iklim melalui pengarusutamaan isu perubahan iklim ke dalam sektor-sektor utama pembangunan; dan
8. Perluasan Kawasan Konservasi Laut, rehabilitasi *mangrove* dan terumbu karang di sejumlah kawasan pesisir dan peningkatan penyerapan karbon di sektor kelautan dan perikanan.

TARGET 7B:

MENGURANGI LAJU KEHILANGAN KEANEKARAGAMAN HAYATI, DAN MENCAPAI PENGURANGAN YANG SIGNIFIKAN PADA 2015

Indonesia dianugerahi keanekaragaman hayati yang kaya di tingkat ekosistem, spesies, dan genetik. Dalam hal ekosistem, beragam tipe ekosistem dapat ditemukan di Indonesia; dari puncak salju di Jayawijaya, alpin, sub-alpin, gunung sampai hutan hujan tropis dataran rendah (Sumatera, Kalimantan), hutan pantai, padang rumput, sabana (Nusa Tenggara), lahan basah, muara, dan ekosistem bakau, pesisir, dan laut, termasuk padang lamun (Selat Sunda) dan terumbu karang (Bunaken), sampai dengan ekosistem laut dalam. Beragam ekosistem ini merupakan habitat bagi jenis flora dan fauna yang sangat beragam, yang sebagian merupakan spesies endemik (hanya ditemukan di daerah tertentu). Sekitar 515 spesies mamalia, 511 spesies reptil, 1.531 jenis burung, 270 jenis amfibi, dan 2.827 jenis invertebrata telah ditemukan di Indonesia. Selain itu, Indonesia memiliki lebih dari 38.000 spesies tumbuhan, di mana kurang lebih 477 di antaranya merupakan jenis tanaman palem dan 350 jenis pohon penghasil kayu.

Pada tahun 1993 Pemerintah Indonesia meluncurkan Rencana Aksi Keanekaragaman Hayati Indonesia (*Biodiversity Action Plan of Indonesia/BAPI*) sebagai dokumen yang digunakan untuk menetapkan prioritas dan investasi dalam pelestarian keanekaragaman

hayati. Sepuluh tahun kemudian, BAPI telah dimutakhirkan menjadi strategi keanekaragaman hayati nasional dan rencana aksi baru yang diberi nama “*Indonesia Biodiversity Strategy and Action Plan (IBSAP)*” guna mengatasi berbagai permasalahan yang timbul di dalam konvensi internasional keanekaragaman hayati atau *United Nations Convention on Biological Diversity (UNCBD)*. Belajar dari pengalaman BAPI 1993, *IBSAP* ini dibangun melalui proses partisipasi dan menangani permasalahan lingkungan yang lebih mutakhir. *IBSAP* telah mengidentifikasi sejumlah kebutuhan, tindakan, peluang, tantangan serta kendala baru dalam melaksanakan pelestarian keanekaragaman hayati.

Upaya-upaya konservasi terus menerus dilakukan untuk menahan laju kehilangan keanekaragaman hayati lebih banyak lagi. Untuk pemulihannya telah dilakukan upaya-upaya antara lain dengan meningkatkan pengamanan dan penegakan hukum, pembinaan populasi, dan penyadartahuan kepada masyarakat luas. Sedangkan untuk pemantauannya, salah satunya antara lain dengan melakukan pemetaan penyebaran beberapa *umbrella* dan *flagship species* (Gambar 7.6, 7.7, 7.8, dan 7.9).



Gambar 7.6.
Sebaran Harimau Sumatera
(*Panthera tigris sumatrae*)



Gambar 7.7.
Sebaran Orangutan Kalimantan
(*Pongo pymaeus sp*)



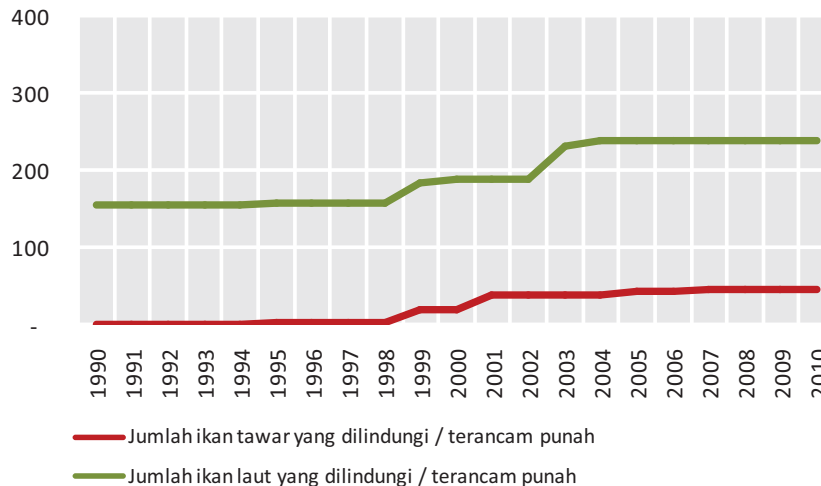
Gambar 7.8.
Sebaran Badak Jawa
(*Rhinoceros sondaicus sondaicus*)



Gambar 7.9.
Sebaran Badak Sumatera
(*Dicerorhinus sumatrensis sp*)

Peningkatan perlindungan spesies akuatik menunjukkan kecenderungan peningkatan setiap tahunnya. Peningkatan yang cukup signifikan untuk jenis ikan laut terjadi antara tahun 1998 dan

2004. Sedangkan untuk jenis ikan air tawar peningkatan antara tahun 1998 dan 2001 mencapai 35 jenis, dan terus mengalami peningkatan sampai dengan tahun 2009. Hal ini seperti yang digambarkan pada **Gambar 7.10**. Sementara itu, rasio perbandingan jumlah jenis ikan tawar dan jenis ikan laut yang dilindungi dan terancam punah terlihat masih sangat sedikit, apabila dibandingkan dengan total spesies ikan laut dan ikan air tawar di Indonesia yang mencapai 6.000 jenis.



Gambar 7.10.
Jumlah Ikan Tawar dan Jenis Ikan Laut yang Dilindungi dan Terancam Punah Per Tahun

Sumber:
Kementerian Kelautan dan Perikanan

TANTANGAN

Keanekaragaman hayati Indonesia telah terancam karena pemanfaatan sumber daya alam dengan cara yang tidak lestari. Pengalihan ekosistem menjadi kawasan industri, pemukiman, transportasi, dan berbagai tujuan lainnya telah berdampak buruk pada jumlah keanekaragaman hayati. Rata-rata tingkat degradasi ekosistem hutan pada periode 2000-2005 mencapai 1,09 juta hektar per tahun. Kondisi tersebut tidak hanya menyebabkan berkurangnya keanekaragaman hayati di tingkat ekosistem, tetapi juga di tingkat spesies dan genetik. Namun demikian, data tentang status spesies dan keanekaragaman hayati genetik masih sangat terbatas. Laporan dari lembaga internasional seperti *the International Union for Conservation of Nature (IUCN)* telah digunakan sebagai indikator ancaman terhadap berbagai spesies. Sebagai contoh, pada tahun 1988 terdapat 126 spesies burung, 63 spesies mamalia, 21 spesies reptil, dan 65 spesies hewan lain yang dinyatakan berada di ambang kepunahan. Empat tahun kemudian, *Red Data List IUCN* menunjukkan bahwa 772 spesies flora dan fauna terancam punah, yang terdiri dari 147 spesies mamalia, 114 burung, 28 reptil, 68 ikan, 3 moluska, 28 spesies fauna lainnya, dan 384 spesies flora.

Rentang sebaran kayu eboni (*Diospyros celebica*), ulin (*Eusideroxylon zwageri*), cendana (*Santalum album*) juga semakin berkurang. Demikian juga halnya dengan kebanyakan spesies *Dipterocarps*. Sementara itu, kurang lebih 240 spesies tanaman telah dinyatakan langka,

banyak di antaranya merupakan kerabat tanaman budidaya. Setidaknya 52 spesies anggrek (*Orchidaceae*) juga telah dinyatakan langka, sebagaimana 11 spesies rotan, sembilan spesies bambu, sembilan spesies pinang, enam jenis durian, empat jenis pala, dan tiga jenis mangga (Mogea et. al., 2001).

Beberapa spesies ikan juga terancam punah. Misalnya, ikan haring cina (*Clupea toli*) yang mendominasi pantai timur Sumatera dan ikan terbang (*Cypselurus* spp.) di wilayah pantai selatan Sulawesi. Spesies ikan lain yang terancam punah adalah ikan batak (*Neolissochilus* sp.), kebanggaan masyarakat sekitar Danau Toba yang sering digunakan dalam upacara adat, bilih (*Mystacoleucus padangensis*) yang endemik di Danau Singkarak, dan botia (*Botia macraranthus*), ikan hias unik yang dapat ditemukan di Sungai Batanghari dan biasanya dikonsumsi oleh penduduk setempat namun sekarang telah langka.

Sayangnya, penyusutan keanekaragaman genetik, khususnya spesies satwa dan tumbuhan liar, tidak terdokumentasi dengan baik.

KEBIJAKAN

1. Peningkatan pelestarian keanekaragaman hayati, melalui pemantauan dan memfasilitasi pengembangan Taman Keanekaragaman Hayati.
2. Pembangunan kawasan konservasi dan ekosistem esensial, melalui upaya mengurangi konflik dan tekanan terhadap taman nasional dan kawasan konservasi lainnya, perbaikan pengelolaan ekosistem esensial, peningkatan manajemen penanganan gangguan dari pihak-pihak yang memasuki kawasan konservasi tanpa izin dan pemulihan kawasan konservasi.
3. Penyelidikan dan perlindungan keamanan hutan, melalui upaya mengurangi tindak pidana kehutanan dan finalisasi kasus kejahatan di kawasan konservasi.
4. Pengembangan konservasi spesies dan keanekaragaman hayati genetik, melalui peningkatan keanekaragaman hayati dan populasi spesies yang terancam punah, penangkaran dan kerjasama internasional dan regional.
5. Pengendalian kebakaran hutan, melalui upaya mengurangi titik panas, mengurangi luas area yang terbakar dan meningkatkan kapasitas sumber daya manusia dalam mengendalikan kebakaran hutan.
6. Pengembangan jasa lingkungan dan ekowisata melalui pengelolaan dan pengembangan konservasi ekosistem dan spesies di wilayah pesisir dan laut seperti peningkatan pengelolaan ekosistem terumbu karang, bakau, lamun, dan lain-lain; serta identifikasi dan pemetaan kawasan konservasi dan spesies laut yang dilindungi.

TARGET 7C: MENURUNKAN HINGGA SETENGAHNYA PROPORSI RUMAH TANGGA TANPA AKSES BERKELANJUTAN TERHADAP AIR MINUM LAYAK DAN SANITASI LAYAK HINGGA TAHUN 2015

Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber	
TUJUAN 7: MEMASTIKAN KELESTARIAN LINGKUNGAN HIDUP						
<i>Target 7C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum layak dan sanitasi layak hingga tahun 2015</i>						
7.8	Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak, perkotaan dan perdesaan	37,73% (1993)	47,71% (2009)	68,87%	▼	BPS, Susenas
7.8a	Perkotaan	50,58% (1993)	49,82% (2009)	75,29%	▼	
7.8b	Perdesaan	31,61% (1993)	45,72% (2009)	65,81%	▼	
7.9	Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi layak, perkotaan dan perdesaan	24,81% (1993)	51,19% (2009)	62,41%	▼	
7.9a	Perkotaan	53,64% (1993)	69,51% (2009)	76,82%	▼	
7.9b	Perdesaan	11,10% (1993)	33,96% (2009)	55,55%	▼	

Status: ● Sudah tercapai ► Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

KEADAAN SAAT INI

AIR MINUM

Akses rumah tangga ke sumber air minum yang layak terus meningkat. Data Susenas menunjukkan, akses air minum layak meningkat dari 37,73 persen pada tahun 1993 menjadi 47,71 persen pada tahun 2009 (**Gambar 7.11**). Dari jumlah tersebut, akses air minum layak cenderung lebih tinggi pada rumah tangga di perkotaan daripada perdesaan. Masih relatif rendahnya akses air minum yang layak mencerminkan bahwa laju penyediaan infrastruktur air minum, terutama di perkotaan, belum dapat mengimbangi laju pertumbuhan penduduk; di samping banyak sarana dan prasarana air minum tidak terpelihara dan pengelolaannya tidak berkelanjutan.



Di samping kemajuan yang telah dicapai, masih terdapat kesenjangan yang cukup lebar dalam hal akses terhadap air minum yang layak. Seperti ditunjukkan pada **Gambar 7.12**, provinsi dengan proporsi rumah tangga dengan akses tertinggi

ke sumber air minum layak antara lain: DI Yogyakarta, Bali, dan Sulawesi Tenggara. Sementara itu, Banten, Aceh, dan Bengkulu merupakan tiga provinsi dengan proporsi rumah tangga dengan akses terendah terhadap sumber air minum layak.

