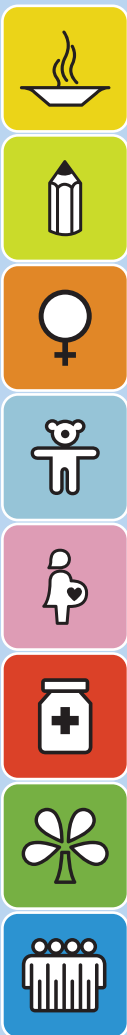




Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional /
Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS)

Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia



Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia

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

ISBN: 978-979-3764-60-3



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 Iryanti, MT; Dadang Rizki Ratman, SH, MPA

Mitra Pendukung : Australian Agency for International Development (AusAID)
Asian Development Bank (ADB)

Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia



Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional
Badan Perencanaan Pembangunan Nasional /BAPPENAS

Kata Pengantar

Sepuluh tahun yang lalu, pada bulan September tahun 2000, saat berlangsungnya pertemuan Persatuan Bangsa-Bangsa di New York, Kepala Negara dan perwakilan dari 189 negara menyepakati Deklarasi Milenium yang menegaskan kepedulian utama secara global terhadap kesejahteraan masyarakat dunia. Tujuan Deklarasi yang disebut Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals-MDGs*) menempatkan manusia sebagai fokus utama pembangunan dan mengartikulasi satu gugus tujuan yang berkaitan satu sama lain ke dalam agenda pembangunan dan kemitraan global. Setiap tujuan dijabarkan ke dalam satu sasaran atau lebih dengan indikator yang terukur.

Bagi Indonesia dan negara-negara berkembang, Tujuan Pembangunan Milenium digunakan sebagai acuan dalam perumusan kebijakan, strategi, dan program pembangunan. Pemerintah Indonesia telah mengarus-utamakan MDGs dalam pembangunan sejak tahap perencanaan dan penganggaran hingga pelaksanaannya. Hal ini dituangkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang 2005-2025, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2005-2009 dan 2010-2014, dan Rencana Kerja Tahunan berikut dokumen anggarannya. Berlandaskan strategi *pro-growth*, *pro-jobs*, *pro-poor*, dan *pro-environment*, alokasi dana dalam anggaran pusat dan daerah untuk mendukung pencapaian berbagai sasaran MDG terus meningkat setiap tahunnya. Di samping itu, kemitraan produktif Pemerintah dengan organisasi masyarakat madani dan sektor swasta mempunyai kontribusi penting terhadap percepatan pencapaian MDGs.

Setelah krisis ekonomi tahun 1997/1998 Indonesia telah melaksanakan sejumlah reformasi di berbagai bidang, sebagai dasar yang kuat bagi bangsa Indonesia untuk kembali ke masa pertumbuhan ekonomi yang tinggi dan berkelanjutan. Pertumbuhan ekonomi yang positif dan berkualitas serta penguatan institusi demokrasi dan sosial selama sepuluh tahun terakhir, telah mendukung pencapaian MDGs. Indonesia telah berhasil mencapai beberapa sasaran MDG. Misalnya, dalam hal penanggulangan kemiskinan, jumlah penduduk berpenghasilan kurang dari USD 1,00 per hari menurun dari 20,6 persen pada tahun 1990 menjadi 5,9 persen pada tahun 2008. Untuk beberapa sasaran MDG lainnya kemajuan yang berarti telah dicapai, sehingga kita yakin beberapa sasaran MDG tersebut dapat diwujudkan pada tahun 2015. Perhatian khusus akan diberikan terhadap beberapa sasaran MDG seperti penurunan angka kematian ibu melahirkan dan rasio luas kawasan tertutup pepohonan agar pada tahun 2015 sasaran-sasaran tersebut dapat dicapai.

Tahun 2010 merupakan momentum yang sangat penting bagi Indonesia untuk mewujudkan komitmen terhadap kesepakatan global MDGs. Indonesia akan bekerja lebih keras untuk terus meningkatkan kesejahteraan dan kualitas hidup rakyat Indonesia sehingga dengan sendirinya sasaran MDGs dapat dicapai pada waktunya. Untuk itu, Pemerintah Indonesia menyusun Peta Jalan Percepatan Pencapaian MDGs. Peta Jalan ini berisi rincian mengenai keadaan masa kini, tantangan yang dihadapi, serta kebijakan dan strategi pembangunan nasional. Berbagai gagasan yang perlu dilaksanakan untuk mempercepat pencapaian sasaran MDGs disajikan pula dalam Peta Jalan ini. Berbagai informasi yang disajikan dalam buku ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pemahaman yang lebih baik mengenai tantangan yang dihadapi dan langkah yang harus dilaksanakan dalam rangka mencapai semua sasaran MDGs di Indonesia.

Bersamaan dengan itu, Pemerintah Indonesia terus membangun suasana yang memungkinkan segenap komponen masyarakat, organisasi masyarakat madani, dan sektor swasta untuk dapat berpartisipasi secara produktif dalam suatu gerakan masyarakat berbasis akar rumput demi kemaslahatan seluruh masyarakat Indonesia. Keberhasilan dalam pencapaian MDGs sangat tergantung pada tatakelola yang baik, kemitraan produktif dari segenap komponen masyarakat, dan penerapan pendekatan menyeluruh untuk mewujudkan pertumbuhan yang inklusif dan peningkatan layanan publik, serta pemberdayaan masyarakat di seluruh daerah.

Akhirul kalam, kami ucapkan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada seluruh pihak yang telah memberikan kontribusinya dalam penyusunan Peta Jalan ini. Kita berharap semoga apa yang kita lakukan bermanfaat bagi bangsa dan negara.



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

Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/

Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS)

Ucapan Terima Kasih

Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) Indonesia 2010-2015, disusun oleh Tim yang terdiri dari Tim Pengarah dan Tim Teknis/Kelompok Kerja yang bertanggung jawab kepada Menteri Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala BAPPENAS. Susunan keanggotaan Tim tercantum pada Lampiran 4 Peta Jalan ini.

Kepada seluruh anggota Tim Penyusun disampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih setinggi-tingginya atas kerja keras dan kontribusinya sehingga Peta Jalan 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 Peta Jalan 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; Ahmad Taufik, S.Kom, MAP; 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 *Asian Development Bank* (ADB) dan *Australian Agency for International Development* (AusAID) yang telah membantu penyusunan Peta Jalan ini, terutama kepada Alan S. Prouty, MSc; Prof. Dr. Ir. H. Hidayat Syarif, MS; Rooswanti Soeharno dr, MARS; Hjalte Sederlof, Ph.Lic (Econ.), MSc; dan Saptia Novadiana, serta kepada semua pihak yang telah membantu yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Semoga Peta Jalan 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, September 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	ix
DAFTAR PETA	xiv
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR KOTAK	xvii
DAFTAR SINGKATAN	xviii
PENDAHULUAN	1
RINGKASAN STATUS PENCAPAIAN MDGS DI INDONESIA	9
TINJAUAN STATUS PENCAPAIAN TARGET MDGS	15
TUJUAN 1: MENANGGULANGI KEMISKINAN DAN KELAPARAN	23
Target 1A: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari USD 1,00 (PPP) per hari dalam kurun waktu 1990-2015	25
Target 1B: Menciptakan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda	48
Target 1C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990-2015	57
TUJUAN 2: MENCAPAI PENDIDIKAN DASAR UNTUK SEMUA	69
Target 2A: Menjamin pada 2015 semua anak, laki-laki maupun perempuan dimanapun dapat menyelesaikan pendidikan dasar	71
TUJUAN 3: MENDORONG KESETARAAN GENDER DAN PEMBERDAYAAN PEREMPUAN	87
Target 3A: Menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005, dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015	89
TUJUAN 4: MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN ANAK	101
Target 4A: Menurunkan Angka Kematian Balita (AKBA) hingga dua-pertiga dalam kurun waktu 1990-2015	103

TUJUAN 5: MENINGKATKAN KESEHATAN IBU	121
Target 5A: Menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga-perempat dalam kurun waktu 1990 - 2015	123
Target 5B: Mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015	124
TUJUAN 6: MEMERANGI HIV/AIDS, MALARIA DAN PENYAKIT MENULAR LAINNYA	147
Target 6A: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV/AIDS hingga tahun 2015	149
Target 6B: Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2010.....	150
Target 6C: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru Malaria dan penyakit utama lainnya hingga tahun 2015	163
TUJUAN 7: MEMASTIKAN KELESTARIAN LINGKUNGAN HIDUP	183
Target 7A: Memadukan prinsip-prinsip pembangunan yang berkesinambungan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumberdaya lingkungan yang hilang.....	185
Target 7B: Mengurangi laju kehilangan keragaman hayati, dan mencapai pengurangan yang signifikan pada 2010	209
Target 7C: Menurunkan hingga separuhnya proporsi penduduk tanpa akses terhadap air minum layak dan sanitasi layak pada 2015....	214
Target 7D: Mencapai peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di permukiman kumuh pada tahun 2020	230
TUJUAN 8: MEMBANGUN KEMITRAAN GLOBAL UNTUK PEMBANGUNAN	235
Target 8A: Mengembangkan sistem keuangan dan perdagangan yang terbuka, berbasis peraturan, dapat diprediksi, dan tidak diskriminatif	238
Target 8D: Menangani utang negara berkembang melalui upaya nasional maupun internasional untuk dapat mengelola utang dalam jangka panjang	247
Target 8F: Bekerjasama dengan swasta dalam memanfaatkan teknologi baru, terutama teknologi informasi dan komunikasi	255
LAMPIRAN 1: RINGKASAN STATUS INDIKATOR MDGS MENURUT PROVINSI.....	264
LAMPIRAN 2: DEFINISI INDIKATOR MDGS	270
LAMPIRAN 3: MDGS KESEHATAN.....	275
LAMPIRAN 4: SUSUNAN KEANGGOTAAN PENYUSUNAN PETA JALAN (ROADMAP)	
NASIONAL PERCEPATAN PENCAPAIAN MDGS TAHUN 2010	281
DAFTAR PUSTAKA	286