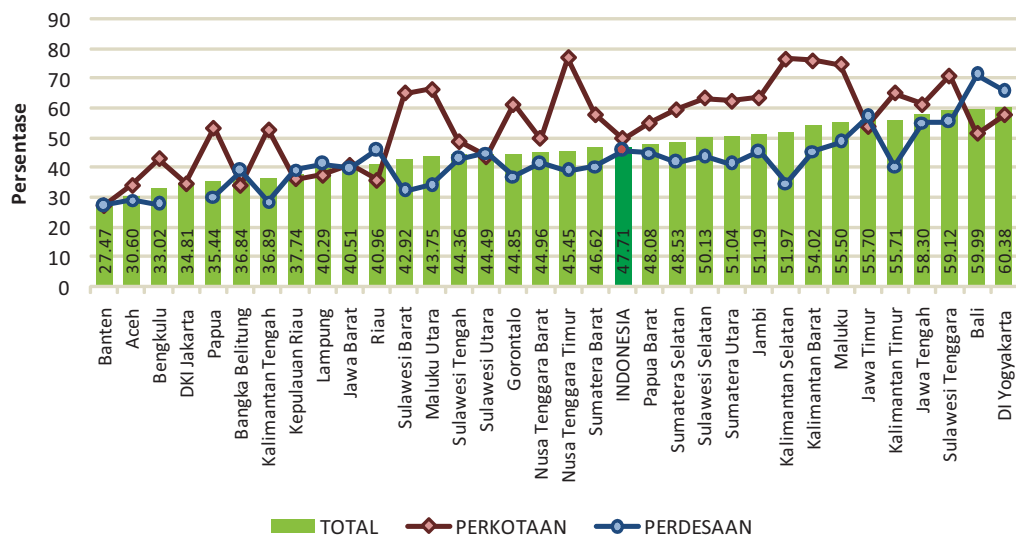
Gambar 7.11.
Proporsi Rumah
Tangga yang
Memiliki Akses
Terhadap Sumber
Air Minum Layak,
Tahun 1993-2009
dan Target MDG
2015



Catatan:
Data tidak termasuk
Timor Timur

Sumber:
BPS, Susenas,
1993-2009

Gambar 7.12.
Proporsi Rumah
Tangga yang
Memiliki Akses
Terhadap Sumber
Air Minum Layak
di Perkotaan,
Perdesaan dan
Total, Menurut
Provinsi, Tahun
2009

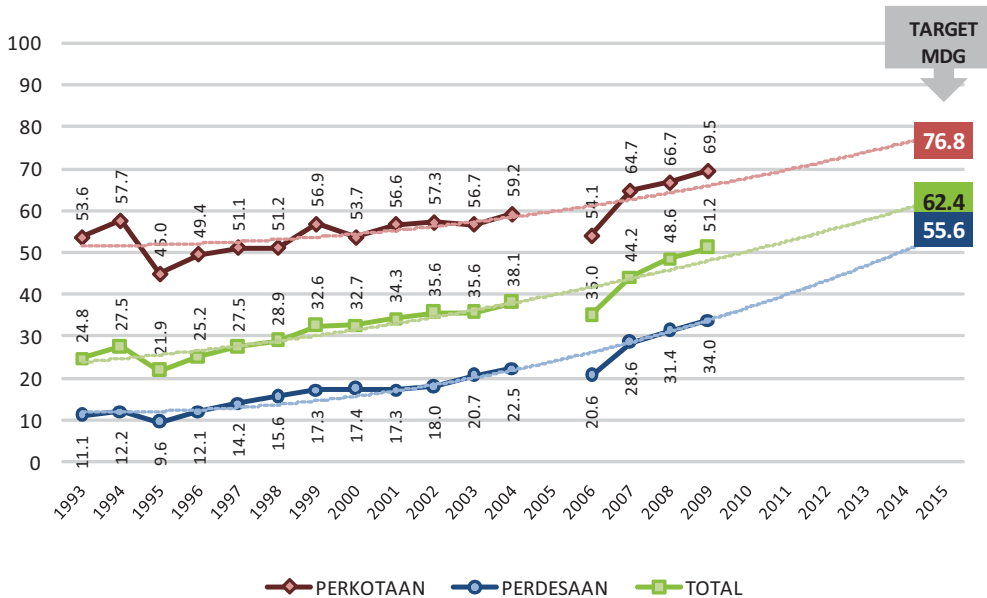


Sumber:
BPS, Susenas 2009

SANITASI

Akses rumah tangga terhadap fasilitas sanitasi yang layak terus meningkat. Data Susenas menunjukkan peningkatan akses sanitasi layak dari 24,81 persen pada tahun 1993 menjadi 51,19 persen pada tahun 2009 (**Gambar 7.13**). Laju pertumbuhan penduduk menjadi tantangan utama yang dihadapi dalam meningkatkan cakupan sanitasi layak. Dengan memperhatikan

kecenderungan capaian akses sanitasi layak selama ini, Indonesia harus memberikan perhatian khusus, termasuk peningkatan kualitas infrastruktur sanitasi, guna mencapai target MDGs, pada tahun 2015.

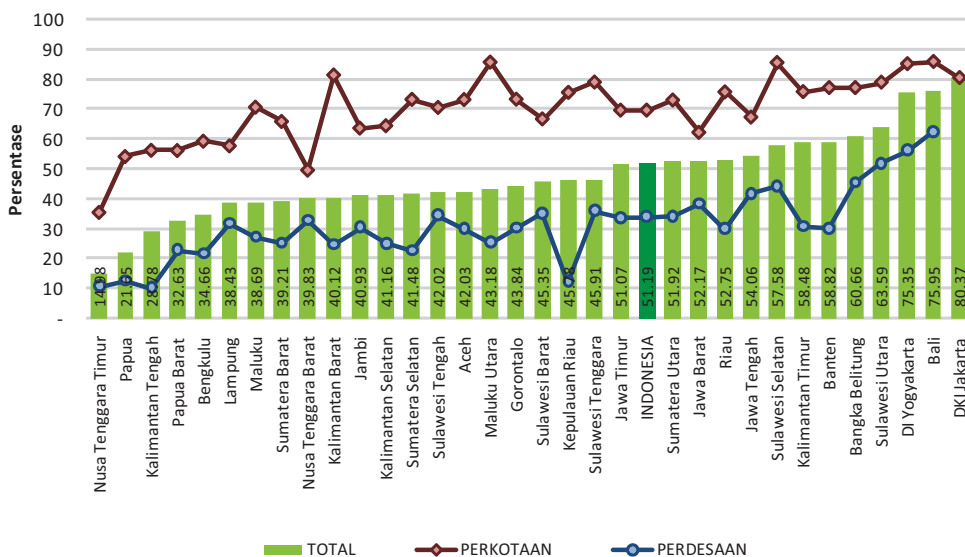


Gambar 7.13. Proporsi Rumah Tangga yang Memiliki Akses Terhadap Sanitasi yang Layak di Perdesaan, Perkotaan dan Total Perdesaan dan Perkotaan, Tahun 1993-2009 dan Target MDG 2015

Catatan: Data tidak termasuk Timor Timur

Source: BPS, Susenas 1993 – 2009.

Terdapat kesenjangan yang cukup lebar dalam hal akses berkelanjutan terhadap sanitasi yang layak antarprovinsi dan antara perkotaan dan perdesaan. Akses sanitasi layak tertinggi sebesar 80,37 persen di DKI Jakarta sedangkan terendah sebesar 14,98 persen di NTT (**Gambar 7.14**). Dalam hal kesenjangan akses sanitasi yang layak antara perdesaan dan perkotaan berdasarkan provinsi, ada 21 provinsi dengan kesenjangan yang lebih besar daripada rata-rata nasional, dengan kesenjangan terbesar berada di provinsi Kepulauan Riau, Maluku Utara, dan Kalimantan Barat. Secara nasional, sebesar 69,51 persen penduduk perkotaan memiliki akses ke fasilitas sanitasi yang layak dibandingkan dengan hanya 33,96 persen di perdesaan.



Gambar 7.14. Proporsi Rumah Tangga yang Memiliki Akses Terhadap Sanitasi yang Layak di Perdesaan, Perkotaan dan Total Perdesaan dan Perkotaan, Menurut Provinsi, Tahun 2009

Sumber: BPS, Susenas, 2009.

Kotak 7-2.**Kisah Sukses Kabupaten Lumajang, Provinsi Jawa Timur: dalam Mencapai Target MDG 7c : Air Minum dan Sanitasi**

Kabupaten Lumajang di Provinsi Jawa Timur memiliki luas wilayah 1.790,9 km² dan jumlah penduduk sekitar 1 juta jiwa dengan wilayah berupa dataran dan pegunungan. Upaya untuk meningkatkan akses air minum dan sanitasi telah dimulai pada tahun 2003 melalui Program Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat. Pada tahun 2007, diperkenalkan kegiatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) yang menggunakan pendekatan *Community Led Total Sanitation (CLTS)*, sebagai intervensi terpadu pengendalian faktor risiko lingkungan.

Dengan program tersebut, akses air minum dan sanitasi meningkat secara signifikan, melalui kegiatan pemberdayaan masyarakat, penguatan institusi/kelembagaan di semua tingkat, dan kampanye peningkatan perilaku higienis masyarakat. Setelah 3 tahun implementasi, sebanyak 4 dari 10 kecamatan telah mencapai *Open Defecation Free (ODF)* pada tahun 2009, yaitu Kecamatan Gucilait, Senduro, Padang, dan Kedungjajang. Secara umum, akses sanitasi telah mencapai 74 persen dan Bupati Lumajang berkomitmen untuk mewujudkan Kabupaten ODF pada tahun 2013.

Dari sisi supply, dikembangkan kegiatan penyediaan stok kloset dan layanan pembuatan jamban. Saat ini, terdapat 4 penyedia jamban yaitu di Kecamatan Gucilait, Pasrujambe, Pasirian dan Yosowilangun, yang sejak Maret 2010 telah membangun lebih dari 400 jamban sehat atas permintaan masyarakat. Dalam rangka meningkatkan *demand*, dilakukan kerjasama dengan kader untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya sanitasi layak. Kisah sukses Kabupaten Lumajang dengan terobosan inovatif dalam mendorong STBM mendapat apresiasi dari Jawa Pos Otonomi Award tahun 2009.

Dalam rangka peningkatan akses air minum, pembinaan paguyuban air minum terus dikembangkan. Salah satunya adalah Tirta Lestari, wadah paguyuban tingkat kabupaten, yang beranggotakan beberapa Unit Pengelola Sarana (UPS) air minum. Paguyuban tersebut berfungsi sebagai wadah untuk sharing pengalaman dan fasilitasi pemecahan masalah terkait pelaksanaan kegiatan di lapangan. Salah satu anggota UPS yang dibina, yaitu Tirta Mandiri bahkan telah berhasil memfasilitasi kebutuhan air masyarakat secara swadaya.



Di samping itu, dilakukan pembangunan jaringan air minum perpipaan. Pada kegiatan tahap I (tahun 2009), telah berhasil dibangun jaringan air minum sepanjang 17 Km dari sumber air dekat perbatasan Probolinggo untuk memenuhi kebutuhan air beberapa kelompok di 3 kecamatan dengan total biaya sekitar Rp 600 juta. Pada kegiatan tahap II (tahun 2010), sedang dilaksanakan pembangunan secara swadaya dengan sasaran sebanyak 33 kelompok dari 5 desa (Gucilait, Dadapan, Kalisemut, Meraan dan Krasak) di 3 Kecamatan dengan perkiraan jaringan yang akan dibangun sepanjang 15 Km.

TANTANGAN

1. **Belum lengkap dan terbarukannya perangkat peraturan yang mendukung penyediaan air minum dan sanitasi yang layak.**
2. **Belum adanya kebijakan komprehensif lintas sektor dalam penyediaan air minum dan sanitasi yang layak.** Banyak institusi dan lembaga yang membidangi pembangunan air minum dan sanitasi, sehingga dibutuhkan koordinasi yang lebih intensif.
3. **Menurunnya kualitas dan kuantitas sumber daya air minum,** akibat pencemaran terhadap sumber air baku dan banyaknya rumah tangga yang menggunakan air minum non perpipaan.
4. **Belum diimbangnya pertumbuhan penduduk, terutama di perkotaan dengan pembangunan infrastruktur air minum dan sanitasi yang layak.** Tingkat investasi dalam penyediaan sambungan perpipaan khususnya di perkotaan tidak mampu mengimbangi laju pertumbuhan penduduk perkotaan.
5. **Masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk menerapkan praktik perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).**
6. **Masih terbatasnya penyedia air minum yang layak baik oleh PDAM dan non-PDAM yang sehat (kredibel dan profesional),** terutama di daerah perkotaan.
7. **Masih terbatasnya kapasitas pemerintah daerah untuk menangani sektor air minum dan sanitasi,** padahal penyediaan dan pengelolaan air minum dan sanitasi yang layak telah menjadi kewenangan pemerintah daerah.
8. **Investasi sistem penyediaan air minum dan sanitasi yang layak masih kurang memadai, baik dari pemerintah maupun swasta.** Pendanaan masih bertumpu pada anggaran Pemerintah Pusat. Disamping itu, rendahnya kinerja keuangan PDAM juga menyebabkan PDAM sulit mendapatkan sumber pendanaan alternatif.

KEBIJAKAN

1. **Meningkatkan cakupan pelayanan air minum,** melalui : (i) pembangunan dan perbaikan sistem air baku; (ii) perbaikan dan pengembangan instalasi; (iii) pengembangan dan perbaikan jaringan transmisi dan distribusi, terutama di kawasan perkotaan; dan (iv) pengembangan sistem penyediaan air minum berbasis masyarakat di perdesaan yang dilaksanakan secara lintas sektor.
2. **Meningkatkan akses penduduk terhadap sanitasi yang layak,** melalui : (i) peningkatan investasi pengelolaan sistem air limbah terpusat; dan (ii) penyediaan sanitasi berbasis masyarakat dengan fokus pelayanan bagi masyarakat miskin.
3. **Menyediakan perangkat peraturan di tingkat Pusat dan/atau Daerah untuk mendukung pelayanan air minum dan sanitasi yang layak,** melalui penambahan, revisi, maupun deregulasi peraturan perundang-undangan.
4. **Memastikan ketersediaan air baku untuk air minum,** melalui : (i) pengendalian penggunaan air tanah oleh pengguna domestik maupun industri; (ii) perlindungan sumber air tanah dan permukaan dari pencemaran domestik; dan (iii) pengembangan dan penerapan teknologi

pemanfaatan sumber air alternatif termasuk air reklamasi.

5. **Meningkatkan pemahaman masyarakat mengenai pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)**, melalui komunikasi, informasi dan edukasi serta pembangunan sarana dan prasarana air minum dan sanitasi di sekolah.
6. **Meningkatkan sistem perencanaan pembangunan air minum dan sanitasi yang layak**, melalui : (i) penyusunan rencana induk sistem penyediaan air minum (RIS-SPAM); (ii) penyusunan Strategi Sanitasi Kota (SSK); dan (iii) pemantauan dan evaluasi pelaksanaannya.
7. **Meningkatkan kinerja manajemen penyelenggaraan air minum dan sanitasi yang layak**, melalui : (i) penyusunan *business plan*, penerapan korporatisasi, pelaksanaan manajemen aset, dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia, baik yang dilakukan oleh institusi maupun masyarakat; (ii) peningkatan kerja sama lintas program, lintas sektor, dan kerjasama pemerintah, swasta dan masyarakat; (iii) peningkatan keterkaitan antara sistem pengelolaan yang dilakukan oleh masyarakat dengan pemerintah; dan (iv) optimalisasi pemanfaatan sumber dana.
8. **Meningkatkan belanja investasi daerah untuk perbaikan akses air minum dan sanitasi yang difokuskan pada pelayanan bagi penduduk perkotaan terutama masyarakat miskin.**
9. **Meningkatkan iklim investasi yang mendukung pembangunan guna merangsang partisipasi aktif sektor swasta dan masyarakat** melalui : (i) peningkatan kerjasama pemerintah-swasta (KPS) dan *corporate social responsibilities* (CSR); dan (ii) pengembangan dan pemasaran pilihan sistem penyediaan air minum dan sanitasi yang tepat guna.

TARGET 7D: MENCAPAI PENINGKATAN YANG SIGNIFIKAN DALAM KEHIDUPAN PENDUDUK MISKIN DI PERMUKIMAN KUMUH (MINIMAL 100 JUTA) PADA TAHUN 2020

Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber
TUJUAN 7: MEMASTIKAN KELESARIAN LINGKUNGAN HIDUP					
<i>Target 7D: Mencapai peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di permukiman kumuh (minimal 100 juta) pada tahun 2020</i>					
7.10	Proporsi rumah tangga kumuh perkotaan	20,75% (1993)	12,12% (2009)	6% (2020)	▼ BPS, Susenas

Status: ● Sudah tercapai ► Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

KEADAAN SAAT INI

Proporsi rumah tangga kumuh perkotaan¹ Indonesia telah menurun yaitu dari 20,75 persen pada tahun 1993 menjadi 12,12 persen pada tahun 2009. Namun demikian tingginya laju urbanisasi (0,96 persen) menyebabkan rumah tangga kumuh perkotaan secara absolut meningkat dari 2,7 juta pada tahun 1993 menjadi 3,4 juta pada tahun 2009. Untuk itu diperlukan upaya yang lebih keras lagi untuk memenuhi target penurunan rumah tangga kumuh perkotaan pada tahun 2020.

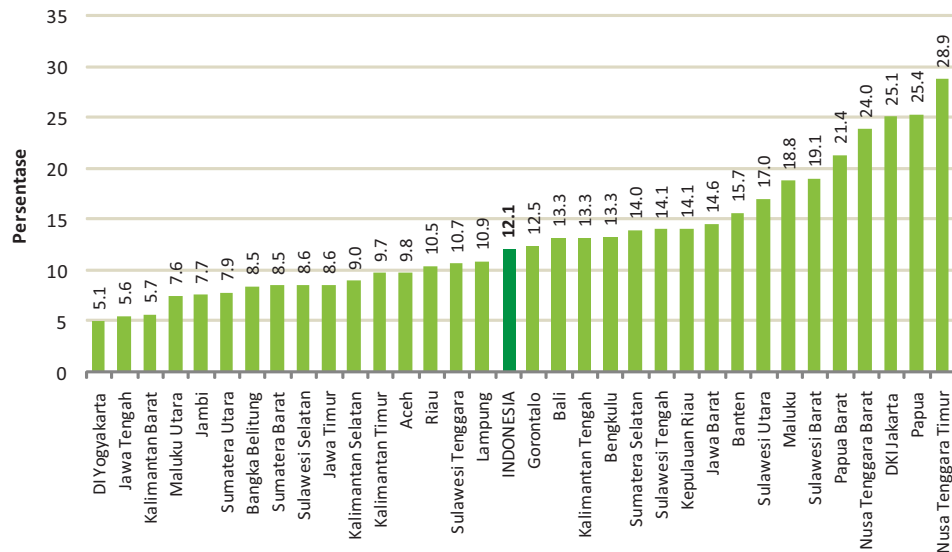
Disparitas proporsi rumah tangga kumuh perkotaan antarprovinsi masih cukup besar. Dalam **Gambar 7.15** terlihat bahwa provinsi dengan proporsi tertinggi untuk rumah tangga kumuh perkotaan antara lain Nusa Tenggara Timur, Papua, dan DKI Jakarta. Sementara itu, DI Yogyakarta, Jawa Tengah dan Kalimantan Barat merupakan provinsi dengan proporsi rumah tangga kumuh perkotaan terendah.

Pemerintah perlu melakukan usaha yang lebih keras untuk mempercepat pencapaian target MDG yaitu menurunkan proporsi rumah tangga kumuh perkotaan. Telah banyak upaya yang dilakukan Pemerintah Indonesia dalam rangka menurunkan proporsi rumah tangga kumuh perkotaan melalui penanganan permukiman kumuh antara lain *Kampung Improvement Program (KIP)*, peremajaan kota (*urban renewal*), *Urban Poverty Project (UPP)*, *Community-*

1 Indikator yang digunakan untuk mengestimasi rumah tangga kumuh perkotaan mengacu pada definisi permukiman kumuh dalam Undang-Undang No.4 Tahun 1992 tentang Perumahan dan Permukiman, yaitu tidak adanya akses sumber air minum layak, tidak adanya akses sanitasi dasar yang layak, luas minimal lantai hunian per kapita dan daya tahan material hunian. Sementara itu, penggunaan istilah perkotaan merujuk pada istilah yang digunakan oleh BPS. Sumber air minum layak adalah sumber air berkualitas dan berjarak sama dengan atau lebih dari 10 meter dari tempat pembuangan kotoran dan/atau terlindung dari kontaminasi lainnya, meliputi air leding, keran umum, sumur bor atau pompa, sumur terlindung dan mata air terlindung, serta air hujan. Sanitasi dasar yang layak didefinisikan sebagai sarana yang aman, higienis, dan nyaman yang dapat menjauhkan pengguna dan lingkungan di sekitarnya dari kontak dengan kotoran manusia, meliputi kloset dengan leher angsa yang terhubung dengan sistem pipa saluran pembuangan atau tangki septik, termasuk jamban cemplung (pit latrine) terlindung dengan segel slab dan ventilasi; serta toilet kompos. Sesuai dengan Permenpera No. 22/PERMEN/M/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Perumahan Rakyat Daerah Provinsi dan Daerah Kab/kota, rumah dapat dikategorikan sebagai hunian tidak layak huni apabila luas lantai per kapita kurang dari 7,2 m². Indikator terakhir dari rumah tangga kumuh adalah daya tahan material hunian yang diklasifikasikan berdasarkan bahan penyusun atap berupa ijuk/rumbia dan lainnya, dinding terluas berupa bambu dan lainnya, dan lantai terluas berupa tanah. Rumah tangga kumuh didefinisikan sebagai rumah tangga dengan kondisi yang minimal memenuhi dua dari tiga klasifikasi tersebut.

Based Initiatives for Housing and Local Development (CoBILD), Neighborhood Upgrading and Shelter Sector Program (NUSSP) dan Penanganan Lingkungan Perumahan dan Permukiman Kumuh Berbasis Kawasan (PLP2K-BK). Selain itu terdapat beberapa kegiatan pemberdayaan masyarakat termasuk Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) di beberapa kementerian yang ditujukan untuk penanganan kawasan kumuh.

Gambar 7.15.
Proporsi Rumah
Tangga Kumuh
Perkotaan per
Provinsi Tahun
2009



Sumber:
BPS, Susenas
tahun 2009

TANTANGAN

- 1. Terbatasnya akses masyarakat berpenghasilan rendah terhadap lahan untuk pembangunan perumahan.** Tingginya laju pertumbuhan penduduk di perkotaan, keterbatasan lahan perumahan dan permukiman, serta peningkatan harga lahan semakin mempersulit akses masyarakat untuk menempati hunian yang layak dan terjangkau di perkotaan. Pada akhirnya lahan yang dapat diakses oleh masyarakat berpenghasilan rendah adalah lahan marginal atau kawasan kumuh perkotaan.
- 2. Terbatasnya akses masyarakat terhadap pembiayaan perumahan.** Sistem pembiayaan perumahan di Indonesia belum dapat mengakomodasi pembiayaan untuk kebutuhan perbaikan rumah dan pembangunan rumah secara bertahap. Bank pada umumnya tidak dapat memberikan pinjaman bagi kelompok masyarakat yang tidak memiliki penghasilan tetap atau bekerja di sektor informal, di mana sebagian besar penduduk kawasan kumuh bekerja di sektor informal.
- 3. Terbatasnya kemampuan sektor pemerintah dan swasta dalam membangun rumah.** Sektor formal yaitu pengembang swasta dan Perum Perumnas hanya mampu menyediakan sekitar 10 persen dari total kebutuhan perumahan per tahun, baik melalui pembangunan baru maupun perbaikan rumah lama. Sementara selisih kebutuhan perumahan dipenuhi

melalui pembangunan perumahan secara swadaya. Namun secara keseluruhan total kebutuhan rumah tidak dapat terpenuhi setiap tahunnya.

4. **Terbatasnya penyediaan prasarana dan sarana dasar permukiman.** Secara umum karakteristik lingkungan permukiman kumuh diwarnai oleh tidak memadainya kondisi sarana dan prasarana dasar seperti halnya air minum, jalan, drainase, sanitasi, listrik dan sebagainya. Sementara pemerintah memiliki kemampuan yang terbatas dalam pengadaan serta pengelolanya. Selain itu, peran berbagai lembaga maupun individu di luar pemerintahan dalam penyediaan sarana dan prasarana lingkungan permukiman juga masih sangat terbatas
5. **Belum optimalnya program-program penanganan permukiman kumuh yang telah dilaksanakan.** Penanganan permukiman kumuh membutuhkan perencanaan dan pelaksanaan kegiatan yang bersifat lintas sektor. Kurangnya koordinasi dan sinergis lintas sektor menyebabkan hasil yang diperoleh belum optimal.

KEBIJAKAN

1. **Peningkatan penyediaan hunian yang layak dan terjangkau bagi masyarakat berpenghasilan rendah melalui pembangunan rusunawa;** fasilitasi pembangunan baru/ peningkatan kualitas perumahan swadaya serta penyediaan prasarana, sarana dan utilitas perumahan swadaya; serta fasilitasi penyediaan lahan.
2. **Peningkatan aksesibilitas masyarakat berpenghasilan rendah terhadap hunian yang layak dan terjangkau** melalui fasilitas likuiditas, kredit mikro perumahan dan tabungan perumahan nasional.
3. **Peningkatan kualitas lingkungan permukiman melalui penyediaan prasarana, sarana dasar,** dan utilitas umum yang memadai dan terpadu dengan pengembangan kawasan perumahan dalam rangka mewujudkan kota tanpa permukiman kumuh
4. **Peningkatan kualitas perencanaan dan penyelenggaraan pembangunan perumahan dan permukiman** melalui peningkatan kapasitas dan koordinasi berbagai pemangku kepentingan pembangunan perumahan dan permukiman serta penyusunan rencana tindak penanganan kumuh.

TUJUAN 8 : MEMBANTU KEMITRAAN GLOBAL UNTUK PEMBANGUNAN



KOMITMEN JAKARTA:

**PINJAMAN DAN HIBAH LUAR NEGERI
UNTUK Mendukung KEEFEKTIFAN
PEMBANGUNAN PETA JALAN INDONESIA
MENUJU 2014**

PEMERINTAH INDONESIA DAN PEMBANGUNAN KEMITRAAN

- I. Memperkuat kepemilikan negara atas pembangunan
 - a. Memperkuat kemampuan dan penggunaan sistem-Sistem pemerintahan yang lebih kokoh
 - b. Meningkatkan tata kelola bantuan internasional dan memperkuat kerjasama selatanselatan
- II. Membangun kemitraan pembangunan yang lebih efektif dan inklusif
 - a. Membangun paradigma kemitraan baru
 - b. Memperkuat instrumen bantuan yang ada dan membentuk instrumen baru
 - c. Memperluas dialog untuk melibatkan aktor baru
- III. Melaksanakan pembangunan dan bertanggungjawab atas hasil-hasilnya
 - a. Memperkuat fokus pada hasil pembangunan dan meningkatkan kemampuan pengelolaan hasil pembangunan
 - b. Bekerja bersama untuk meninjau kemajuan di berbagai kemitraan pembangunan





TUJUAN 8: MEMBANGUN KEMITRAAN GLOBAL UNTUK PEMBANGUNAN

TARGET 8A

MENGEMBANGKAN SISTEM KEUANGAN DAN PERDAGANGAN YANG TERBUKA, BERBASIS PERATURAN, DAPAT DIPREDIKSI, DAN TIDAK DISKRIMINATIF

Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber	
TUJUAN 8: MENGEMBANGKAN KEMITRAAN GLOBAL UNTUK PEMBANGUNAN						
<i>Target 8A: Mengembangkan sistem keuangan dan perdagangan yang terbuka, berbasis peraturan, dapat diprediksi dan tidak diskriminatif</i>						
8.6a	Rasio Ekspor + Impor terhadap PDB (indikator keterbukaan ekonomi)	41,60% (1990)	39,50% (2009)	Meningkat	▶	BPS & Bank Dunia
8.6b	Rasio pinjaman terhadap simpanan di bank umum	45,80% (2000)	72,80% (2009)	Meningkat	▶	Laporan Perekonomian BI 2008, 2009
8.6c	Rasio pinjaman terhadap simpanan di BPR	101,30% (2003)	109,00% (2009)	Meningkat	▶	

Status: ● Sudah tercapai ▶ Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

KEADAAN SAAT INI

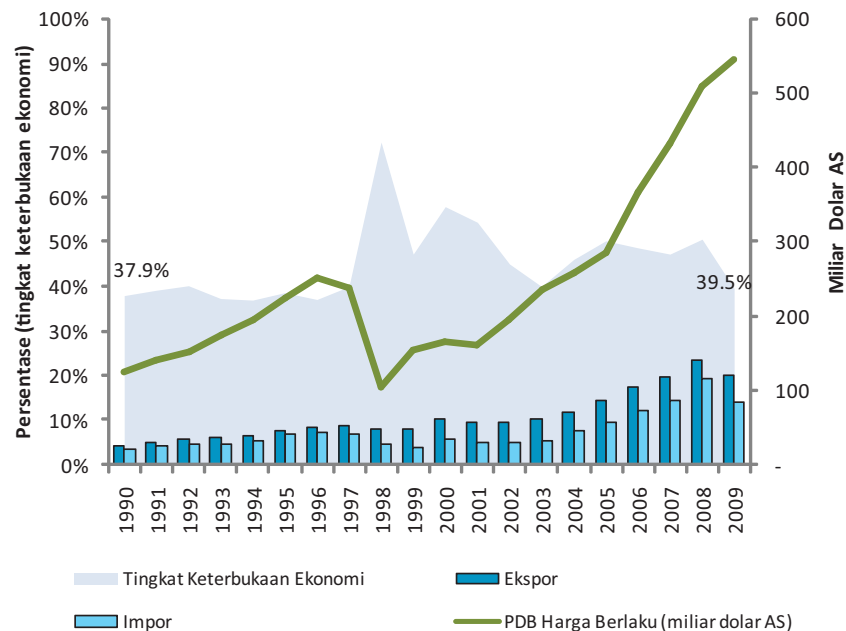
Perekonomian Indonesia yang lebih terbuka dan didukung oleh pembenahan kerangka peraturan perdagangan telah memberikan manfaat terhadap Indonesia dalam meningkatkan kinerja perdagangan di tingkat global dan mendorong peningkatan kualitas pertumbuhan ekonomi Indonesia. Volume perdagangan Indonesia sejak tahun 1980 meningkat dengan pesat. Hal ini memberikan kontribusi besar terhadap pertumbuhan ekonomi nasional dan perluasan lapangan kerja.