Daftar Gambar

Gambar 1.1.	Kemajuan dalam Mengurangi Kemiskinan Ekstrem (USD 1,00/kapita/hari) Dibandingkan dengan Target MDG	26
Gambar 1.2.	Kecenderungan Jangka Panjang dalam Penanggulangan Kemiskinan di Indonesia, Diukur dengan Menggunakan Indikator Garis Kemiskinan Nasional.....	27
Gambar 1.3.	Perkembangan Indeks Kedalaman Kemiskinan, Tahun 2002 – 2010	28
Gambar 1.4.	Persentase Penduduk di Bawah Garis Kemiskinan Nasional dengan Wilayah Geografis Utama di Indonesia, Tahun 2010	29
Gambar 1.5.	Persentase Penduduk di Bawah Garis Kemiskinan Nasional, Menurut Provinsi, Tahun 2010	30
Gambar 1.6.	Distribusi Penduduk Miskin di Indonesia di Daerah Perkotaan dan Perdesaan, Tahun 1990-2010	31
Gambar 1.7.	Pemanfaatan Dana Hibah PNPM oleh Komunitas Sesuai Bidang Kegiatan	37
Gambar 1.8.	Laju Pertumbuhan PDB Per Tenaga Kerja (Persen), Tahun 1990-2009..	50
Gambar 1.9.	Rasio Kesempatan Kerja terhadap Penduduk Usia Kerja, Tahun 1990-2009.....	51
Gambar 1.10.	Rasio Kesempatan Kerja terhadap Penduduk Usia Kerja, Menurut Provinsi, Tahun 1990, 2006 dan 2009.....	52
Gambar 1.11.	Proporsi Pekerja Rentan terhadap Total Jumlah Pekerja, Tahun 1990-2009.....	53
Gambar 1.12.	Target MDG dan Perkembangan Prevalensi Kekurangan Gizi pada Balita, Tahun 1989-2007	59
Gambar 1.13.	Prevalensi Anak Balita Kekurangan Gizi, Menurut Provinsi, Tahun 2007	60
Gambar 1.14.	Prevalensi Anak Balita Kekurangan Gizi, Menurut Kelompok Pendapatan, Tahun 2007	61
Gambar 1.15.	Perkembangan Asupan Kalori Rata-rata Rumah Tangga di Perdesaan dan Perkotaan, Tahun 2002-2008	61
Gambar 1.16.	Kecenderungan Skor PPH di Perdesaan dan Perkotaan, 2002-2009.....	64
Gambar 2.1.	Kecenderungan Angka Partisipasi Murni (APM) dan Angka Partisipasi Kasar (APK) SD dan SMP (termasuk Madrasah), Tahun 1992—2009	72
Gambar 2.2.	Angka Partisipasi Murni SD dan SMP (termasuk Madrasah) Menurut Provinsi, Tahun 2009	73
Gambar 2.3.	Kecenderungan Pendidikan Tertinggi yang Pernah Diikuti oleh Penduduk Usia 16-18 Tahun, Tahun 1995-2008	74
Gambar 2.4.	Distribusi Guru di Perkotaan, Perdesaan dan Daerah Terpencil di Indonesia, Tahun 2007/2008	78

Gambar 3.1.	Perkembangan Indeks Paritas Gender (IPG) Angka Partisipasi Murni SD/MI/Paket A, SMP/MTs/Paket B, SM/MA/Paket C, dan PT, 1993—2009	91
Gambar 3.2.	Indeks Paritas Gender (IPG) Angka Partisipasi Murni SD/MI/ Paket A dan SMP/MTs/Paket B, Menurut Provinsi, Tahun 2009	91
Gambar 3.3.	Indeks Paritas Gender (IPG) Angka Partisipasi Murni SM/MA/ Paket C, Menurut Provinsi, Tahun 2009	92
Gambar 3.4.	Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK) Laki-laki dan Perempuan, Tahun 2004-2009	93
Gambar 3.5.	Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) Laki-laki dan Perempuan, Tahun 2004-2009	93
Gambar 3.6.	Upah Rata-rata Bulanan Buruh/Karyawan/Pegawai dan Pekerja Bebas Nonpertanian Laki-laki dan Perempuan	94
Gambar 4.1.	Kecenderungan dan Proyeksi Angka Kematian Anak Balita, Bayi dan Neonatal, Tahun 1991-2015	104
Gambar 4.2.	Disparitas Angka Kematian Neonatal, Bayi dan Balita Antarprovinsi, Tahun 2007	105
Gambar 4.3.	Kematian Dini pada Anak-anak Menurut Karakteristik Demografi, Tahun 2007	106
Gambar 4.4.	Penyebab Utama Kematian Bayi (0-11 bulan) di Indonesia, Tahun 2007..	107
Gambar 4.5.	Penyebab Utama Kematian Balita (0-59 bulan), Tahun 2007.....	107
Gambar 4.6.	Pelayanan <i>Continuum Care</i> dalam Siklus Kehidupan	109
Gambar 4.7.	Pencapaian Indikator <i>Continuum Care</i>	109
Gambar 4.8.	Puncak Risiko Kematian pada Masa Sekitar Kelahiran	110
Gambar 4.9.	Persentase Anak Usia 1 Tahun yang Diimunisasi Campak, Menurut Provinsi, Tahun 2007.....	111
Gambar 4.10.	Alur Panduan Program Kelangsungan Hidup	115
Gambar 5.1.	Kecenderungan Nasional dan Proyeksi Angka Kematian Ibu, Tahun 1991-2025	125
Gambar 5.2.	Penyebab Kematian Ibu, Tahun 2001.....	125
Gambar 5.3.	Kecenderungan Nasional Persalinan Ditolong oleh Tenaga Kesehatan Terlatih, Tahun 1992-2009	126
Gambar 5.4.	Persentase Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Menurut Karakteristik Latar Belakang, Tahun 2007	127
Gambar 5.5.	Persentase Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan Terlatih, Menurut Provinsi, Tahun 2009	127
Gambar 5.6.	Pelayanan Antenatal K1 dan K4, Tahun 1991-2007.....	128
Gambar 5.7.	Kunjungan Pelayanan Antenatal, tahun 2007	129
Gambar 5.8.	<i>Continuum Care</i>	129
Gambar 5.9.	Konsep Dasar Kesehatan Seksual dan Reproduksi	130
Gambar 5.10.	Kecenderungan <i>CPR</i> pada Perempuan Menikah Usia 15-49 Tahun, Tahun 1991-2007	131
Gambar 5.11.	Persentase Distribusi Perempuan Menikah Usia 15-49 Tahun Menurut Cara Kontrasepsi yang Digunakan, Tahun 2007	132

Gambar 5.12.	<i>Contraceptive Prevalence Rate</i> Menurut Cara, Menurut Provinsi, Tahun 2007	132
Gambar 5.13.	<i>Contraceptive Prevalence Rate</i> pada Perempuan Menikah Usia 15-49 Tahun Menurut Karakteristik Latar Belakang, Tahun 2007 ..	133
Gambar 5.14.	Kecenderungan <i>Unmet Need</i> , Tahun 1991-2007	133
Gambar 5.15.	<i>Unmet Need</i> Menurut Tujuan Penggunaan, Menurut Provinsi, Tahun 2007	134
Gambar 5.16.	<i>Unmet Need</i> Menurut Karakteristik Latar Belakang, Tahun 2007	135
Gambar 5.17.	Angka Fertilitas Total (<i>TFR</i>) Di Negara-negara Asia Tenggara, Tahun 2002/2003 Dan 2007	136
Gambar 5.18.	<i>Age Specific Fertility Rate (ASFR)</i> 15-19 Tahun, Menurut Provinsi, Tahun 2007	137
Gambar 5.19.	Persentase Perempuan Usia 15-19 Tahun yang Pernah Melahirkan Menurut Karakteristik Latar Belakang, Tahun 2002/2003 dan 2007	137
Gambar 6.1.	Kasus AIDS Per 100.000 Penduduk di Indonesia, Tahun 1989-2009	151
Gambar 6.2.	Jumlah Kasus AIDS di Indonesia, Menurut Provinsi, Tahun 2009	151
Gambar 6.3.	Distribusi Infeksi HIV di Indonesia, Menurut Kelompok Populasi, Tahun 2009	152
Gambar 6.4.	Persentase Kumulatif Kasus AIDS di Indonesia, Menurut Kelompok Usia, Tahun 2009	152
Gambar 6.5.	Kecenderungan Jumlah Kumulatif Kasus HIV Baru di Indonesia, Menurut Kelompok Populasi, Tahun 1980-2025	153
Gambar 6.6.	Persentase Perempuan dan Laki-laki Tidak Menikah yang Menggunakan Kondom Kali Terakhir Berhubungan Seksual, Menurut Karakteristik Latar Belakang, Tahun 2007	154
Gambar 6.7.	Persentase Pengetahuan yang Benar dan Komprehensif Mengenai AIDS pada Laki-laki dan Perempuan Usia 15-24 Tahun, Tahun 2007	154
Gambar 6.8.	Persentase Perempuan dan Laki-laki Muda Usia 15-24 dengan Pengetahuan Komprehensif Mengenai HIV/AIDS, Wilayah Asia Tenggara, Tahun 2007	155
Gambar 6.9.	Cakupan Intervensi ART di Indonesia, Tahun 2006–2009	156
Gambar 6.10.	Cakupan ART pada Ibu Hamil untuk Mencegah Penularan dari Ibu ke Anak, Tahun 2006-2009	157
Gambar 6.11.	Kecenderungan (Proyeksi) Kasus Epidemik HIV di Indonesia, Tahun 1990-2020	157
Gambar 6.12.	Kecenderungan Kasus Epidemik HIV di Indonesia dengan Opsi Cakupan Program, Tahun 2010–2020	157
Gambar 6.13.	Pendanaan Program Penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia, Tahun 2004-2008	158
Gambar 6.14.	Angka Kejadian Malaria (<i>API</i>) di Indonesia, Tahun 1990-2009	165

Gambar 6.15.	Angka kasus Malaria dan Parasit Menurut Wilayah Di Indonesia, Tahun 2008	166
Gambar 6.16.	Jumlah Kasus Malaria yang Diobati Melalui Program Gebrak Malaria, Tahun 2007	168
Gambar 6.17.	Angka Penemuan Kasus (<i>CDR</i>) dan Angka Keberhasilan Pengobatan (<i>SR</i>) Nasional untuk TB (%), Tahun 1995-2009	173
Gambar 6.18.	Kecenderungan Nasional Jumlah Total Kasus TB dan Kasus TB BTA Positif di Indonesia, Tahun 1997-2009	173
Gambar 6.19.	Jumlah Kasus BTA Positif Per 100.000 Penduduk di Indonesia, Tahun 1997-2008	174
Gambar 6.20.	Pendanaan Strategi Stop TB, Indonesia, Tahun 2009	175
Gambar 7.1.	Persentase Tutupan Hutan dari Luas Daratan di Indonesia dari Tahun 1990 - 2008	189
Gambar 7.2.	Kawasan Lindung Perairan Indonesia	190
Gambar 7.3.	Jumlah Konsumsi BPO di Indonesia, Tahun 1992-2009	192
Gambar 7.4.	Jumlah Pemakaian Berbagai Jenis Energi Periode 1990-2008 (dalam Juta SBM)	193
Gambar 7.5.	Produksi Perikanan Tangkap di Indonesia	195
Gambar 7.6.	Rencana Penurunan Emisi Gas Rumah Kaca (GRK) Indonesia pada Tahun 2020	199
Gambar 7.7.	Jumlah Jenis Ikan Tawar dan Jenis Ikan Laut yang Dilindungi dan Terancam Punah Per Tahun	210
Gambar 7.8.	Proporsi Rumah Tangga yang Memiliki Akses terhadap Sumber Air Minum Layak, Tahun 1993-2009	217
Gambar 7.9.	Proporsi Rumah Tangga yang Memiliki Akses Terhadap Sumber Air Minum Layak di Perkotaan, Perdesaan dan Total, Menurut Provinsi, Tahun 2009	217
Gambar 7.10.	Proporsi Rumah Tangga yang Memiliki Akses terhadap Sumber Air Minum Perpipa, Menurut Provinsi, Tahun 2009	219
Gambar 7.11.	Proporsi Rumah Tangga yang Memiliki Akses Sumber Air Minum Nonperpipaan yang Terlindungi di Perdesaan, Perkotaan dan Total Perdesaan dan Perkotaan, Menurut Provinsi, Tahun 2009	220
Gambar 7.12.	Proporsi Rumah Tangga yang Memiliki Akses terhadap Sanitasi yang Layak di Perdesaan, Perkotaan dan Total Perdesaan dan Perkotaan, Tahun 1993-2009	222
Gambar 7.13.	Proporsi Rumah Tangga yang Memiliki Akses Terhadap Sanitasi yang Layak di Perdesaan, Perkotaan dan Total Perdesaan dan Perkotaan, Menurut Provinsi, Tahun 2009	222
Gambar 7.14.	Proporsi Rumah Tangga Kumuh Perkotaan, Tahun 1993 dan 2009	231
Gambar 7.15.	Proporsi Rumah Tangga Kumuh Perkotaan, Menurut Provinsi, Tahun 2009	232
Gambar 8.1.	Perkembangan Impor, Ekspor, Pertumbuhan PDB dan Rasio	

	Ekspor dan Impor Terhadap PDB sebagai Indikator MDG untuk Keterbukaan Ekonomi.....	241
Gambar 8.2.	<i>Loan to Deposit Ratio</i> (LDR dalam Persen) di Bank Umum dan BPR, 2000-2009	243
Gambar 8.3.	Perkembangan Pinjaman Luar Negeri Terhadap PDB dan <i>Debt Service Ratio</i> pada Periode 1996-2009	248
Gambar 8.4.	Persentase Penduduk yang Memiliki PSTN dan Telepon Seluler pada Periode 2004-2009.....	256
Gambar 8.5.	Persentase Rumah Tangga yang Memiliki Komputer dan Akses Internet Menurut Provinsi (2009)	257

Daftar Peta

Peta 1.1.	Persebaran Penduduk di Bawah Garis Kemiskinan Nasional, Menurut Provinsi, Tahun 2010	30
Peta 3.1.	Persebaran Angka Melek Huruf antara Laki-laki dan Perempuan, Usia 15-24 Tahun, Menurut Provinsi, Tahun 2009.....	92
Peta 3.2.	Persebaran Upah Rata-rata Pekerja Perempuan Sebagai Persentase Upah Rata-rata Pekerja Laki-laki, Menurut Provinsi, Agustus 2009.....	95
Peta 7.1.	Proporsi Rumah Tangga yang Memiliki Akses terhadap Sumber Air Minum yang Layak, Menurut Provinsi, Tahun 2009	218
Peta 7.2.	Proporsi Rumah Tangga yang Memiliki Akses ke Fasilitas Sanitasi yang Layak, Menurut Provinsi, Tahun 2009	223

Daftar Tabel

Tabel 1.1.	Alokasi Anggaran dan Jumlah Kecamatan yang Ditargetkan PNPM Sepanjang 2007-2010	38
Tabel 1.2.	Prioritas, <i>Output</i> , dan Target untuk Mengurangi Kemiskinan, Tahun 2010-2014.....	41
Tabel 1.3.	Prioritas, <i>Output</i> , dan Target Bidang Ketenagakerjaan, Tahun 2010-2014	56
Tabel 1.4.	Prevalensi Anak Balita Kekurangan Gizi, Menurut Daerah Kota-Desa, Tahun 2007	60
Tabel 1.5.	Prevalensi Anak Balita Kekurangan Gizi dan Kegemukan Berdasarkan Karakteristik Sosial Ekonomi, Tahun 2007	62
Tabel 1.6.	Kontribusi Energi Per Kelompok Pangan dalam Pola Makan Rata-rata (Kalori/kapita/hari), Tahun 2004-2008.....	63
Tabel 1.7.	Prioritas, <i>Output</i> , Target Terkait Pengurangan Prevalensi Kekurangan Gizi, Tahun 2010-2014	67
Tabel 2.1.	Jumlah dan Proporsi Guru Berdasarkan Tingkat Sekolah dan Kualifikasi Akademik Di Indonesia, Tahun 2009.....	78
Tabel 2.2.	Prioritas, <i>Output</i> , dan Target Kinerja Pendidikan, Tahun 2010-2014.....	85
Tabel 3.1.	Prioritas, <i>Output</i> , dan Indikator Kinerja Bidang Pendidikan, Ketenagakerjaan dan Politik, Tahun 2010-2014	99
Tabel 4.1.	Prioritas, <i>Output</i> , dan Target Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Anak, Tahun 2010-2014	120
Tabel 5.1.	Prioritas, <i>Output</i> , dan Target Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Reproduksi, Tahun 2010-2014	143
Tabel 5.2.	Prioritas, <i>Output</i> , dan Target Peningkatan Layanan Persalinan Kebidanan dan Dukungan Manajemen Program Gizi dan KIA, Tahun 2010-2014.....	143
Tabel 5.3.	Prioritas, <i>Output</i> , dan Target untuk Program Kependudukan dan KB, Tahun 2010-2014.....	144
Tabel 6.1.	Prioritas, <i>Output</i> , dan Target Pengendalian Penyebaran HIV/AIDS, Tahun 2010-2014.....	163
Tabel 6.2.	Strategi Kampanye Gebrak Malaria	167
Tabel 6.3.	Prioritas, <i>Output</i> , dan Target Pengendalian Malaria, Tahun 2010-2014.....	171
Tabel 6.4.	Komponen Strategi TB Nasional.....	176
Tabel 6.5.	Prioritas, <i>Output</i> , dan Target Upaya Penurunan Tingkat Morbiditas dan Mortalitas Penyakit TB, Tahun 2010-2014.....	182
Tabel 7.1.	Luas Kawasan Perkebunan di Indonesia (Ha)	190
Tabel 7.2.	Kawasan Lindung Perairan (2009)	191
Tabel 7.3.	Ringkasan Emisi Gas Rumah Kaca dari Semua Sektor, Tahun 2000-2005 (dalam Gg Co2e).....	192
Tabel 7.4.	Prioritas, <i>Output</i> , dan Indikator Kinerja Pengelolaan Sumber Daya Alam, Tahun 2010-2014.....	204

Tabel 7.5.	Pilihan Target Pelaksanaan Tahunan RPJMN untuk Penggunaan Sumber Energi Secara Berkelanjutan.....	207
Tabel 7.6.	Prioritas, <i>Output</i> , dan Target Peningkatan Akses Air Minum dan Sanitasi Layak, Tahun 2010-2014.....	229
Tabel 7.7.	Prioritas, <i>Output</i> , dan Target Penurunan Rumah Tangga Kumuh Perkotaan Melalui Penanganan Permukiman Kumuh, Tahun 2010-2014	234
Tabel 8.1.	Urutan 10 Negara yang Menjadi Tujuan Utama Ekspor Nonmigas Indonesia dan 10 Negara Utama Asal Impor Nonmigas Indonesia Tahun 2009	242
Tabel 8.2.	Indikator Terpilih untuk Kondisi Bank Umum di Indonesia, 2000 – 2009	243
Tabel 8.3.	Indikator Terpilih untuk Kondisi BPR di Indonesia, 2003 – 2009	244
Tabel L.1.	Prioritas, <i>Output</i> , dan Target Bidang Kesehatan, Tahun 2010-2014	279
Tabel L.2.	Prioritas, <i>Outcome</i> , dan Target untuk Pelayanan Kesehatan, Tahun 2010 Dan 2014.....	279
Tabel L.3.	Prioritas, <i>Output</i> , dan Target untuk Pelayanan Kesehatan, Tahun 2010-2014.....	279
Kotak 1.1.	Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) Mandiri	37