Indikator tingkat keterbukaan ekonomi yang dihitung sebagai rasio ekspor dan impor nasional terhadap PDB telah menunjukkan peningkatan yang cukup baik. Dalam beberapa tahun terakhir, rata-rata tingkat keterbukaan ekonomi Indonesia sebesar 45 persen. Selama jangka waktu 1990 sampai dengan 2008, indikator ini meningkat dari 41,6 persen pada tahun 1990 menjadi 46,9 persen pada tahun 2008 (**Gambar 8.1**). Namun demikian, pada tahun 2009, tingkat keterbukaan ekonomi menurun menjadi 39,5 persen, terkait adanya krisis ekonomi global yang memberikan dampak negatif terhadap kinerja ekspor dan impor Indonesia.

Pasar tujuan ekspor Indonesia sudah mulai mengalami diversifikasi sebagai hasil dari perluasan dan penguatan kerjasama perdagangan internasional. Lima negara tujuan utama ekspor nonmigas Indonesia adalah Jepang, Amerika Serikat, Cina, India, dan Singapura.

Namun, dalam beberapa tahun terakhir, ekspor nonmigas ke pasar-pasar tradisional mengalami penurunan, sementara pasar ekspor lainnya meningkat. Pangsa ekspor nonmigas untuk negara tujuan ekspor tradisional mengalami penurunan dari 50,2 persen pada tahun 2000 menjadi 47,9 persen pada 2009, sementara posisi Cina sebagai tujuan ekspor utama Indonesia semakin menguat. Pada tahun 2009, sepuluh negara yang menjadi pasar tujuan ekspor utama memberikan kontribusi ekspor sebesar 67,6 persen terhadap total ekspor Indonesia (**Tabel 8.1**). Sedangkan di sisi impor, sepuluh negara utama asal impor memberikan kontribusi sebesar 75,7 persen terhadap total impor Indonesia pada tahun yang sama.

Gambar 8.1.
Perkembangan
impor, Ekspor,
Pertumbuhan PDB
dan Rasio Ekspor
dan Impor Terhadap
PDB sebagai
Indikator MDGs
untuk Keterbukaan
Ekonomi



Sumber:
Susenas (berbagai
tahun) dan Bank Dunia
2008.

Tabel 8.1.
Urutan 10 Negara
yang Menjadi Tujuan
Utama Ekspor
Nonmigas Indonesia
dan 10 Negara Utama
Asal Impor Nonmigas
Indonesia Tahun 2009

Ekspor nonmigas Indonesia			Impor nonmigas Indonesia		
Negara Tujuan	Pangsa (%)	Pangsa Kumulatif (%)	Negara Tujuan	Pangsa (%)	Pangsa Kumulatif (%)
1. Jepang	12,29	12,29	1. Cina	17,33	17,33
1. Amerika	10,74	23,03	2. Jepang	12,60	29,93
1. Cina	9,15	32,18	3. Singapura*	11,86	41,79
1. Singapura*	8,15	40,33	4. Amerika	9,04	50,83
1. India	7,54	47,87	5. Thailand*	5,87	56,70
1. Malaysia*	5,78	53,65	6. Korea Selatan	4,89	61,59
1. Korea Selatan	5,31	58,96	7. Australia	4,33	65,92
1. Belanda	2,98	61,94	8. Malaysia*	4,09	70,01
1. Taiwan	2,95	64,89	9. Jerman	3,03	73,04
1. Thailand*	2,67	67,56	10. India	2,67	75,71

*Anggota ASEAN.

Sumber:
Kementerian
Perdagangan (diolah oleh
Bappenas), 2010

Perbaikan menyeluruh sektor keuangan Indonesia terutama pada perbankan telah dilaksanakan berdasarkan pelajaran pahit dari krisis ekonomi 1997/1998, termasuk di dalamnya adalah dengan memperkuat ketahanan industri perbankan dengan memperkuat permodalan dan pengawasan. Untuk itu, Bank Indonesia dan pemerintah terus memperbaiki

kerangka peraturan dan pengawasan sektor perbankan sambil memberikan ruang gerak untuk intermediasi perbankan.

Ketahanan perbankan tercermin pada beberapa indikator antara lain adalah kondisi rasio kecukupan modal (*capital adequacy ratio – CAR*) berkisar antara 16-20 persen dimana jauh di atas standar minimum 8,0 persen. Rasio tersebut menunjukkan bahwa secara umum perbankan nasional memiliki kemampuan yang cukup kuat untuk menghadapi potensi risiko ke depan.

Membayaknya ketahanan perbankan berdampak pada terjaganya kepercayaan masyarakat terhadap industri perbankan. Di sisi penghimpunan dana, dana pihak ketiga perbankan mencapai Rp 1.973 triliun pada tahun 2009 dengan kredit perbankan mencapai Rp 1.437 triliun pada tahun yang sama. Seiring dengan perkembangan tersebut di atas, fungsi intermediasi perbankan terus mengalami kenaikan yang tercermin dari peningkatan rasio pinjaman terhadap simpanan (*loan to deposit ratio – LDR*).

Indikator	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total Aset (triliun Rp)	1,030.5	1,099.7	1,112.2	1,196.2	1,272.3	1,469.8	1,693.5	1,986.5	2,310.6	2,534,1
Dana Pihak Ketiga (triliun Rp)	699.1	797.4	835.8	888.6	963.1	1,127.9	1,287.0	1,510.7	1,753.3	1.973,0
Kredit (triliun Rp)	320.5	358.6	410.3	477.2	595.1	730.2	832.9	1,045.7	1,353.6	1.437,9
Loan to Deposit Ratio – LDR (%)	45.8	45.0	49.1	53.7	61.8	64.7	64.7	69.2	77.2	72,8
Return on Assets – ROA (%)	0.9	1.4	1.9	2.5	3.5	2.6	2.6	2.8	2.3	2,6
Non-Performing Loans – NPL (%)	18.8	12.1	8.1	8.2	5.8	8,0	6,1	4,1	3,2	3,3
Capital Adequacy Ratio – CAR (%)	12.7	20.5	22.5	19.4	19.4	19.5	20.5	19.2	16,8	17,4

Tabel 8.2
Indikator terpilih untuk kondisi Bank Umum di Indonesia, 2000 – 2009

Sumber:
Bank Indonesia,
Statistik Perbankan
Indonesia

Pasca krisis ekonomi, LDR pada bank umum dan BPR terus meningkat. Pertumbuhan kredit dan tabungan meningkat tajam dalam beberapa tahun terakhir. Dengan perkembangan tersebut, maka LDR bank umum terus meningkat dari 45,8 persen pada tahun 2000 menjadi sebesar 72,8 persen pada akhir tahun 2009 (lihat **tabel 8.2**). Terkait dengan perkembangan pembiayaan mikro, kredit yang disalurkan oleh BPR meningkat menjadi Rp 28,0 triliun pada tahun 2009 dari sekitar Rp 25,47 triliun tahun sebelumnya. Pada sisi penghimpunan dana, dana pihak ketiga BPR meningkat dari Rp 21,34 triliun menjadi Rp 25,55 triliun pada periode yang sama. Dengan perkembangan tersebut, LDR BPR meningkat mencapai 109,6 persen pada akhir 2009 (**tabel 8.3**).

Indikator	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Jumlah BPR	2,141	2,158	2,009	1,880	1,817	1,772	1.773
Total Aset (miliar rupiah)	12,635	16,707	20,393	23,045	27,741	32,533	37.554
Dana Pihak Ketiga (miliar rupiah)	8,868	11,161	13,168	15,771	18,719	21,339	25.552
Kredit (miliar rupiah)	8,985	12,149	14,654	16,948	20,540	25,472	28.001
Loan to Deposit Ratio – LDR (%)	101.32	108.85	111.2	107.46	109.73	119.37	109,6
Non-Performing Loans – NPL (%)	7.96	7.59	7.97	9.73	9.98	9.88	6,9

Tabel 8.3.
Indikator terpilih untuk kondisi BPR di Indonesia, 2003 – 2009

Sumber :
Statistik Perbankan
Indonesia, Bank Indonesia

TANTANGAN

Krisis ekonomi global pada tahun 2007-2008 telah menyebabkan perdagangan dunia berkontraksi sebesar 12,2 persen di tahun 2009 (WTO). Namun ke depan, volume perdagangan diperkirakan akan pulih karena permintaan global diperkirakan meningkat di tahun 2010 seiring dengan pemulihan ekonomi global.

Tantangan lain ke depan adalah negosiasi Putaran Doha yang telah berlangsung selama delapan tahun dan belum berakhir dengan kesepakatan. Kesepakatan Doha nantinya akan memberikan landasan kuat bagi pemulihan ekonomi global dan pertumbuhan berkelanjutan. Tantangan ke depan yang perlu dijadikan fokus perhatian adalah perbaikan akses pasar, peraturan yang seimbang dan tepat sasaran, dukungan teknis yang dibiayai secara berkesinambungan, serta pengembangan kapasitas.

Selain itu, tantangan dalam negeri saat ini adalah kinerja sektor logistik Indonesia masih belum optimal, karena masih tingginya biaya logistik dan perlunya peningkatan kualitas pelayanan. Berdasarkan survei Indeks Kinerja Logistik (*Logistics Performance Index/LPI*) dari Bank Dunia pada tahun 2007, Indonesia berada pada peringkat ke-43 dari 150 negara yang disurvei, di bawah Singapura (urutan ke-1), Malaysia (urutan ke-27) dan Thailand (urutan ke-31). Survei tersebut juga mengungkapkan indeks biaya logistik domestik Indonesia berada di urutan ke-93, yang menunjukkan bahwa biaya logistik domestik di Indonesia masih tinggi. Dalam survei terbaru, posisi Indonesia turun drastis menjadi peringkat ke-75, dan masih tetap berada di bawah kinerja beberapa negara ASEAN lainnya (World Bank, 2009).

Tantangan utama dalam mengembangkan sistem keuangan yang berbasis peraturan, dapat diprediksi dan tidak diskriminatif antara lain adalah:

- 1. Fungsi intermediasi perbankan masih belum optimal.** Rasio pinjaman terhadap simpanan (*loan to deposit ratio – LDR*) bank umum yang memiliki kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun, tidak diikuti oleh peningkatan kredit investasi. Rendahnya komposisi kredit investasi tersebut tidak terlepas dari struktur simpanan pada perbankan yang sebagian besar merupakan dana jangka pendek yang berjangka waktu 1 sampai dengan 3 bulan sehingga berpotensi menimbulkan *mismatch* di dalam pendanaan yang bersifat jangka panjang. Di samping itu, besarnya selisih (*spread*) antara suku bunga kredit dan simpanan diperkirakan menjadi salah satu kurang optimalnya daya dorong kredit perbankan terhadap pertumbuhan sektor riil.
- 2. Penyaluran kredit kepada Usaha Mikro Kecil dan Menengah (UMKM) memiliki beberapa tantangan antara lain:** (i) Minimnya agunan yang dimiliki UMKM, sehingga UMKM yang sebenarnya potensial dipandang tidak *bankable*; (ii) Tingginya biaya transaksi; serta (iii) Rendahnya kualitas sumber daya manusia (SDM), di lembaga keuangan mikro (LKM).
- 3. Pembiayaan mikro, kinerja Bank Perkreditan Rakyat (BPR) menunjukkan kinerja yang membaik.** Keunggulan BPR dibandingkan dengan bank umum adalah pelayanannya

kepada UMKM dan masyarakat berpenghasilan rendah mengedepankan kedekatan dengan nasabah melalui pelayanan langsung (*door to door*) dan pendekatan secara personal dengan memperhatikan budaya setempat. Namun, karena minimnya informasi tentang usaha yang dimiliki nasabah, terdapat kecenderungan bahwa BPR lebih fokus kepada nasabah yang *bankable*. Di sisi lembaga pembiayaan mikro yang berbentuk bukan bank bukan koperasi (B3K) masih terkendala di dalam hal aspek legalitas, pengaturan, pengawasan dan infrastruktur yang mendukung antara lain keberadaan *Apex Bank* dan asuransi mikro.

4. **Kebutuhan akan lembaga yang berfungsi untuk mengawasi kesehatan dan stabilitas keseluruhan sistem keuangan dirasakan semakin penting, terutama pascakrisis keuangan global.**

KEBIJAKAN

Pemerintah terus berupaya meningkatkan rasio besarnya ekspor dan impor terhadap PDB dengan meningkatkan daya saing produk ekspor nonmigas melalui diversifikasi pasar serta peningkatan keberagaman dan kualitas produk.

Berdasarkan perkembangan terkini dan permasalahan yang dihadapi oleh sektor keuangan, arah pengembangan sektor keuangan dalam periode 2010—2014 adalah peningkatan daya saing dan ketahanan sektor keuangan bagi pembiayaan pembangunan nasional yang dilakukan melalui antara lain peningkatan stabilitas ekonomi dan pemantapan kinerja dan stabilitas industri jasa keuangan. Selain itu, pemerintah juga berupaya untuk mempercepat fungsi intermediasi dan penyaluran dana masyarakat termasuk peningkatan akses kepada lembaga jasa keuangan (LJK) kepada masyarakat miskin.