Daftar Kotak

Kotak 1.2. Standar Pengukuran Status Gizi	59
Kotak 2.1. Bantuan Operasional Sekolah.....	80
Kotak 4.1. Kontak Kulit Ke Kulit dan Inisiasi Menyusui Dini Mengurangi Kematian Bayi Hingga 22 Persen	113
Kotak 6.1. Mobilisasi Masyarakat untuk Meningkatkan Upaya Pencegahan, Perawatan dan Pengobatan HIV/AIDS bagi Populasi Rentan	159
Kotak 6.2. Kemitraan yang Efektif dalam Pengendalian TB: Memberdayakan Pengidap TB dan Masyarakat dalam Program DOTS	177
Kotak 7.1. Indonesia <i>Climate Change Trust Fund</i>	208
Kotak 7.2. Program Percepatan Pembangunan Sanitasi Permukiman (PPSP), 2010-2014	226
Kotak 7.3. Pendekatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM).....	227
Kotak 8.1. Multi Donor <i>Trust Fund</i>	254
Kotak L.1. Jamkesmas: Mengatasi Hambatan Pembiayaan untuk Mengakses Pelayanan Kesehatan.....	276

Daftar Singkatan

ACFTA	<i>The ASEAN-China Free Trade Agreement</i>
ACSM	<i>Advocacy, Communication and Social Mobilization</i> (Advokasi, Komunikasi dan Mobilisasi Sosial)
ACT	<i>Artemisinin-based combination therapy</i>
AC	<i>Air Condition</i> (pengatur udara)
ADB	<i>Asian Development Bank</i>
ADP	<i>Annual Development Plan</i> (Rencana Pembangunan Tahunan)
AEC	<i>ASEAN Economic Community</i>
AFTA	<i>ASEAN Free Trade Area</i>
AIDS	<i>Acquired Immuno-defeciency Syndrome</i>
AIBEP	<i>Australia Indonesia Basic Education Program</i>
AKABA	Angka Kematian Balita
AKG	Angka Kecukupan Gizi
AKB	Angka Kematian Bayi
AKFTA	<i>The ASEAN Korea Free Trade Agreement</i>
AKI	Angka Kematian Ibu
AMI	<i>Annual Malaria Incidence</i>
ANC	<i>Antenatal Care</i>
Alokon	Alat/Obat Kontrasepsi
API	<i>Annual Parasite Incidence</i>
APEC	<i>The Asia Pacific Economic Cooperation Forum</i>
APL	Areal Penggunaan Lain (<i>areas for other uses</i>)
APM	Angka Partisipasi Murni
APS	Angka Partisipasi Sekolah
ARV	<i>Antiretroviral</i> (obat antiretrovirus)
ART	<i>Antiretroviral Therapy</i> (Terapi Antiretrovirus)
ASI	Air Susu Ibu
ASFR	<i>Age Specific Fertility Rate</i>
ASEAN	<i>The Association of Southeast Asian Nations</i>
BABS	Stop Buang Air Besar Sembarangan
BAPPENAS	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional / Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional
BAPI	<i>Biodiversity Action Plan of Indonesia</i>
BBLR	Bayi Berat Lahir Rendah
BB/U	Berat Badan per Umur
BCC	<i>Behavioral Change Communication</i> (Komunikasi Perubahan Perilaku)
BCG	<i>Bacillus Calmette-Guérin</i>
BLF	<i>Back Log Fighting</i>
BLT	Bantuan Langsung Tunai
BOE	<i>Barrels of Oil Equivalent</i> (Setara Barel Minyak)

BOK	Biaya Operasional Kesehatan
BOS	Bantuan Operasional Sekolah
BKKBN	Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BPK	Badan Pemeriksa Keuangan
BPLHD	Badan Pengelolaan Lingkungan Hidup Daerah
BPO	Bahan Perusak Ozon
BPS	Badan Pusat Statistik
BSM	Beasiswa Miskin
BSNP	Badan Standardisasi Nasional Pendidikan
BWA	<i>Broadband Wireless Access</i> (Akses Nirkabel Broadband)
CAIRNS	<i>Coalition of Agricultural Exporting Nations Lobbying for Agricultural Trade Liberalization</i> (koalisi negara pengekspor hasil-hasil pertanian untuk melobi liberalisasi perdagangan pertanian)
CBE	<i>Compulsory Basic Education</i> (Wajib Belajar Pendidikan Dasar)
CDM	<i>Clean Development Mechanism</i>
CDR	<i>Case Detection Rate</i> (Angka Penemuan Kasus)
CEACR	<i>Committee of Experts on the Application of Conventions and Recommendations</i>
CEPT	<i>The Common Effective Preferential Tariff</i>
CFCs	<i>Chlorofluorocarbons</i> (Klorofluorokarbon)
CH ₄	Metana
CITES	<i>Convention on International Trade in Endangered Species of Wild Flora and Fauna</i>
CLTS	<i>Community-Led Total Sanitation</i>
CO ₂	Karbon Dioksida
CO-BILD	<i>Community-Based Initiatives Housing Local Development</i>
CPR	<i>Contraceptive Prevalence Rate</i> (Angka Pemakaian Kontrasepsi)
CSO	<i>Community Social Organization</i>
CSR	<i>Corporate Social Responsibility</i>
DAK	Dana Alokasi Khusus
DAS	Daerah Aliran Sungai
Desa Siaga	Pemberdayaan dan pelibatan masyarakat dalam pemberantasan dan pengendalian ‘malaria’ dan penyakit lain yang merupakan masalah utama kesehatan
DOTS	<i>Directly Observed Treatment, Short-course</i>
DPD	Dewan Perwakilan Daerah
DPR	Dewan Perwakilan Rakyat
DPRD	Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
DPT3	Tiga kali vaksinasi untuk mencegah penyakit menular pada manusia: difteri, pertusis dan tetanus
DSR	<i>Debt Service Ratio</i>
DSS	<i>Dengue Shock Syndrome</i> (Sindroma Renjatan Dengue)
DTPK	Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan
Ditjen P2PL	Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
EBT	Energi Baru Terbarukan

ECED	<i>Early Childhood Education and Development</i> (Pendidikan Anak Usia Dini / PAUD)
EEO	<i>Equal Employment Opportunity</i>
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	Ketua koalisi negara berkembang yang mendukung fleksibilitas pembukaan pasar terbatas terkait masalah-masalah pertanian
GATT	<i>General Agreement on Trade and Tariffs</i> (Perjanjian Umum Tarif dan Perdagangan)
Gebrak Malaria	Gerakan Berantas Malaria
Gerdunas	Gerakan Terpadu Nasional (untuk TB)
Gerhan	Gerakan Nasional Rehabilitasi Hutan dan Lahan
GHG	<i>Green House Gasses</i> (Gas Rumah Kaca)
GMP	<i>Growth Monitoring Practice</i> (Praktik Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan)
GPI	<i>Gender Parity Index</i> (Indeks Paritas Gender)
GRK	Gas Rumah Kaca
HAM	Hak Asasi Manusia
HCFC	<i>Hydrochlorofluorocarbon</i> (Hidroklorofluorokarbon)
HDI	<i>Human Development Indices</i> (Indeks Pengembangan Manusia/IPM)
HFC	Hidroflorokarbon
HIV/AIDS	<i>Human Immuno-deficiency Virus / Acquired Immuno-deficiency Syndrom</i>
HKM	Hutan Kemasyarakatan
HL	Hutan Lindung
HP	Hutan Produksi
HPK	Hutan Produksi yang bisa dikonversi
HPT	Hutan Produksi Terbatas
IBSAP	<i>Indonesia Biodiversity Strategi and Action Plan</i>
ICCSR	<i>Indonesia Climate Change Sectoral Roadmap</i> (Peta Jalan Sektor Perubahan Iklim Indonesia)
ICCTF	<i>Indonesia Climate Change Trust Fund</i>
ICT	<i>Information and Communication Technology</i> (Teknologi Informasi dan Komunikasi)
IDAI	Ikatan Dokter Anak Indonesia
IDHS	<i>Indonesia Demographic Health Survey</i> (Survei Demografi Kesehatan Indonesia/SDKI)
IDI	Ikatan Dokter Indonesia
IDU	<i>Injecting Drug Users</i> (Pengguna Napza Suntik/Penasun)
IEC	<i>Information, Education and Communications</i> (Informasi, Pendidikan dan Komunikasi)
IJEPA	<i>Indonesia-Japan Economic Partnership Agreement</i>
IKG	Indeks Kesenjangan Gender
ILO	<i>International Labor Organization</i>
IMF	<i>International Monetary Fund</i>
IMR	<i>Infant Mortality Rate</i> (Angka Kematian Bayi)

IMS	Infeksi Menular Seksual
INHERENT	<i>Indonesia Higher Education Network</i> (lembaga pendidikan tinggi guna mendukung kegiatan penelitian dan pengembangan)
INPRES	Intruksi Presiden
IPCC	<i>Intergovernmental Panel on Climate Change</i>
IPG	Indeks Paritas Gender (<i>Gender Parity Index/GPI</i>)
IPPA	<i>International Planned Parenthood Association</i> (Federasi Keluarga Berencana Internasional)
IPPF	<i>International Planned Parenthood Federation</i> (Perkumpulan Keluarga Berencana Internasional)
IPTP	<i>Intermittent Preventive Treatment for Pregnant Women</i>
IRS	<i>Indoor Residual Spraying</i> (Penyemprotan dengan Efek Residu)
ISTC	<i>International Standard for TB Care</i>
ITN	<i>Insecticide-Treated Bed-Nets</i> (Kelambu Berinsektisida)
IUD	<i>Intra-Uterine Device</i>
IUATLD	<i>The International Union Against Tuberculosis and Lung International Disease</i>
IUCN	<i>International Union for Conservation of Nature</i>
IUPHHK	Ijin Usaha Pengelolaan Hasil Hutan Kayu
IUPHHK-RE	Ijin Usaha Pengelolaan Hasil Hutan Kayu-Restorasi Ekosistem
Jamkesmas	Jaminan Kesehatan Masyarakat
Jamsostek	Jaminan Sosial Tenaga Kerja
JNPK	Jaringan Nasional Pelatihan Klinik
JTB	Jumlah Tangkapan yang diperbolehkan
K3	Keselamatan dan Kesehatan Kerja
K1	Kunjungan (<i>antenatal</i>) sedikitnya satu kali selama kehamilan
K4	Kunjungan (<i>antenatal</i>) sedikitnya empat kali selama kehamilan
KAP	<i>Knowledge, Attitudes and Practice</i> (Survei tentang Pengetahuan, Sikap dan Perilaku)
KB	Keluarga Berencana
KKB	Kependudukan dan Keluarga Berencana
KemDiknas	Kementerian Pendidikan Nasional
Kemenag	Kementerian Agama
Kemkes	Kementerian Kesehatan
KPP	Kementerian Pemberdayaan Perempuan
KIA	Kesehatan Ibu dan Anak
KIP	Kampung Improvement Program
KN1	Kunjungan Neonatal Pertama
KN4	Kunjungan Neonatal Keempat
KJKS	Koperasi Jasa Keuangan Syariah
KPA	Kawasan Pelestarian Alam
KPAN	Komisi Penanggulangan AIDS Nasional
KPAD	Komisi Penanggulangan AIDS Daerah
KPH	Kesatuan Pengelolaan Hutan
KPHK	Kesatuan Pemangkuan Hutan Konservasi

KPS	Keluarga Pra-Sejahtera
KPU	Komisi Pemilihan Umum
KS-1	Keluarga Sejahtera-1
KSA	Kawasan Suaka Alam
KSP	Koperasi Simpan Pinjam
KUR	Kredit Usaha Rakyat
LDR	<i>Loan to Deposit Ratio</i>
LDU	Latihan Dasar Umum
LISDES	Listrik Pedesaan
LJK	Lembaga Jasa Keuangan
LKBB	Lembaga Keuangan Bukan Bank
LLIN	<i>Long-Lasting Insecticidal Nets</i> (Kelambu dengan Insektisida Tahan Lama)
LMIC	<i>Lower Middle Income Country</i>
LMVD	Lembaga Modal Ventura Daerah
LOA	<i>Log Over Area</i>
LPG	<i>Liquid Petroleum Gas</i>
LPTK	Lembaga Pendidikan Tenaga Kependidikan
LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
LSL	Laki-laki berhubungan Sex dengan Laki-laki
LULUCF	<i>Land Use, Land Use Change and Forestry</i>
MA	Madrasah Aliyah
MDGs	<i>Millennium Development Goals</i> (Tujuan Pembangunan Milenium)
MDR-TB	<i>Multidrug-Resistant TB</i> (TB yang resisten berbagai macam obat)
MDTFs	<i>Multi-Donor Trust Funds</i> (dana amanat multi donor)
MGRS	Multicentre Growth Reference Study
MI	Madrasah Ibtidaiyah
MKJP	Metode Kontrasepsi Jangka Panjang
MMR	<i>Maternal Mortality Ratio</i> (Angka Kematian Ibu - AKI)
MMT	<i>Methadone Maintenance Therapy</i> (Terapi Perawatan dengan Metadon)
MNCH	Maternal Neonatal and Child Health
MoNE	<i>Ministry of National Education</i> (Kementerian Pendidikan Nasional)
MoRA	<i>Ministry of Religious Affairs</i> (Kementerian Agama)
MPS	<i>Making Pregnancy Safer</i>
MSS	<i>Minimum Service Standards</i> (Standar Pelayanan Minimum)
MSY	<i>Maximum Sustainable Yield</i>
MT	Madrasah Tsanawiyah
MTBS	Manajemen Terpadu Balita Sakit
MTEF	<i>Medium-Term Expenditure Framework</i>
NAMA 11	Koalisi negara berkembang untuk mencapai fleksibilitas dalam membatasi pembukaan pasar bagi perdagangan barang-barang industri
NIN	<i>National Identification Number</i> (Nomor Identifikasi Nasional)
NO	Nitrogen Oksida
NGL 45	Natural Gasoline-45

NPL	<i>Non-Performing Loan</i> (kredit bermasalah)
NPOA	<i>Nation Plan of Action</i>
NTP	<i>National TB Program</i>
NTT	Nusa Tenggara Timur
NTB	Nusa Tenggara Barat
NU	Nahdatul Ulama
NUSSP	<i>Neighborhood Upgrading and Shelter Sector Program</i>
OAT	Obat Anti Tuberkulosis
OBF	<i>Oil-Based Fuels</i>
ODHA	Orang dengan HIV/AIDS
ODP	<i>Ozone Depleting Potential</i>
ODS	<i>Ozone Depleting Substances</i>
OECD	<i>Organization of Economic and Cooperation</i>
OMS	Organisasi Masyarakat Sipil
ORS	<i>Oral Rehydration Solutions</i>
ORT	<i>Oral Rehydration Therapy</i> (Terapi Rehidrasi Oral)
P2DTK	Program Percepatan Pembangunan Daerah Tertinggal dan Khusus
P4K	Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi
PA	Peserta KB Aktif
PB	Peserta KB Baru
PAKEM	Pembelajaran Aktif, Kreatif, Efektif dan Menyenangkan
PAUD	Pendidikan Anak Usia Dini
Perdaki	Persatuan Karya Dharma Kesehatan Indonesia
PDB	Produk Domestik Bruto
PDAM	Perusahaan Daerah Air Minum
PDPI	Persatuan Dokter Paru Indonesia
PFM	<i>Public Finance Management</i> (Manajemen Keuangan Publik)
PFC	<i>Power Factor Correction</i>
PHBS	Perilaku Hidup Bersih Sehat
PISA	<i>Program for International Student Assessment</i>
PISEW	Program Infrastruktur Sosial Ekonomi Wilayah
PKH	Program Keluarga Harapan
PKK	Pembinaan Kesejahteraan Keluarga
PMTCT	<i>Preventing Mother to Child Transmission</i> (Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak)
PNC	<i>Postnatal Care</i> (Pelayanan Postnatal)
PNPM	Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat
PNPI	Dewan Nasional Perubahan Iklim
POSYANDU	Pos Pelayanan Terpadu
PONED	Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
PONEK	Pelayanan Obstetri Neonatal Komprehensif
PPH	Pola Pangan Harapan
PPIP/RIS	Program Pembangunan Infrastruktur Pedesaan / <i>Rural Infrastructure Support</i>

PPLK	Perubahan Penggunaan Lahan dan Kehutanan
PPLS	Pendataan Program Layanan Sosial
PPP	<i>Purchasing Power Parity</i> (Paritas Daya Beli)
PPP	<i>Public Private Partnership</i>
PPSP	Program Percepatan Pembangunan Sanitasi Pemukiman
PSTN	<i>Public Switched Telephone Network</i> (Jaringan Telpn Tetap dengan Kabel)
PIK	Pusat Informasi dan Konseling
PKB	Penyuluh Keluarga Berencana
PKBR	Penyiapan Kehidupan Berkeluarga bagi Remaja
PKBI	Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia
PLKB	Petugas Lapangan Keluarga Berencana
PLN	Perusahaan Listrik Negara
PUG	Pengarusutamaan Gender
PUS	Pasangan Usia Subur
PT	Perguruan Tinggi
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat
RANMAPI	Rencana Aksi Nasional untuk Menghadapi Perubahan Iklim
RAN-PG	Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi
RASKIN	Beras Miskin
RBM	<i>Roll Back Malaria</i>
RDA	<i>Recommended Dietary Allowance</i> (Angka Kecukupan Gizi/AKG)
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
Risti	Risiko Tinggi
RIS-SPAM	Rencana Induk Sistem Penyediaan Air Minum
Renstra	Rencana Strategis
Rusunawa	Rumah Susun Sederhana Sewa
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional
RS	Rumah Sakit
RPJPN	Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional
Sakernas	Survei Angkatan Kerja Nasional
SANIMAS	Sanitasi Berbasis Masyarakat
SBM	<i>School-Based Management</i> (Manajemen Berbasis Sekolah/MBS)
SBM	Setara Barel Minyak
SCC	<i>Short Course Chemotherapy</i>
SD	Sekolah Dasar
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (<i>Indonesia Demography Health Survey/IDHS</i>)
SF ₆	Sulfur Hexafluoride
SKPD	Satuan Kerja Perangkat Daerah
SKPG	Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi
SKRRI	Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia
SKRT	Survei Kesehatan Rumah Tangga
SMA	Sekolah Menengah Atas