TARGET 8D

MENANGANI UTANG NEGARA BERKEMBANG MELALUI UPAYA NASIONAL MAUPUN INTERNASIONAL UNTUK DAPAT MENGELOLA UTANG DALAM JANGKA PANJANG

Indikator		Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber
TUJUAN 8: MENGEMBANGKAN KEMITRAAN GLOBAL UNTUK PEMBANGUNAN						
<i>Target 8D: Menangani utang negara berkembang melalui upaya nasional maupun internasional untuk dapat mengelola utang dalam jangka panjang</i>						
8.12	Rasio pinjaman luar negeri terhadap PDB	24,59% (1996)	10,89% (2009)	Berkurang	▶	Kementerian Keuangan
8.12a	Rasio pembayaran pokok utang dan bunga utang luar negeri terhadap penerimaan hasil ekspor (DSR)	51,00% (1996)	22,00% (2009)	Berkurang	▶	Laporan Tahunan BI 2009

Status: ● Sudah tercapai ▶ Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

KEADAAN SAAT INI

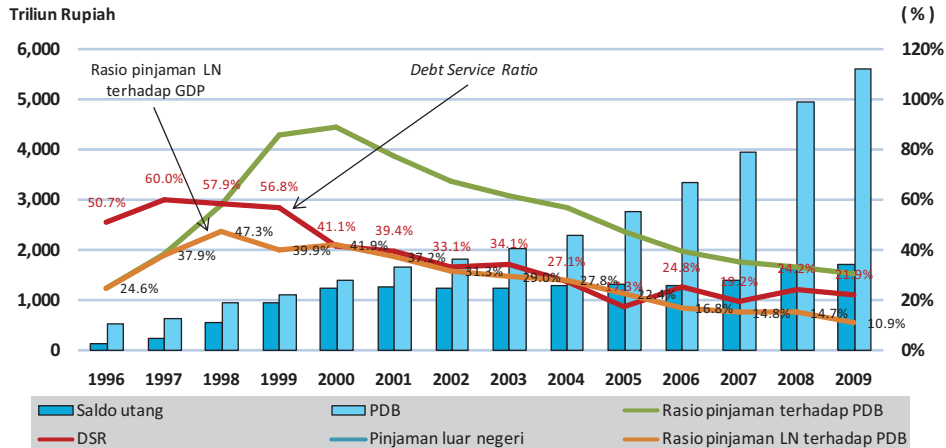
Untuk memenuhi kebutuhan pembangunan nasional, selain diutamakan dari sumber pendanaan dari dalam negeri, kebutuhan tersebut dapat dipenuhi melalui utang meski dengan proporsi yang terus menurun terhadap PDB sesuai dengan arahan RPJM Nasional 2010-2014. Pemerintah secara konsisten menekan tingkat utang pemerintah dengan menjaga tambahan utang pokok untuk kebutuhan pembiayaan anggaran dengan hati-hati, sambil terus meningkatkan kualitas pengelolaan utang.

Sebagai hasil dari penerapan pengelolaan utang tersebut, rasio stok utang yang terdiri dari Surat Berharga dan Pinjaman Luar Negeri terhadap PDB turun dari titik puncak 89 persen pada tahun 2000 menjadi 30 persen pada tahun 2009. Adapun, rasio stok pinjaman luar negeri terhadap PDB turun dari 24,59 persen pada tahun 1996 menjadi hanya 10,89 persen pada tahun 2009 (**Gambar 8.2**). Penurunan ini mengindikasikan peningkatan kemampuan pemerintah dalam pengelolaan utang.

Beban utang luar negeri dapat juga dilihat dari rasio pembayaran pokok utang dan bunga utang luar negeri terhadap penerimaan hasil ekspor atau *Debt Service Ratio (DSR)*. Seiring dengan penurunan stok utang pemerintah terhadap PDB, DSR juga turun setelah mencapai puncaknya sebesar 60 persen pada tahun-tahun krisis. Pada tahun 2007, DSR tercatat 19,4 persen dan 22 persen pada tahun 2009.

Di tengah kondisi pasar dunia yang tidak menguntungkan pada beberapa tahun terakhir, Indonesia masih mampu memenuhi kebutuhan pendanaan pembangunan melalui penerbitan surat obligasi pemerintah dan pinjaman luar negeri. Kepercayaan pasar yang semakin meningkat ditunjukkan dengan penerimaan surat obligasi internasional dengan tingkat suku

bunga yang menguntungkan. Hal ini juga memperlihatkan daya tahan Indonesia terhadap dampak krisis keuangan global.



Gambar 8.2. Perkembangan Pinjaman Luar Negeri Terhadap PDB dan Debt Service Ratio pada Periode 1996-2009

Sumber: BI, Laporan Perekonomian Indonesia, 2008; BI, Statistik Utang Luar Negeri Indonesia; dan Kementerian Keuangan 2010.

TANTANGAN

Kebutuhan pembangunan nasional yang semakin meningkat untuk mencapai target pertumbuhan rata-rata 6,3-6,8 persen per tahun periode 2010-2014 merupakan tantangan besar Pemerintah. Dalam menghadapi tantangan tersebut, pemerintah perlu mencari alternatif sumber pendanaan yang potensial. Selain itu, masih diperlukan upaya untuk meningkatkan optimalisasi pemanfaatan sumber daya yang ada agar pemanfaatannya lebih efektif.

Pemerintah berupaya mencari sumber pembiayaan dengan risiko rendah, murah, dan tanpa agenda politik. Bersamaan dengan upaya tersebut, pemerintah menghadapi tantangan dengan meningkatnya kerentanan pasar dan menurunnya ketersediaan utang multilateral. Dengan meningkatnya status Indonesia ke *Lower-Middle Income Countries*, sumber pendanaan yang murah pun semakin langka. Hal ini merupakan tantangan pemerintah untuk dapat mengalokasikan sumber-sumber pendanaan secara lebih efektif, melalui pencapaian efisiensi pembiayaan dan risiko yang lebih terkelola dalam dinamika pasar finansial.

KEBIJAKAN

Indonesia telah meningkat ke status *Lower Middle Income Country (LMIC)* dan tidak lagi berhak untuk menerima pinjaman lunak berjangka panjang dari lembaga pemberi pinjaman multilateral. Prioritas Pemerintah dalam pengelolaan pinjaman dan hibah Luar Negeri untuk tahun-tahun mendatang antara lain adalah (i) digunakan untuk mendukung pencapaian sasaran pembangunan sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dan komitmen Indonesia untuk mencapai *Millennium Development Goals (MDGs)*; (ii) penurunan rasio pinjaman luar negeri terhadap PDB dengan tetap menjaga kondisi *negative net transfers*;

- (iii) penyempurnaan peraturan dan undang-undang yang mengatur pinjaman dan hibah luar negeri; (iv) peningkatan kepemilikan nasional serta penerapan prosedur nasional untuk mengelola dana internasional; dan (v) peningkatan kapasitas pemerintah untuk mengelola penyusunan program dan pemanfaatan dana pembangunan secara efektif.

Kotak 8.1. Jakarta Komitmen

Pemerintah Indonesia sebagai penandatanganan Konsensus Monterrey (2002) dan Deklarasi Paris tentang *Aid Effectiveness* (2005), berkomitmen penuh pada prinsip-prinsip peningkatan efektivitas pengelolaan bantuan (*Aid Effectiveness*) dengan turut berpartisipasi aktif dalam persiapan Forum Tingkat Tinggi Ketiga mengenai *Aid Effectiveness* (2008) tingkat regional. Pada tahun 2009, Pemerintah dan 26 mitra pembangunan utama menandatangani "Komitmen Jakarta: Bantuan untuk Pembangunan yang Efektif – Peta Jalan Indonesia Menuju 2014". Komitmen Jakarta mendukung upaya Indonesia untuk memaksimalkan efektivitas pengelolaan bantuan luar negeri dalam menyokong pembangunan dan menentukan arah kebijakan untuk mencapai efektivitas pembangunan yang lebih signifikan pada tahun 2014 dan seterusnya. Peta jalan untuk *Aid Effectiveness* menetapkan visi strategis yang menjadi komitmen Indonesia bersama mitra pembangunan. Agenda di dalam peta jalan ini didasarkan pada prinsip-prinsip Deklarasi Paris dan komitmen Agenda Aksi Accra. Program Komitmen Jakarta ini menekankan kepada: (i) meningkatkan pemanfaatan bantuan internasional dalam mendukung pelaksanaan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional; (ii) meningkatkan kepemilikan bantuan pembangunan nasional; (iii) mendorong dan membantu mitra pembangunan untuk mengikuti peraturan dan mekanisme yang ditetapkan Pemerintah; (iv) mendukung integrasi bantuan pembangunan dalam APBN; dan (v) mendorong mitra pembangunan untuk mengadopsi sistem "tak mengikat".

Komitmen Jakarta didasarkan pada semangat saling menghormati, dukungan, serta akuntabilitas dan akan dilaksanakan agar dapat memberikan manfaat yang lebih besar dalam pencapaian tujuan pembangunan Indonesia, termasuk MDGs. Komitmen ini mewajibkan pemerintah beserta mitra pembangunan untuk menyediakan sumberdaya, pengetahuan, dan kapasitas yang tepat. Tiga komponen utama Komitmen Jakarta adalah sebagai berikut (i) Memperkuat Kepemilikan Negara atas Pembangunan; (ii) Membangun Kemitraan Pembangunan yang Lebih Efektif dan Inklusif; (iii) Melaksanakan Pembangunan dan Bertanggung Jawab atas hasil-hasilnya.

Pemerintah telah membentuk Sekretariat *Aid for Development Effectiveness (A4DES)* untuk mendukung pelaksanaan Komitmen Jakarta.

Sekretariat *A4DES* telah membentuk enam Kelompok Kerja tematik yang beranggotakan perwakilan dari pemerintah dan mitra pembangunan. Kelompok kerja ini berfungsi sebagai forum untuk berbagi informasi, membahas pencapaian dan tantangan, dan mencapai kesepakatan tentang langkah-langkah umum yang akan diambil untuk sepenuhnya mencapai tujuan Komitmen Jakarta. Kelompok Kerja tematik menangani isu-isu dan merumuskan rekomendasi kebijakan yang berkaitan dengan: (i) pengadaan; (ii) pengelolaan keuangan publik; (iii) dialog dan pengembangan kelembagaan; (iv) pengembangan mekanisme pembiayaan; (v) monitoring dan evaluasi; dan (vi) pembangunan kapasitas dan manajemen pengetahuan.

TARGET 8F

BEKERJASAMA DENGAN SWASTA DALAM MEMANFAATKAN TEKNOLOGI BARU, TERUTAMA TEKNOLOGI INFORMASI DAN KOMUNIKASI

Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber
TUJUAN 8: MENGEMBANGKAN KEMITRAAN GLOBAL UNTUK PEMBANGUNAN					
<i>Target 8F: Bekerja sama dengan swasta dalam memanfaatkan teknologi baru, terutama teknologi informasi dan komunikasi</i>					
8.14	Proporsi penduduk yang memiliki jaringan PSTN (kepadatan fasilitas telepon per jumlah penduduk)	4,02% (2004)	3,65% (2009)	Meningkat	Kemkominfo, 2010
8.15	Proporsi penduduk yang memiliki telepon seluler	14,79% (2004)	82,41% (2009)	100,00%	
8.16	Proporsi rumah tangga dengan akses internet	-	11,51% (2009)	50,00%	BPS, Susenas 2009
8.16a	Proporsi rumah tangga yang memiliki komputer pribadi	-	8,32% (2009)	Meningkat	BPS, Susenas 2009

Status: ● Sudah tercapai ► Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus

KEADAAN SAAT INI

Hasil evaluasi pelaksanaan pembangunan komunikasi dan informatika periode 2005-2009 menunjukkan bahwa teledensitas total akses telekomunikasi per 100 penduduk meningkat dengan pertumbuhan sekitar 212 persen, yaitu dari 27,61 persen (2005) menjadi 86,06¹ persen (2009) dengan proposi jaringan nirkabel mencapai hingga 95,8 persen (2009). Tingginya penggunaan layanan nirkabel terutama seluler di antaranya disebabkan oleh penurunan tarif hingga 90 persen dari USD 0,15/min pada tahun 2005 (termahal di Asia) menjadi USD 0,015/ menit pada tahun 2008 (termurah di Asia). Hal ini merupakan hasil dari penyelenggaraan yang berbasis kompetisi penuh dan implementasi interkoneksi berbasis biaya.

Di sisi lain, disparitas ketersediaan infrastruktur masih besar yaitu sekitar 85 persen infrastruktur telekomunikasi terpusat di wilayah barat Indonesia dan masih terdapat lebih dari 30 ribu desa yang belum memiliki fasilitas telekomunikasi. Ketersediaan akses internet masih terbatas yaitu hanya mencapai 11,51 persen dari total rumah tangga nasional. Begitu pula dengan infrastruktur pita lebar (*broadband*) sebagai infrastruktur komunikasi dan informatika masa depan juga masih sangat terbatas yaitu baru mencapai sekitar satu persen yang sebagian besar berbentuk nirkabel (*wireless broadband*).

Sementara itu di sisi pemanfaatan layanan, hasil evaluasi 2005-2009 menunjukkan bahwa tingkat e-literasi masyarakat masih rendah sehingga pemanfaatan infrastruktur dan layanan komunikasi dan informatika lebih banyak bersifat konsumtif dan bahkan mulai menimbulkan

1 Berdasarkan nomor yang dikeluarkan

keresahan di masyarakat akibat kejahatan dan penyalahgunaan (*misuse* dan *abuse*) teknologi informasi dan komunikasi (TIK) seperti penipuan, pencurian identitas, terorisme, dan pornografi.