SMP	Sekolah Menengah Pertama
SNP	Standar Nasional Pendidikan
SOP	Standard Operating Procedure
SPM	Standar Pelayanan Minimum
SRH	<i>Sexual and Reproductive Health</i> (Kesehatan Seksual dan Reproduksi)
SRAN	Strategi Rencana Aksi Nasional
SSK	Strategi Sanitasi Kota/Kabupaten
Susenas	Survei Sosial Ekonomi Nasional
STBM	Sanitasi Total Berbasis Masyarakat
TAC	<i>Total Allowable Catch</i>
TB	Tuberkulosis
TBA	<i>Traditional Birth Attendant</i> (Penolong Persalinan Tradisional)
TFR	<i>Total Fertility Rate</i>
TIK	Teknologi Informasi dan Komunikasi
TIMSS	<i>Third International Mathematics Science Study</i>
TT	<i>Tetanus Toxic</i> (Vaksin)
TPA	Tempat Pemrosesan Akhir
TPAK	Tingkat Partisipasi Angka Kerja
TPT	Tingkat Pengangguran Terbuka
UATLD	<i>The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease</i>
UMKM	Usaha Mikro, Kecil dan Menengah
UNCBD	<i>United Nation Convention on Biological Diversity</i>
UNDP	<i>The United Nations Development Programme</i>
UNFCCC	<i>United Nations Framework Convention on Climate Change</i>
UNICEF	<i>United Nations Childrens' Fund</i>
UNSD	<i>United Nations Statistics Division</i>
UNGASS	<i>United Nations General Assembly</i>
UPP	<i>Urban Poverty Project</i>
UU	Undang-undang
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
VCT	<i>Voluntary Counseling and Testing</i> (Penyuluhan dan Pengujian Sukarela)
WAN	<i>Wide Area Network</i>
WB	<i>The World Bank</i> (Bank Dunia)
WBP	Warga Binaan Pemasyarakatan
WBG	<i>The World Bank Group</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
WiMAX	<i>Worldwide Interoperability for Microwave Access</i>
WPP	Wilayah Pengelolaan Perikanan
WPS	Wanita Penjaja Sex
WTO	<i>World Trade Organization</i>
WUS	Wanita Usia Subur



Pendahuluan

Pendahuluan

Pada September 2000, dalam Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) sebanyak 189 negara anggota PBB sepakat untuk mengadopsi Deklarasi Milenium yang kemudian dijabarkan dalam kerangka praktis Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals/MDGs*). MDGs yang menempatkan pembangunan manusia sebagai fokus, memiliki tenggat waktu (2015) dan indikator kemajuan yang terukur.

Saat ini, tersisa waktu sekitar 5 tahun bagi negara berkembang anggota PBB, untuk menyelesaikan dan mengupayakan pencapaian 8 Tujuan Pembangunan Milenium - terkait pengurangan kemiskinan, pencapaian pendidikan dasar, kesetaraan gender, perbaikan kesehatan ibu dan anak, pengurangan prevalensi penyakit menular, pelestarian lingkungan hidup, dan kerjasama global. MDGs yang didasarkan pada konsensus dan kemitraan global ini, juga menekankan kewajiban negara maju untuk mendukung penuh upaya tersebut.

Komitmen Indonesia untuk mencapai MDGs adalah 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 2005-2009 dan 2010-2014), Rencana Pembangunan Tahunan Nasional (RKP), serta dokumen Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN).

Prioritas Pembangunan Nasional

Berdasarkan kondisi bangsa Indonesia saat ini, dengan memperhatikan tantangan yang dihadapi dalam 20 tahun mendatang, dan dengan memperhitungkan modal dasar yang dimiliki oleh bangsa Indonesia, maka Visi Pembangunan Nasional tahun 2005-2025 adalah: Indonesia yang mandiri, maju, adil dan makmur.

Untuk mencapai visi tersebut dilaksanakan melalui delapan Misi Pembangunan Nasional sebagai berikut:

1. mewujudkan masyarakat berakhlak mulia, bermoral, beretika, berbudaya, dan beradab berdasarkan falsafah Pancasila;
2. mewujudkan bangsa yang berdaya-saing;
3. mewujudkan masyarakat demokratis berlandaskan hukum;
4. mewujudkan Indonesia aman, damai, dan bersatu;
5. mewujudkan pemerataan pembangunan dan berkeadilan;

6. mewujudkan Indonesia asri dan lestari;
7. mewujudkan Indonesia menjadi negara kepulauan yang mandiri, maju, kuat, dan berbasiskan kepentingan nasional; dan
8. mewujudkan Indonesia berperan penting dalam pergaulan dunia internasional.

Strategi untuk melaksanakan visi dan misi tersebut dijabarkan secara bertahap dalam periode lima tahunan yang tertuang dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Tahapan pembangunan lima tahunan tersebut secara ringkas adalah sebagai berikut:

1. RPJMN ke-1 (2005-2009) diarahkan untuk menata kembali dan membangun Indonesia di segala bidang yang ditujukan untuk menciptakan Indonesia yang aman dan damai, yang adil dan demokratis, dan yang tingkat kesejahteraan rakyatnya meningkat;
2. RPJMN ke-2 (2010-2014) ditujukan untuk lebih memantapkan penataan kembali Indonesia di segala bidang dengan menekankan pada upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia termasuk pengembangan kemampuan iptek serta penguatan daya saing perekonomian;
3. RPJMN ke-3 (2015-2019) ditujukan untuk lebih memantapkan pembangunan secara menyeluruh di berbagai bidang dengan menekankan pencapaian daya saing kompetitif perekonomian berlandaskan keunggulan sumber daya alam dan sumber daya manusia berkualitas serta kemampuan iptek yang terus meningkat;
4. RPJMN ke-4 (2020-2025) ditujukan untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur melalui percepatan pembangunan di berbagai bidang dengan menekankan terbangunnya struktur perekonomian yang kokoh berlandaskan keunggulan kompetitif di berbagai wilayah yang didukung oleh SDM berkualitas dan berdaya saing.

Dengan memperhatikan tahapan pembangunan periode lima tahunan tersebut di atas, pada saat ini pembangunan nasional telah sampai pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN ke-2) tahun 2010-2014. Visi Pembangunan Nasional tahun 2010-2014 adalah sebagai berikut: Terwujudnya Indonesia yang Sejahtera, Demokratis, dan Berkeadilan. Visi ini dijabarkan melalui tiga Misi Pembangunan Nasional yaitu: (i) melanjutkan pembangunan menuju Indonesia yang sejahtera; (ii) memperkuat pilar-pilar demokrasi; dan (iii) memperkuat dimensi keadilan di semua bidang.

Visi dan Misi Pembangunan Nasional 2010-2014 dirumuskan dan dijabarkan lebih operasional ke dalam sejumlah program prioritas nasional sebagai berikut: (i) reformasi birokrasi dan tata kelola; (ii) pendidikan; (iii) kesehatan; (iv) penanggulangan kemiskinan; (v) ketahanan pangan; (vi) infrastruktur; (vii) iklim investasi dan usaha; (viii) energi; (ix) lingkungan hidup dan bencana; (x) daerah tertinggal, terdepan, terluar, dan pascakonflik; (xi) kebudayaan, kreativitas, dan inovasi teknologi. Di samping sebelas prioritas nasional tersebut di atas, upaya untuk mewujudkan Visi dan Misi Pembangunan Nasional juga melalui pencapaian prioritas nasional lainnya di bidang politik, hukum, dan keamanan, di bidang perekonomian, dan di bidang kesejahteraan rakyat.

Pembangunan Indonesia Pascakrisis Global dan Capaian Target MDGs

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. Beberapa di antaranya yang terpenting adalah gejolak harga minyak, harga pangan, perubahan iklim global serta (kembali) terjadinya krisis keuangan global 2007/2008. Krisis ekonomi global telah berpengaruh pula terhadap kinerja perekonomian dalam negeri. Tingkat pertumbuhan 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 meningkatkan curah hujan tinggi, berdampak pada kegagalan pertanian dan kerusakan aset masyarakat, menyebabkan nelayan yang tidak bisa melaut serta mengganggu kesehatan masyarakat. Dalam lingkungan global yang kurang menguntungkan tersebut Indonesia secara bertahap terus menata dan membangun di segala bidang.

Berbagai krisis dan tantangan global tersebut, memberikan pelajaran bahwa globalisasi yang memiliki dua sisi berbeda berupa peluang sekaligus tantangan, harus dihadapi oleh sebuah bangsa dalam kesiapan penuh di segala bidang.

Pertumbuhan ekonomi yang positif serta penguatan institusi demokrasi selama sepuluh tahun terakhir, pada gilirannya memperkuat posisi bangsa untuk mempercepat pencapaian MDGs. Saat ini, Indonesia adalah bangsa demokratis berpenduduk ketiga terbesar di dunia. Indonesia telah mampu memperbaiki status ekonominya menjadi negara berpendapatan menengah. Bangsa Indonesia juga telah bekerja secara konsisten selama dekade terakhir untuk mencapai target-target MDG. Meskipun masih banyak tantangan dan permasalahan yang dihadapi dalam pelaksanaan pembangunan di Indonesia, Pemerintah tetap bertekad untuk memenuhi komitmen pencapaian target dan sasaran MDGs tepat waktu.

Alokasi dana dalam anggaran nasional dan daerah sebagai upaya mendukung pencapaian tujuan pembangunan milenium di Indonesia telah meningkat dari tahun ke tahun. Hal tersebut dilakukan untuk mempercepat pencapaian tujuan-tujuan nasional tersebut. Menetapkan sasaran terukur yang berkaitan dengan MDGs yang dapat dimonitor dan dievaluasi kemajuannya telah terbukti efektif dalam meningkatkan efisiensi alokasi sumber daya. Pada gilirannya, evaluasi kemajuan kinerja pencapaian MDGs tersebut berguna dalam menyesuaikan perencanaan agar lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat miskin dan kelompok rentan.

Dengan memperhatikan kecenderungan dan capaian target-target MDGs, pencapaian MDGs sampai saat ini dapat dikelompokkan ke dalam tiga kategori pencapaian MDGs, meliputi: (a) target yang telah dicapai; (b) target yang telah menunjukkan kemajuan signifikan; dan (c) target yang masih memerlukan upaya keras untuk pencapaiannya.

Target MDGs yang telah dicapai, mencakup:

- **MDG 1** - Tingkat kemiskinan ekstrem, yaitu 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** - Target untuk kesetaraan gender dalam semua jenis dan pendidikan diperkirakan akan tercapai. Rasio APM perempuan terhadap laki-laki di SD/MI/Paket A dan SMP/MTs/ Paket B berturut-turut sebesar 99,73 persen dan 101,99 persen pada tahun 2009, dan rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki pada kelompok usia 15-24 tahun telah mencapai 99,85 persen.
- **MDG 6** - Terjadi peningkatan penemuan kasus tuberkulosis dari 20,0 persen pada tahun 2000 menjadi 73,1 persen pada tahun 2009, dari target 70,0 persen; dan penurunan prevalensi tuberkulosis dari 443 kasus pada 1990 menjadi 244 kasus per 100.000 penduduk pada tahun 2009.

Target MDGs yang telah menunjukkan kemajuan signifikan mencakup:

- **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 adalah 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 - terbukti 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 dikurangi dari 51 persen pada tahun 1996 menjadi 22 persen pada tahun 2009.

Target MDGs yang telah menunjukkan kecenderungan pencapaian yang baik namun masih memerlukan kerja keras untuk pencapaian target 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. Tingkat kenaikan juga sangat tinggi di beberapa daerah di mana kesadaran tentang penyakit ini rendah.
- **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. 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 mengapresiasi 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 juga sejak 2008 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 Baru 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 menjadi 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 menjaga lingkungan sosial-ekonomi dan budaya di mana 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, 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 terkait konversi utang (*debt swap*) untuk pencapaian MDGs dengan negara-negara kreditor.



Ringkasan Status Pencapaian MDGs di Indonesia

Ringkasan Status Pencapaian MDGs di Indonesia



MDG 1: MENANGGULANGI KEMISKINAN DAN KELAPARAN

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 (2009) 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 ke depan 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

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; dan (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.



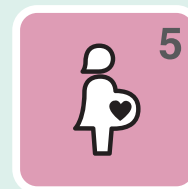
MDG 3: MENDORONG KESETARAAN GENDER DAN PEMBERDAYAAN PEREMPUAN

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. Disamping 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 ke depan 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 Ratio*) 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 aborsi 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 penyebarluasan komunikasi, informasi dan edukasi kepada masyarakat.



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

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 ke depan 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 perdesaan, 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 dalam teknologi informasi dan komunikasi, dan akses pada telepon selular, 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 Target-target MDG

Indikator		Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber
Tujuan 1. Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan						
Target 1A: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari USD 1 (PPP) per hari dalam kurun waktu 1990-2015						
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
Target 1B: Mewujudkan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda						
1.4	Laju pertumbuhan PDB per tenaga kerja	3,52% (1990)	2,24% (2009)	-		PDB Nasional dan 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		
Target 1C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990-2015						
1.8	Prevalensi balita dengan berat badan rendah / kekurangan gizi	31,0% (1989)*	18,4% (2007)**	15,5%		* BPS, Susenas ** Kemkes, Riskesdas, 2007
1.8a	Prevalensi balita gizi buruk	7,2% (1989)*	5,4% (2007)**	3,6%		
1.8b	Prevalensi balita gizi kurang	23,8% (1989)*	13,0% (2007)**	11,9%		

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

Indikator		Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber
1.9	Proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum:					BPS, Susenas
	- 1.400 Kkal/kapita/hari	17,00% (1990)	14,47% (2009)	8,50%	▼	
	- 2.000 Kkal/kapita/hari	64,21% (1990)	61,86% (2009)	35,32%	▼	
Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua						
Target 2A: Menjamin pada 2015 semua anak-anak, laki-laki maupun perempuan di manapun dapat menyelesaikan pendidikan dasar						
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)*	93,00% (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) Perempuan: 99,40% Laki-laki: 99,55%	100,00%	▶	BPS, Susenas
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						
3.1	Rasio perempuan terhadap laki-laki di tingkat pendidikan dasar, menengah dan tinggi					BPS, Susenas
	- Rasio APM perempuan/laki-laki di SD	100,27 (1993)	99,73 (2009)	100,00	●	
	- 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	●	

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

	Indikator	Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber
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

Lanjutan

Tinjauan Status Pencapaian Target-target MDG

Tujuan 4: Menurunkan Angka Kematian Anak						
Target 4A: Menurunkan Angka Kematian Balita (AKBA) hingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990-2015						
4.1	Angka Kematian Balita per 1.000 kelahiran hidup	97 (1991)	44 (2007)	32	▶	BPS, SDKI 1991, 2007
4.2	Angka Kematian Bayi (AKB) per 1.000 kelahiran hidup	68 (1991)	34 (2007)	23	▶	
4.2a	Angka Kematian Neonatal per 1.000 kelahiran hidup	32 (1991)	19 (2007)	Menurun	▶	
4.3	Persentase anak usia 1 tahun yang diimunisasi campak	44,5% (1991)	67,0% (2007)	Meningkat	▶	
Tujuan 5: Meningkatkan Kesehatan Ibu						
Target 5A: Menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990-2015						
5.1	Angka Kematian Ibu per 100.000 kelahiran hidup	390 (1991)	228 (2007)	102	▼	BPS, SDKI 1991, 2007
5.2	Proporsi kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan terlatih	40,70% (1992)	77,34% (2009)	Meningkat	▶	BPS, Susenas 1992-2009
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 1.000 perempuan usia 15-19 tahun	67 (1991)	35 (2007)	Menurun	▶	BPS, SDKI 1991, 2007

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

Indikator		Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber
5.5	Cakupan pelayanan Antenatal (sedikitnya satu kali kunjungan dan empat kali kunjungan)					BPS, SDKI 1991, 2007
	- 1 kunjungan:	75,0%	93,3%	Meningkat	▶	
	- 4 kunjungan:	56,0% (1991)	81,5% (2007)	Meningkat	▶	
5.6	Unmet Need (kebutuhan keluarga berencana/KB yang tidak terpenuhi)	12,7% (1991)	9,1% (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%	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)	Meningkat	▼	BPS, SDKI 2007
	- Belum Menikah	-	Perempuan: 2,6% Laki-laki: 1,4% (2007)			
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

Lanjutan

Tinjauan Status Pencapaian
Target-target MDG

Indikator		Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 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					
6.6a	Angka kejadian Malaria (per 1.000 penduduk):	4,68 (1990)	1,85 (2009)	Menurun	▶	Kemkes 2009
6.6b	Angka kejadian Malaria di Jawa & Bali (API)	0,17 (1990)	0,16 (2008)	Menurun	▶	API, Kemkes 2008
6.6c	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% Rural: 4,5% Urban: 1,6% -2007	Meningkat	▼	BPS, SDKI 2007
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

Indikator		Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber
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	59,70% (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 metrik ton (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

Indikator		Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 2015	Status	Sumber
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% (1990)*	47,71% (2009)**	68,87%	▼	BPS, Susenas
7.8a	Perkotaan	50,58% (1993)	49,82% (2009)	75,29%	▼	BPS, Susenas
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%	▼	BPS, Susenas
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

Lanjutan
Tinjauan Status Pencapaian
Target-target MDG

Indikator		Acuan Dasar	Saat Ini	Target MDG 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	▶	Kementerian Komunikasi dan Informatika 2010
8.15	Proporsi penduduk yang memiliki telepon seluler	14,79% (2004)	82,41% (2009)	100.00%	▶	Kementerian Komunikasi dan Informatika 2010
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



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

1.1. Proporsi penduduk di bawah USD 1,00 (*Purchasing Power Parity - PPP*) per kapita per hari:

Acuan dasar (1990) : 20,60 persen (Bank Dunia/BPS)
Saat ini (2008) : 5,90 persen (Bank Dunia/BPS 2009)
Target (2015) : 10,30 persen – telah tercapai

1.2. Indeks Kedalaman Kemiskinan:

Acuan dasar (1990) : 2,70 persen (Susenas)
Saat ini (2010) : 2,21 persen (Susenas)

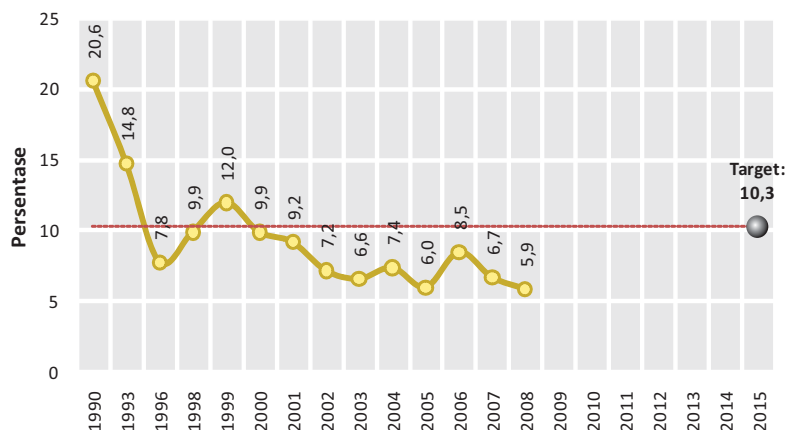


Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

Status Saat Ini

Tingkat kemiskinan ekstrem (menggunakan ukuran USD 1,00 (PPP) per kapita per hari) telah berkurang di Indonesia dari 20,6 persen pada tahun 1990 menjadi 5,9 persen pada tahun 2008. Artinya, Indonesia telah mencapai dan melebihi Target 1 untuk pengentasan kemiskinan ekstrem. Gambar 1.1 menyajikan kecenderungan penurunan persentase penduduk yang diperkirakan memiliki tingkat konsumsi di bawah USD1,00 (PPP) per kapita per hari seperti yang setiap tahun diukur oleh Bank Dunia/BPS selama 1990-2008. Kecenderungan ini diharapkan berkelanjutan hingga tahun 2015 dan seterusnya.