TANTANGAN

1. **Pengelolaan sumber daya terbatas belum optimal.**

Sejalan dengan semakin banyaknya penggunaan jaringan nirkabel, kebutuhan akan spektrum frekuensi radio juga meningkat. Untuk itu diperlukan optimalisasi pengelolaan spektrum frekuensi radio sebagai sumber daya terbatas agar pengalokasian dan pemanfaatannya menjadi efisien. Kesulitan yang dihadapi saat ini adalah masih banyaknya penggunaan spektrum frekuensi radio secara ilegal. Pelanggaran tersebut menyebabkan ketidakefisienan pengalokasian dan pemanfaatan spektrum frekuensi radio, rendahnya kualitas layanan akibat interferensi, dan juga dapat membahayakan apabila terjadi interferensi dengan sistem komunikasi penerbangan, pelayanan, pencarian dan penyelamatan, serta keamanan. Di sisi lain, penyedia layanan juga dituntut untuk melakukan efisiensi sumber daya terbatas lainnya.

2. **Mendukung pembangunan infrastruktur yang merata.**

Penyediaan infrastruktur komunikasi dan informatika saat ini belum dapat memenuhi kebutuhan masyarakat secara optimal. Masih terfokusnya penyebaran infrastruktur pada wilayah komersial (perkotaan dan wilayah barat Indonesia) dan masih tingginya biaya layanan TIK untuk sebagian besar masyarakat mengakibatkan terjadinya ketimpangan (asimetris) informasi. Adapun permasalahan belum berkembangnya infrastruktur *broadband* yang memungkinkan pertukaran informasi suara, data, dan gambar (*triple play*) dalam satu waktu dengan kecepatan tinggi, serta belum terintegrasinya pengembangan infrastruktur komunikasi dan informatika memasuki era konvergensi mengakibatkan belum optimalnya penyediaan infrastruktur. Pengembangan infrastruktur *broadband* nasional, yang saat ini jangkauannya baru mencapai sekitar satu persen, perlu dilakukan secara intensif dan merata mengingat perannya dalam peningkatan daya saing bangsa.

3. **Peningkatan pengembangan industri manufaktur dalam negeri, aplikasi, dan konten lokal sebagai pembangkit *demand* masih terus diupayakan.**

Masih tingginya ketergantungan kepada industri manufaktur luar negeri terlihat dari rendahnya kontribusi/porsi industri dalam negeri dalam belanja modal sarana dan prasarana TIK nasional khususnya telekomunikasi. Dari sepuluh kelompok sektor², penyerapan tenaga kerja industri kreatif mengalami kenaikan terbesar ketiga sepanjang tahun 2002-2006 yaitu 8,10 persen. Adapun dari 14³ kelompok industri kreatif, penyerapan tenaga

2 Sepuluh sektor dimaksud adalah (a) kehutanan, perikanan; (b) perdagangan, hotel, restoran; (c) pelayanan publik; (d) industri pengolahan; (e) transportasi dan komunikasi; (f) bangunan; (g) industri kreatif; (h) keuangan, real estate; (i) pertambangan; (j) listrik, gas dan air bersih.

3 Keempat belas kelompok tersebut adalah (a) periklanan; (b) arsitektur; (c) pasar seni dan barang antik; (d) kerajinan; (e) desain; (f) desain fesyen; (g) film, video, fotografi; (h) permainan interaktif; (i) musik; (j) seni pertunjukan; (k) penerbitan dan percetakan; (l) layanan komputer dan piranti lunak; (m) TV dan radio; dan (n) riset dan pengembangan.

kerja layanan komputer dan piranti lunak mengalami kenaikan tertinggi pada periode yang sama, yaitu 25,87 persen. Namun hal tersebut belum didukung secara optimal oleh beberapa isu seperti penegakan dan perlindungan hukum atas hak kekayaan intelektual, inkubasi inovasi, dan pengembangan konten lokal. Masih terbatasnya konten berbahasa Indonesia yang dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat/komunitas tertentu (misalnya perikanan, kehutanan, perkebunan, pertanian) menghambat penetrasi TIK dalam kegiatan perekonomian.

KEBIJAKAN

1. Melanjutkan upaya pengurangan *blank spot* dan kesenjangan digital antarwilayah di Indonesia.
2. Memfasilitasi pembangunan infrastruktur komunikasi dan informatika yang modern yang di antaranya dilakukan melalui fasilitasi pembangunan jaringan akses *broadband* dan pengembangan TV digital.
3. Meningkatkan kualitas penyediaan dan pemanfaatan informasi serta penggunaan TIK secara efektif dan kualitas SDM TIK di antaranya melalui pengembangan *e-government* dan *e-literacy*.

Daftar Pustaka

Pendahuluan

Jakarta Declaration on Millennium Development Goals in Asia and the Pacific. (2005, Agustus). *The Way Forward 2015*. Jakarta.

Tujuan 1

- Asian Development Bank (2006, September). *Draft Design and Monitoring Framework: Project Number 38117: Nutrition Improvement through Community Empowerment*. Manila.
- Atmarita. (2006). *Kaji ulang status gizi anak 0-59 bulan (berat badan menurut umur) menggunakan data nasional Susenas 1989-2005: Perbandingan standar NCHS/WHO dan rujukan WHO 2005*. Jakarta. Unpublished.
- Badan Pusat Statistik. (2003-2008). *Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas)*. Jakarta.
- Badan Pusat Statistik. (2008). *Pendataan Program Perlindungan Sosial (PPLS)*. Jakarta.
- Badan Pusat Statistik. (2010). *Data Strategis BPS*. Jakarta.
- Bappenas. (2006). *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2006-2010*. Jakarta.
- Bappenas. (2007). *Millennium Development Goals Report 2007*. Jakarta.
- Bappenas. (2009). *Pembangunan Kesehatan dan Gizi di Indonesia: Overview dan Arah ke Depan. Background Study RPJMN 2010-2014*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan. (2009). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. *Riset Kesehatan Dasar 2007*. Jakarta.
- Suryana, A. (2008). 9-10 Desember). *Sustainable Food Security Development in Indonesia: Policies and its Implementation*. Paper presented at a High-level Regional Policy Dialogue organized by UNESCAP and Government of Indonesia, Bali.
- Timmer, P. (2004). *Food Security in Indonesia: Current Challenges and the Long-Run Outlook*. Center for Global Development, Washington D.C.
- UNICEF. (2009). *Achieving MDGs through RPJMN*. Paper presented at Nutrition Workshop, Bappenas. Jakarta
- World Bank. (2006). *Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for Large-Scale Action*. World Bank, Washington D.C.
- World Bank. (2007). *Spending for Development: Making the Most of Indonesia's New Opportunities*. World Bank, Jakarta.

Tujuan 2

- AIBEP. (2008, Desember), *Compulsory Basic Education Discussion Paper, Education Sector Assessment*. Jakarta.
- Arze del Granado, Javier, Fengler, Wolfgang, Ragatz, Andrew and Yavuz, Elif. (2007). *Investing in Indonesia's Education: Allocation, Equity, and Efficiency of Public Expenditures*. The World Bank, Poverty Reduction and Economic Management (PREM), Jakarta.

- Asian Development Bank. (2006, September). *Project Number 38117. Draft DMF. Nutrition Improvement through Community Empowerment*. Jakarta.
- Atmarita. (2006). *Kaji ulang status gizi anak 0-59 bulan (berat badan menurut umur) menggunakan data nasional Susenas 1989-2005: Perbandingan standar NCHS/WHO dan rujukan WHO 2005*. Jakarta. Unpublished.
- AusAID. (2006). *Basic Education Project (BEP) Design Proposal*. Available online at: www.publicfinanceindonesia.org
- Badan Pusat Statistik. (2003-2008). *Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas)*. Jakarta.
- Bappenas. (2004). *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2005-2009. National Medium-Term Development Plan*. Jakarta.
- Bappenas. (2007). *Millennium Development Goals Report 2007*.
- Bappenas. (2007). *Report on MDGs Achievement Indonesia*. Jakarta.
- Bappenas. (2009). *Pembangunan Kesehatan dan Gizi di Indonesia: Overview dan Arah ke Depan. Background study RPJMN 2101-2014*. Jakarta.
- Bappenas. (2009, Maret). *Basic Education Parent Satisfaction Survey in Indramayu, Jawa Barat*.
- EFA Global Monitoring Report Team. *Literacy for Life, EFA Global Monitoring Report*. (2006). Education for All, UNESCO, Paris.
- European Commission. *Basic Education Sector Policy Programme (SPSP) Indonesia*. (2009, 26 April). Joint EC/AUSAID Education Sector Assessment.
- Hardjono, J. (2004). *The Integration of Poverty Considerations into the Nine-year Basic Education Program in Bali and Nusa Tenggara Barat*. Unpublished report for the Asian Development Bank, Manila.
- Jones, Gavin. (2003). *Rapid Assessment on Education Problems and Social Safety Net, Scholarship, and Operational Subsidy Programs in Four Provinces*. Jakarta: SMERU Research Institute.
- Kementerian Kesehatan. (2009). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar*. Jakarta.
- Kementerian Pendidikan Nasional dan World Bank (2005). *Study on Teacher Employment & Deployment in Indonesia*. Jakarta.
- Kementerian Pendidikan Nasional. (2005). *Petunjuk Teknis Program BOS*.
- Kementerian Pendidikan Nasional. (2005). *Rencana Strategis Pembangunan Pendidikan*. Jakarta.
- Kementerian Pendidikan Nasional. (2008). Pusat Statistik Pendidikan, Badan Penelitian dan Pengembangan. *Educational Indicators in Indonesia 2007/2008*. Jakarta
- Kementerian Pendidikan Nasional. (2009). *Angka Partisipasi Murni (APM) Dan Disparitas Sekolah Dasar (SD)*. Sumber Data PSP. Jakarta
- Kementerian Pendidikan Nasional. (2009). Biro Perencanaan dan Kerjasama Luar Negeri. *Data Capaian Indikator MDGs*.
- Suryana, A. (2008, 9-10 Desember). *Sustainable food security development in Indonesia: Policies and its Implementation*. Paper presented at High-level Regional Policy Dialogue. Organized by UN-ESCAP and Government of Indonesia. Bali.
- Timmer. (2004). *Food Security in Indonesia: Current Challenges and the Long-Run Outlook*. Center for Global Development.
- UNESCO. (2007). *Indonesia's Education for All: Mid-Decade Assessment*.
- World Bank (2005, Juni). *Education in Indonesia: Managing the Transition to Decentralization*. Human Development Sector Reports East Asia and the Pacific Region.
- World Bank. (2006). *Repositioning Nutrition as Central to Development: A Strategy for Large-Scale Action*. Washington, DC

- World Bank. (2007). *Better Education through Reformed Management and Universal Teacher Upgrading Project (BERMUTU)*. Project Appraisal Document. Jakarta.
- World Bank. (2007). *Investing in Indonesia's Education: Allocation, Equity, and Efficiency of Public Spending*. The World Bank. Poverty Reduction and Economic Management Unit East Asia and Pacific Region.
- World Bank. (2007). *Public Expenditure Review 2007*. Jakarta.
- World Bank. (2007). *Spending for Development - Making the Most of Indonesia's New Opportunities*. Expenditure Review 2007. Jakarta.
- World Bank. (2009, Februari). *Investing in Indonesia's Education at the District Level, an Analysis of Regional Public Expenditure and Financial Management*. Jakarta.

Tujuan 3

- Badan Pusat Statistik. (2001-2008). *Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas)*. Jakarta
- Badan Pusat Statistik. (2008, Agustus). *Sakernas, Laborer Situation in Indonesia*. Jakarta
- Bappenas. (2007). *Report on MDGs Achievement Indonesia*. Jakarta.
- Bureau of Civil Service, General Attorney RI, 8 Mei 2009, www.kejaksaan.go.id
- International Trade Union Confederation. *Internationally recognized Core Labour Standards in Indonesia*. Report for the WTO General Council review of the trade policies of Indonesia, Geneva, 27 and 29 Juni 2007.
- Kementerian Dalam Negeri. (2009). State Civil Service Agency in Statistical Yearbook of Indonesia, 2008. www.depdagri.go.id
- UNDP. (2008). *Indicators Table 2008, Human Development Indices*. <http://hdr.undp.org/en/statistics/data/hdi2008/>

Tujuan 4

- Adam et,al. (2005). *Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries*. BMJ. Jakarta
- Adam Wagstaff, Mariam Claeson, Robert M. Hecht, Pablo Gottret, and Qiu Fang. (2004). *Millennium Development Goals for Health: What Will It Take to Accelerate Progress?*.
- Badan Pusat Statistik. (1992). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 1991*.
- Badan Pusat Statistik. (1994). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 1994*.
- Badan Pusat Statistik. (1997). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 1997*.
- Badan Pusat Statistik. (2003). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002/2003*.
- Badan Pusat Statistik. (2007). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007*.
- Badan Pusat Statistik. (2007). *Survei Sosial dan Ekonomi Nasional (Susenas), 2007*.
- Bappenas. (2007). *Laporan Pencapaian Millennium Development Goals, Indonesia, 2007*.
- Bappenas. (2008). Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Deputi Bidang Sumber Daya Manusia dan Kebudayaan Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. *Pengembangan Database Pembangunan Kesehatan Dan Gizi Masyarakat*.
- Bappenas. (2008). *Pembiayaan Pencapaian MDGs di Indonesia, Laporan Kajian*.
- Bappenas. (2009). *Pembangunan Kesehatan dan Gizi di Indonesia: Overview dan Arah ke Depan. Backgorund Study RPJMN 2010-2014*.
- BKKBN, UNFPA. (2006). *Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi, Gender, dan Pembangunan*

Kependudukan.

- Johanna Hanefeld, Neil Spicer, Ruairi Brugha, Gill Walt. (2007). *How Have Global Health Initiatives Impacted on Health Equity?*. A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network.
- Kementerian Kesehatan. (2001). Rencana Strategis Nasional. *Making Pregnancy Safer in Indonesia 2001-2010*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan. (2005). *Healthy Indonesia 2010 - Make Pregnancy Safer Indonesia*.
- Kementerian Kesehatan. (2008). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Laporan Nasional Tahun 2007*. Jakarta
- Kementerian Kesehatan. (2008). *Profil Kesehatan 2007*.
- Kementerian Kesehatan. (2009). *Analisis dari berbagai survei SDKI BPS tahun 1997, 2002-2003 and 2007*.
- United Nations. (2005). *Millennium Project. Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*. New York.
- United Nations. (2008). *The Millennium Development Goals Report 2008*. New York.
- World Health Organization. (2005). *The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count*.
- World Health Organization. (Maret, 2005). *The Millennium Development Goals will not be attained without new research addressing health system constraints to delivering effective interventions*. Report of the Task Force on Health Systems Research, 2005

Tujuan 5

- Adam et,al. (2005). *Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries*. BMJ.
- Adam Wagstaff, Mariam Claeson, Robert M. Hecht, Pablo Gottret, and Qiu Fang. (2004). *Millennium Development Goals for Health: What Will It Take to Accelerate Progress?*.
- Ahrizal Ahnaf. (2006). *Angka Kematian Ibu di Indonesia Kecenderungan dan Faktor-Faktor yang Berpengaruh*. Dipresentasikan pada Workshop Prakarsa Strategis Percepatan Penurunan AKI, di Jakarta.
- Badan Pusat Statistik. (1992). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 1991*.
- Badan Pusat Statistik. (1994). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 1994*.
- Badan Pusat Statistik. (1997). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 1997*.
- Badan Pusat Statistik. (2003). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002/2003*.
- Badan Pusat Statistik. (2007). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2007*.
- Badan Pusat Statistik. (2007). *Survei Sosial dan Ekonomi Nasional (Susenas), 2007*.
- Bappenas. (2007). *Laporan Pencapaian Millennium Development Goals Indonesia 2007*.
- Bappenas. (2007). *Rancang Bangun Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu untuk Mencapai Sasaran MDGs*.
- Bappenas. (2008). Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat Deputi Bidang Sumber Daya Manusia dan Kebudayaan Badan Perencanaan Pembangunan Nasional: *Pengembangan Database Pembangunan Kesehatan dan Gizi Masyarakat 2008*.
- Bappenas. (2008). *Pembiayaan Pencapaian MDGs di Indonesia*. Laporan Kajian 2008.
- Bappenas. (2009). *Pembangunan Kesehatan dan Gizi di Indonesia: Overview dan Arah ke Depan. Backgorund Study RPJMN 2010-2014*.
- BKKBN, UNFPA. (2006). *Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi, Gender, dan Pembangunan Kependudukan*.

- Johanna Hanefeld, Neil Spicer, Ruairi Brugha, Gill Walt. (2007). *How have global health initiatives impacted on health equity?*. A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network.
- Kementerian Kesehatan. (2001). *Rencana Strategis Nasional. Making Pregnancy Safer in Indonesia 2001-2010*. Jakarta
- Kementerian Kesehatan. (2005). *Healthy Indonesia 2010 - Make Pregnancy Safer Indonesia*.
- Kementerian Kesehatan. (2008). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Laporan Nasional Tahun 2007*. Jakarta
- Kementerian Kesehatan. (2008). *Profil Kesehatan 2007*.
- Population Reference Bureau. (Februari, 2007). *Measuring Maternal Mortality: Challenges, Solutions, and Next Steps*. www.prb.org/pdf07/MeasuringMaternalMortality.pdf
- United Nations. (2008). *The Millennium Development Goals Report 2008*. New York.
- World Health Organization. (2004). *WHO Report 2004*. Geneva.
- World Health Organization. (2005). *The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count*.
- World Health Organization. (2006). *WHO Report 2006*. Geneva
- World Health Organization. (Maret, 2005). *The Millennium Development Goals will not be attained without new research addressing health system constraints to delivering effective interventions*. Report of the Task Force on Health Systems Research.

Tujuan 6

--, *Coordinated Community Action to Control Disease, Indonesia confronts malaria epidemics in poor rural areas*. unpublished

20th Meeting of The National AIDS Programme Managers; 2-4 Desember 2008: *Recommendations to The Member Countries*.

Adam Wagstaff, Mariam Claeson, Robert M. Hecht, Pablo Gottret, and Qiu Fang. (2004). *Millennium Development Goals for Health: What Will It Take to Accelerate Progress?*

Andy Barraclough, Malcolm Clark, et al. (2008). *Report of HIV/AIDS Commodities Survey and Supply Chain Status Assessment in Tanah Papua; A survey of HIV/AIDS Commodities Situation in Tanah Papua, Februari 2008*

ASAP; a service of UNAIDS. (2008). *"Preparing National HIV/AIDS Strategies and Action Plans - Lessons of Experience"*; www.worldbank.org/asap; Oktober 2007

Badan Pusat Statistik. (2008). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*.

Coordinating Minister for People's Welfare/Chairman of the National AIDS Commission. (2003). *National HIV/AIDS Strategy 2003 – 2007*; 2003

Inter-agency Coalition on AIDS and Development. (2005, November). *Resources Needed to Address HIV/AIDS*.

Johanna Hanefeld, Neil Spicer, Ruairi Brugha, Gill Walt. (2007). *How have global health initiatives impacted on health equity?: A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. Januari, 2007

Kementerian Kesehatan . (2010). *Profil Penyakit Menular 2009*. Direktorat Pemberantasan Penyakit Menular Melalui Binatang, Dirjen P2PL.

Kementerian Kesehatan. (2008). *Pedoman Perluasan Jejaring Perawatan, Dukungan dan Pengobatan*. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

- Kementerian Kesehatan. (2008). *Pedoman Tatalaksana Infeksi HIV dan Terapi Antiretroviral Pada Anak Di Indonesia*. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.
- Kementerian Kesehatan. (2009). *Laporan Rutin P2M*. Direktorat P2M, Dirjen P2PL, 2009
- Kementerian Kesehatan. Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. (2009). *Laporan AIDS*, Dec 2008
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (2007). *Country report on the Follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS, (UNGASS) Reporting Period 2006-2007*
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (2007). *HIV and AIDS Response Strategies 2007-2010*.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (2010). *Rencana Aksi dan Strategi Nasional Penanggulangan AIDS, 2010-2014*.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. (2010). *Country report on the Follow up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS, (UNGASS) Reporting Period 2008-2009*
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2007). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor : 812/Menkes/SK/VII/2007, Tentang Kebijakan Perawatan Paliatif*
- Padmini Srikantiah, Sunil S. Raj, Richard Steen, Renu Garg, Mukta Sharma, Wiput Phoolcharoen, Laksami Suebsaeng. (2008). *Public health research priorities for HIV/AIDS in South-East Asia*.
- RBM Partnership Consensus Statement on insecticide treated netting. (Maret 2004). *Personal protection and vector control options for prevention of malaria*. (http://www.rollbackmalaria.org/partnership/wg/wg_itn/docs/RBMWINStatementVector.pdf).
- Report of the Task Force on Health Systems Research – WHO. (2005). *The Millennium Development Goals will not be attained without new research addressing health system constraints to delivering effective interventions*. Maret 2005
- Roll Back Malaria/MEASURE Evaluation/World Health Organization/ UNICEF. (2004). *Guidelines for core population coverage indicators for Roll Back Malaria: to be obtained from household surveys*. Calverton, MEASURE Evaluation, 2004. ([http://rollbackmalaria.org/partnership\(wg/wg/monitoring/docs/GuidelinesForCorePopulationFINAL9-20_Malaria.pdf](http://rollbackmalaria.org/partnership(wg/wg/monitoring/docs/GuidelinesForCorePopulationFINAL9-20_Malaria.pdf)).
- Rollback Malaria Partnership Board Channel. (2001). *Malaria Emergency Fund for the Containment of Malaria Epidemics in Africa* (www.rollbackmalaria.org, Partnership Board channel; see Fourth RBM Partnership Board meeting)
- S Bertel Squire, Angela Obasi, Bertha Nhlema-Simwaka. (2006). *The Global Plan to Stop TB: a unique opportunity to address poverty and the Millennium Development Goals*. Lancet 2006; 367: 955–57
- Tanner M, de Savigny D. (2008). *Malaria eradication back on the table*. World Health Organization Bulletin 2008; 86: 82.
- The Global Fund. (2005). *Addressing HIV/AIDS, Malaria and Tuberculosis : The resource needs of the Global Fund 2005 – 2007*. GFATM. Geneva. 2005. www.theglobalfund.org
- The Jakarta Post, Jakarta. (2008). *Malaria-free Indonesia by 2030*. Barrie | 26 April, 2008
- The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO). (2007). *AIDS epidemic update: Desember 2007*.
- The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2007). *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support*. September 2007

- The RBM Partnership. (2005). *Global Strategic Plan 2005 – 2015*.
- The UK's AIDS Strategy. (2004). *Achieving Universal Access – the UK's strategy for halting and reversing the spread of HIV in the developing world; 2004*
- The World Bank. (2005). *The World Bank's Global HIV/AIDS Program of Action*. Desember 2005
- UN Millennium Project. (2005). *Coming to Grips with Malaria in the New Millennium*. Task Force on HIV/AIDS, Malaria, TB, and Access to Essential Medicines, Working Group on Malaria. www.unmillenniumproject.org/documents/malaria-complete-lowres.pdf
- UNAIDS, the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, UNHCR, UNICEF, WFP, UNDP, UNFPA, UNODC, ILO, UNESCO, WHO and the World Bank. (2008). *Children and AIDS: Third Stocktaking Report, 2008*.
- UNAIDS, WHO, UNICEF. (2008). *Towards Universal access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, 2008*. Progress report 2008.
- UNAIDS, WHO. (2008). *HIV and AIDS Estimates and Data, 2007 and 2001*. Report on The Global AIDS Epidemic 2008.
- UNAIDS. (2004). *Global Reference Group on HIV/AIDS and Human Rights: Review and Assessment of HIV/AIDS Strategies that Explicitly Include Attention to Rights Impact Mitigation*. 4th Meeting Impact Mitigation, 23-25 Agustus 2004
- UNFPA. (2005). *Reducing Poverty and Achieving the Millennium Development Goals: arguments for investing in reproductive health & rights*. 2005
- United Nations Development Programme Indonesia. (2007). *Poverty Reduction and Achievement of the MDGs: Project Facts the Indonesian Partnership Fund for HIV and AIDS*. November 2007
- United Nations, New York. (2008). *The Millennium Development Goals Report 2008*.
- USAID/BASICS Project. (1996). *Project Report 1996*
- Vipin M Vashishtha. World Malaria Report. (2008). *A Billion-dollar Moment for a Centuries Old Disease?* Indian Pediatric, Volume 45, 17. Desember, 2008
- WHO. Geneva. (2004). *Global Strategic Framework for Integrated Vector Management*. WHO/CDS/CPE/PVC/2004.10.
- WHO. Roll Back Malaria. (2001). *Framework for monitoring progress & evaluating outcomes and impact*. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/CDS/RBM/2000.25); http://mosquito.who.int/cm_upload/0/000/012/168/m_e_en.pdf.
- WHO/UNICEF Joint Statement. (2004). *Malaria control and immunization: a sound partnership with great potential, 2004*. (WHO/HTM/RBM/2005.52; <http://www.rollbackmalaria.org/docs/RBM-EPI-EN.pdf>).
- World Health Organization & National AIDS Commission. (2009). *ODHA & Akses Pelayanan Kesehatan Dasar, sebuah Penelitian Partisipatif/PLHIV and Health Service Access, A Participatory Research*.
- World Health Organization (2004). *WHO position on DDT use in disease vector control under the Stockholm Convention on Persistent Organic Pollutants*. (WHO/HTM/RBM/2004.53; <http://mosquito.who.int/docs/WHOpositiononDDT.pdf>).
- World Health Organization Regional Office for Africa. (2004). *A strategic framework for malaria prevention and control during pregnancy in the African Region*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2004 (AFR/MAL/04/01; http://mosquito.who.int/rbm/Attachment/20041004/malaria_pregnancy_str_framework.pdf)

- World Health Organization, HIV/AIDS Department. (2009). PRIORITY INTERVENTIONS - HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector. Version 1.2 – April 2009
- World Health Organization, HIV/AIDS Department. *WHO We Are: The HIV/AIDS Programme at WHO: Strengthening the health sector for universal access to HIV prevention, treatment and care.* <http://www.who.int/hiv>
- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (2004). *Expanding Access to HIV/AIDS Treatment: A Strategic Framework for Action at Country Level.*
- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (2005). *Expanding Access to HIV/AIDS Treatment: Mission Report – Indonesia, 19-31 Januari 2004.* New Delhi 2005
- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (2003). *Regional Strategic Plan On HIV/TB, October 2003.*
- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (2007). *Regional Strategy for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections 2007–2015: Breaking the chain of transmission.* New Delhi 2007.
- World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (2006). *Scaling-up HIV Prevention, Care and Treatment.* Report of a Regional Meeting Bangkok, Thailand, 31 October - 2 November 2006
- World Health Organization. (2003). *TB and HIV/AIDS in the South-East Asia Region, Report of the Second Joint Meeting of National AIDS and TB Programme Managers.* Colombo, Sri Lanka, 19-22 November 2002; October 2003.
- World Health Organization. (2004). *Malaria and HIV Interactions and Their Implications for Public Health Policy.* Technical Consultation on Malaria and HIV Interactions and Public Health Policy, Juni 2004
- World Health Organization. (2004). *Malaria and HIV/AIDS Interactions and Implications.* Conclusion of A Technical Consultation, Juni 2004
- World Health Organization. (2005). *Biregional strategy for harm reduction, 2005 -2009 : HIV and injecting drug.*
- World Health Organization. (2005). *The Roll Back Malaria Strategy for Improving Access to Treatment Through Home Management of Malaria*
- World Health Organization. (2006). *THE STOP TB STRATEGY, Building on and Enhancing DOTS to Meet the TB-related Millennium Development Goals.*
- World Health Organization. (2007). *Guidance on Provider-Initiated HIV testing and Counseling in Health Facilities: Strengthening health services to fight HIV/AIDS.* 2007
- World Health Organization. (2007). *HIV/AIDS Prevention, Care and Treatment in the South-East Asia Region.* Report of the 19th Meeting of the National AIDS Programme Managers Bali, Indonesia, 29–31 Oktober 2007.
- World Health Organization. (2008). *Controlling Sexually Transmitted Infections.* World AIDS Day, 1 Desember 2008
- World Health Organization. (2008). *HIV Burden.* World AIDS Day, 1 Desember 2008
- World Health Organization. (2008). *Injecting Drug Use and HIV Transmission.* World AIDS Day, 1 Desember 2008
- World Health Organization. (2008). *Partners Support for Malaria Control in Indonesia, 2008.*
- World Health Organization. (2008). *Primary Health Care and HIV/AIDS: An Essential Requirement for Meeting the MDGs.* World AIDS Day, 1 Desember 2008
- World Health Organization. (2008). *World Malaria Report.* <http://www.who.int/malaria/wmr2008/malaria2008.pdf>
- World Health Organization. (2008). *World Malaria Report: Summary and Key points.* <http://www.who.int/malaria/wmr2008/MAL2008-SumKey-EN.pdf>

Tujuan 7

- Badan Pusat Statistik. (2008). Statistik Tahunan Indonesia, dikutip dari “*Economic Impacts of Sanitation in Indonesia*”.
- Badan Pusat Statistik. (2008). *Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2007*.
- Badan Pusat Statistik. (2008). *Survei Sosial Ekonomi Nasional 2008*.
- Badan Pusat Statistik. (2009). *Statistik Lingkungan Hidup Indonesia 2009*. Jakarta.
- Bappenas dan United Nations. (2004). *Report on the Achievement of Indonesia’s Millennium Development Goals 2004*.
- Bappenas. (2008). *National Development Planning: Indonesia Response to Climate Change*. Jakarta.
- Bappenas. (2010). *Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014*. Jakarta.
- Bappenas. (April, 2009). *Hasil Lokakarya Konsolidasi Masukan RPJMN 2010-2014 Bidang Air Minum dan Penyehatan Lingkungan*.
- Bappenas. (April, 2009). *Lessons from Around the World, Building an Indonesian Framework for Water and Sanitation Sector Monitoring Evaluation 13-14 April 2009*. Jakarta.
- Bappenas. (April, 2009). *Temuan Isu dan Permasalahan Serta Usulan Kebijakan Awal (Prematur Policy) Pembangunan Air Minum dan Sanitasi*. Jakarta.
- Bappenas. (Maret, 2010). *Indonesia Climate Change Sectoral Roadmap (ICCSR)*. Jakarta.
- Bappenas. (September, 2006). *Climate Change in Indonesia National Development Planning*. Presentation at Asia Pacific Seminar on Climate Change. Jakarta.
- Bartram J, Corrales L, Davison A, Deere D, Drury D, Gordon B, Howard G, Rinehold A, Stevens M. (2009). *Water safety plan manual: step-by-step risk management for drinking-water suppliers*. World Health Organization. Geneva.
- <http://www.wssinfo.org/>
- Kementerian Energi dan Sumber Daya Mineral. (2009). Pusat Data dan Informasi. *Buku Data Statistik Ekonomi Energi Indonesia*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan & WSP-EAP. (2008). *Mobilisasi Pendanaan Guna Mendukung Pengembangan Sanitasi*. Jakarta
- Kementerian Kesehatan & WSP-EAP. (2008). *Pendekatan Strategis Pengembangan Sanitasi di Indonesia*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan & WSP-EAP. (2008). *Peranserta Swasta Dalam Peningkatan Layanan Sanitasi*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan & WSP-EAP. (2008). *Public-Private Partnership in Handwashing with Soap (PPP-HWWS) For Diarrheal Diseases Prevention in Indonesia*. Fact Sheets. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan & WSP-EAP. (2008). *SPM Sebagai Target Pencapaian Pengembangan Sanitasi*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan & WSP-EAP. (2008). *Strategi Sanitasi Melalui Pendekatan Pengembangan Kelembagaan*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan. (2007). *Profil Kesehatan Indonesia 2007*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan. (2008). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 852/Menkes/SK/IX/2008 Tentang Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan. (2008). *Strategi Nasional Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*. Jakarta.
- Kementerian Lingkungan Hidup. (2007). *National Action Plan Addressing Climate Change*. Jakarta.
- PEACE. (2007). *Indonesia and Climate Change*. Current Status and Policies.
- Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia. Fakultas Kesehatan Masyarakat – Universitas Indonesia.

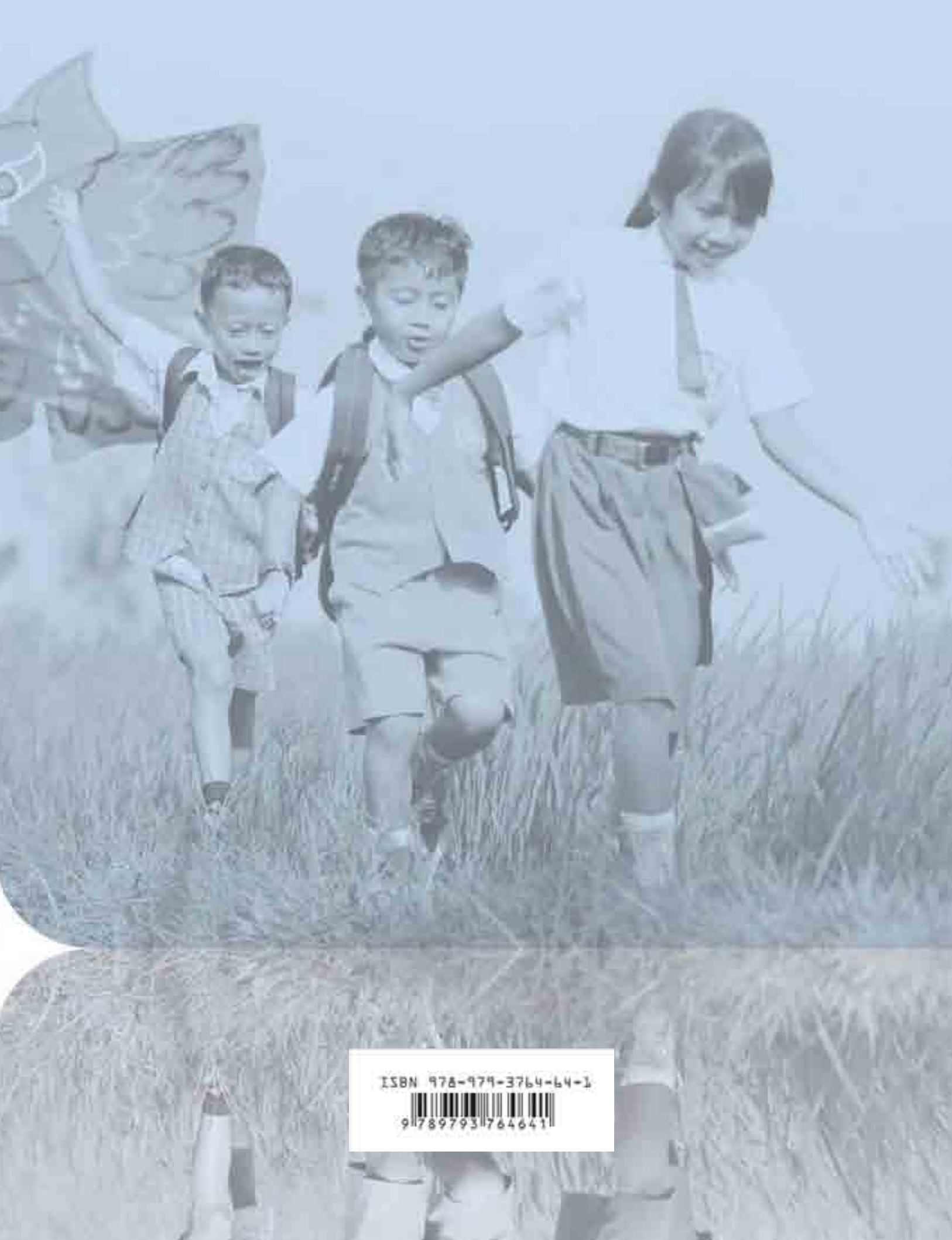
- (2006). *Survei rumah tangga pelayanan kesehatan dasar di 30 kabupaten di 6 provinsi di Indonesia 2005*. Laporan akhir ke USAID - Indonesia Health Services Program: Jakarta.
- Safrab Yusri and Muhammad Syahrir (TERANGI), Irfan Yulianto and Yudi Herdiana (WCS Indonesia). *Providing Access to Marine Protected Areas Data and Marine Related Research in Indonesia*. through www.konservasi-laut.net.
- UN Millennium Project. (2005). *Health, Dignity, and Development: What Will it Take?* Task Force on Water and Sanitation.
- UNDP. (2007). *The Other Half of Climate Change – Why Indonesia Must Adapt to Protect Its Poorest People*.
- WHO dan UNICEF (2006). *Meeting the MDG drinking water and sanitation target*.

Tujuan 8

- APJII. (2007). www.apjii.or.id
- ASEAN Secretariat. (2002). *Southeast Asia: A Free Trade Area*. Jakarta.
- ASEAN Secretariat. (2008). *ASEAN Economic Community Blueprint*. Jakarta.
- Badan Pusat Statistik. (2009). *Survei Sosial Ekonomi Nasional 2009*. Jakarta.
- Bank Indonesia. (2008). *Laporan Perekonomian Indonesia 2008*. Jakarta.
- Bank Indonesia. (2009). *Laporan Perekonomian Indonesia 2009*. Jakarta.
- Bappenas. (2007). *Laporan Pencapaian Millennium Development Goals Indonesia 2007*. Jakarta.
- Bappenas. (2009). *Jurnal Kerjasama Pemerintah dan Swasta Edisi 7 – September 2009*. Jakarta.
- Bappenas. (2009). *The Jakarta Commitment – Indonesia Roadmap to 2014*. Jakarta.
- International Telecommunication Union. (2009). *Information Statistical Profiles 2009, Indonesia*. www.itu.int
- Kementerian Keuangan. (2009/2010). *Statistik Utang Luar Negeri*. Jakarta.
- Pangestu, Mari. (2009). *Statement on Plenary Session of 7th WTO Ministerial Meeting*. Geneva. 30th November 2009.
- Rachman, Abdul. (2006). Director of Statistic Dissemination - BPS. *The Availability of ICT Indicators for Households and Individuals: Case of Indonesia*. Badan Pusat Statistik. Jakarta.

Kredit Foto

Sampul	Anak sekolah	Kementerian Pendidikan Nasional
Tujuan 1	PNPM Mandiri - Pedesaan (infrastruktur); Proyek Jalan di Tabanan, Bali	World Bank
Target 1A	Program RESPEK; Masyarakat mengikuti pertemuan yang membahas Program RESPEK atau Rencana Strategis Pembangunan Kampung. Program ini merupakan salah satu proyek percontohan PNPM Mandiri – Pedesaan, yang diprakarsai oleh Pemerintah Provinsi Papua dan Papua Barat dalam rangka memacu pembangunan desa.	World Bank
Tujuan 2	Visi Masa Depan; Dengan lebih dari 46 juta anak usia sekolah dan 2,7 juta tenaga pengajar di lebih dari 250.000 sekolah, Indonesia merupakan negara dengan sistem pendidikan terbesar ketiga di kawasan Asia dan menempati peringkat keempat dunia di bawah China, India, dan Amerika Serikat.	Amanda Beatty / World Bank
Tujuan 2	Kegiatan Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD) yang diprakarsai masyarakat; banyak anak dari keluarga miskin yang membutuhkan akses pendidikan anak usia dini guna menyiapkan mereka untuk bersekolah.	Luc-Charles Gacougnolle / World Bank
Tujuan 3	Anak-anak sekolah dasar, baik laki-laki maupun perempuan, Pekerja di stasiun panas bumi di Sulawesi Utara	Asian Development Bank
Tujuan 4	PNPM Generasi Sehat dan Cerdas (Penimbangan Bayi di sebuah Posyandu di Magetan, Jawa Timur)	World Bank
Tujuan 4	Posyandu	Kementerian Kesehatan
Tujuan 5	Puskesmas: Ujung tombak pelayanan kesehatan; Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) masih merupakan jaringan penyedia layanan kesehatan masyarakat terbesar yang memberikan pelayanan kesehatan dasar di Indonesia. Jaringan ini terdiri atas lebih dari 8.000 Puskesmas dan 22.200 Puskesmas Pembantu (Pustu). Pada foto ini terlihat seorang pasien yang sedang menerima penjelasan tentang pentingnya menjalani dan menyelesaikan proses pengobatan TB dengan metode pengawasan langsung (DOTS) selama 6 bulan dari petugas perawat di Puskesmas.	Josh Estey/World Bank
Tujuan 6	Kampanye Peduli HIV/AIDS. Mahasiswa Unika Atma Jaya Jakarta menggelar aksi kampanye peduli HIV/AIDS di Bundaran HI, Jakarta Pusat, Minggu (29/11). Kampanye tersebut dalam rangka menyambut hari HIV/AIDS sedunia 1 Desember mendatang serta mengajak masyarakat agar tidak mendiskriminasi pengidap virus HIV/AIDS.	ANTARA/Yudhi Mahatma
Tujuan 7	Stasiun panas bumi di Sulawesi Utara	Asian Development Bank
Tujuan 7	Lahan pembibitan yang dikembangkan oleh masyarakat; Warga masyarakat, baik laki-laki maupun perempuan, turut berperan serta aktif dalam proses perencanaan, pelaksanaan pembuatan bibit, penanaman, pemeliharaan tanaman, dan pemasaran hasil-hasil panen. Upaya ini bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dengan menerapkan pengelolaan hutan yang lestari. Program Aceh Forest Environment Project-Fauna & Flora International (AFEP-FFI) adalah sebuah strategi yang bertujuan mencegah warga masyarakat mencari nafkah dengan cara yang dapat membahayakan hutan seperti pembalakan liar (<i>illegal logging</i>) dan penambangan emas tradisional di desa Krueng Sabee, Kabupaten Aceh Jaya.	Yasser Premana/ Multidonor (MDF)
Target 7C	Fasilitas Penyusunan dan Perumusan Rencana Aksi Air Bersih dan Sanitasi Indonesia	Waspola
Tujuan 8	Komitmen Jakarta	Bappenas
Tujuan 8	Anak-anak sedang bermain internet; Sebagian kecil dana yang disalurkan melalui Program Pengembangan Kapasitas Organisasi Masyarakat Sipil telah membuka kesempatan bagi anak-anak tersebut untuk mengasah keterampilan komputer yang sangat penting sejak usia dini. Melalui proyek ini, sebanyak 141 dana hibah dalam jumlah kecil telah disalurkan ke berbagai organisasi masyarakat sipil untuk mendorong peningkatan taraf penghasilan, penyediaan layanan sosial dasar, dan kegiatan khusus yang dipimpin oleh perempuan di tengah masyarakat. ©Chaideer Mahyuddin	Chaideer Mahyuddin/ Multidonor (MDF)



ISBN 978-979-3764-64-1



9 789793 764641