Gambar 1.1:
Kemajuan dalam Mengurangi
Kemiskinan Ekstrem (USD1,00/
Kapita/Hari) Dibandingkan
dengan Target MDG

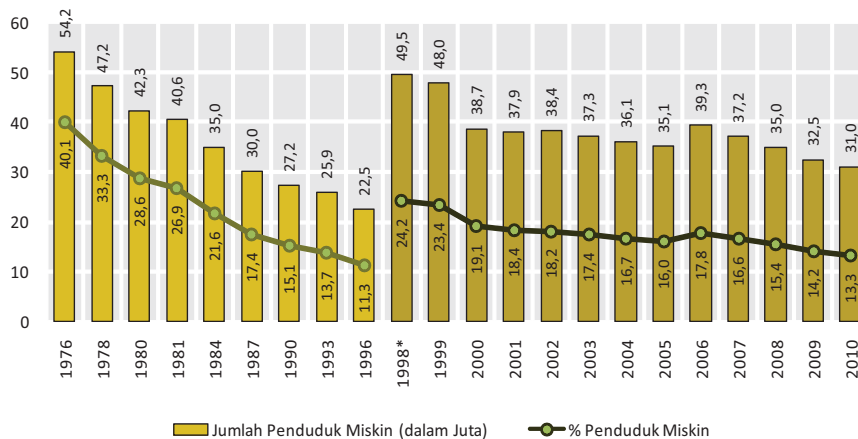


Sumber:
BPS, Susenas (berbagai tahun)
dan Bank Dunia, 2008

Meskipun tingkat kemiskinan ekstrem sudah tercapai, Indonesia juga menggunakan garis kemiskinan nasional. Sebelum tahun 1998 garis kemiskinan nasional dihitung dengan menggunakan kualitas komoditas nonmakanan yang relatif lebih rendah. Akan tetapi, sejak tahun 1998, penghitungan garis kemiskinan dilakukan dengan memperbaiki kualitas komoditas nonmakanan, terutama meliputi perubahan penghitungan biaya pendidikan yang awalnya hanya biaya SD, ditingkatkan menjadi biaya pendidikan SMP; biaya kesehatan yang pada awalnya hanya memperhitungkan standar biaya kesehatan di Puskesmas, ditingkatkan menjadi biaya perawatan pada dokter umum. Demikian juga dengan biaya transport yang semula hanya mencakup biaya transport dalam kota, ditingkatkan menjadi biaya transport antar kota sesuai dengan perkembangan pola pergerakan (mobilitas) penduduk. Perubahan ini menyebabkan garis kemiskinan meningkat dan setara dengan dengan USD 1,5 (PPP) serta mengakibatkan jumlah penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan meningkat pada tahun 1998 (**Gambar 1.2**). Berdasarkan Susenas bulan Maret 2010, garis kemiskinan nasional adalah sebesar Rp 211.726, meningkat dari garis kemiskinan tahun 2009 yang sebesar Rp 200.262.

Dengan menggunakan garis kemiskinan nasional yang berlaku, tingkat kemiskinan secara umum cenderung terus menurun selama periode 1976-1996 (**Gambar 1.2**). Krisis ekonomi

pada 1997/98 mengakibatkan peningkatan secara drastis jumlah orang Indonesia yang berada di bawah garis kemiskinan dan hal ini juga dipengaruhi oleh perubahan metode penghitungan kemiskinan. Pada tahun 1998, tingkat kemiskinan melonjak lebih dari dua kali lipat menjadi 24,2 persen, ketika tingkat pertumbuhan PDB dicatat negatif, dan perkembangan harga-harga meningkat secara tajam. Namun demikian, seiring dengan perekonomian yang telah pulih dan dengan dilaksanakan berbagai program penanggulangan kemiskinan, tingkat kemiskinan nasional berhasil diturunkan menjadi 13,33 persen (2010). Meskipun tingkat kemiskinan telah menurun, pada tahun 2010, jumlah penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan masih besar yaitu 31,02 juta. Selain itu, penurunan angka kemiskinan dari Maret 2009 ke Maret 2010 mengalami pelambatan, yaitu 0,82 persen, dibandingkan dengan penurunan dari tahun 2008 ke 2009 pada periode yang sama yang mencapai 1,27 persen. Untuk itu, perlu dilakukan berbagai upaya untuk bisa mempercepat laju penurunan penduduk miskin.



Gambar 1.2:

Kecenderungan Jangka Panjang dalam Penanggulangan Kemiskinan di Indonesia, Diukur dengan Menggunakan Indikator Garis Kemiskinan Nasional

Keterangan:

* Sejak tahun 1998 terjadi perubahan metode penghitungan kemiskinan dengan memperbaiki kualitas komoditas non makanan.

Sumber:

BPS, Susenas (berbagai tahun)

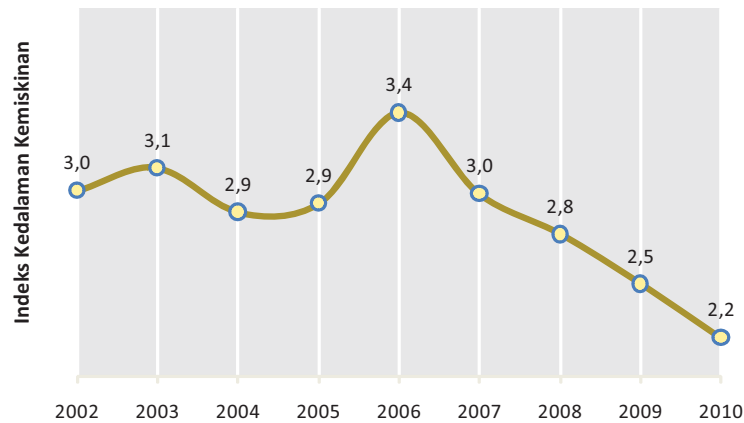
Indeks Kedalaman Kemiskinan adalah indikator yang mengukur kesenjangan pengeluaran rata-rata penduduk miskin terhadap garis kemiskinan nasional. Indikator ini sangat dipengaruhi oleh fluktuasi pengeluaran yang biasanya mengikuti perubahan harga komoditas dasar dan indeks harga konsumen. Dalam kurun waktu 2002-2010, perkembangan kesenjangan menunjukkan penurunan. Indeks kedalaman kemiskinan sempat meningkat pada tahun 2006, pada waktu terjadi kenaikan harga BBM dan bahan konsumsi dasar lainnya. Setelah 2006, kesenjangan cenderung menurun sebagai dampak positif dari langkah stabilisasi harga yang dilakukan, sehingga dampak kenaikan harga pada masyarakat miskin juga berkurang (**Gambar 1.3**). Pada tahun 2009, Indeks Kedalaman Kemiskinan nasional adalah sebesar 2,5 dan pada tahun 2010 menurun lagi menjadi 2,2. Pemerintah Indonesia juga mengamati indeks Kedalaman Kemiskinan yang ada di daerah perdesaan dan di perkotaan. Pada tahun 2009, indeks Kedalaman Kemiskinan di daerah perdesaan adalah sebesar 3,05, yang menunjukkan indeks Kedalaman Kemiskinan yang lebih tinggi dibandingkan dengan di daerah perkotaan yang besarnya 1,91. Sementara itu, Indeks Kedalaman Kemiskinan tertinggi ditemukan di



Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

perdesaan provinsi Papua Barat (12,52), Papua (11,51), Maluku (6,94), Gorontalo (6,26), Aceh (4,87), Sulawesi Tengah (4,8), Yogyakarta (4,74), dan Nusa Tenggara Timur (4,47).

Gambar 1.3.
Perkembangan Indeks
Kedalaman Kemiskinan,
tahun 2002 – 2010



Sumber:
BPS, Susenas (berbagai tahun)

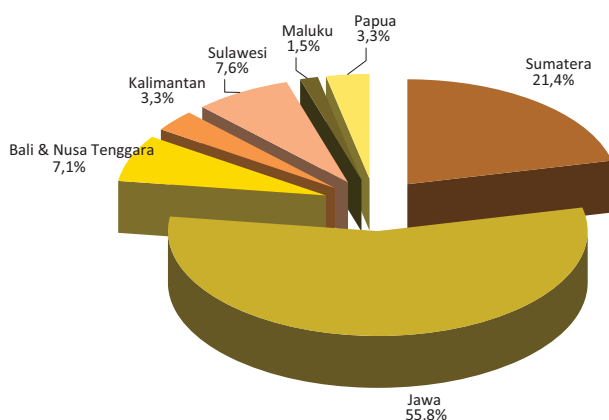
Kemiskinan tidak hanya dilihat dari sisi ekonomi, kemiskinan di Indonesia memiliki banyak sisi dan bersifat multidimensi, dengan karakteristik yang berbeda serta penyebab yang sangat bervariasi antardaerah. Orang miskin, biasanya adalah penganggur, penyandang cacat, pekerja serabutan, buruh tani, nelayan pesisir, pemulung, tunawisma maupun pekerja sektor informal, dipastikan menghadapi kendala khusus dalam masyarakat di mana mereka tinggal. Secara umum, orang miskin adalah mereka yang:

- **tidak dapat memperoleh pendapatan yang memadai untuk memenuhi kebutuhan dasar dan mencapai ketahanan pangan seperti yang didefinisikan dalam garis kemiskinan nasional;**
- **tidak selalu memiliki akses ke layanan yang berkualitas,** termasuk pelayanan kesehatan, pelayanan pendidikan, air bersih, sanitasi, tempat tinggal dan infrastruktur;
- **tidak diberdayakan untuk mengakses dan memanfaatkan sumber daya** untuk mendukung mata pencaharian mereka atau untuk berpartisipasi sebagai anggota terhormat masyarakat; dan
- **tidak mampu mengatasi goncangan eksternal terhadap sumber penghasilan mereka.**

Selain itu, orang miskin memiliki berbagai kelemahan, dan seringkali membuat mereka sulit keluar dari kemiskinan, sehingga kemiskinan kemungkinan besar akan diwariskan ke generasi berikutnya, kecuali dilaksanakan kebijakan komprehensif dan program bantuan yang dapat memutus siklus kemiskinan. Di samping meningkatkan kesempatan kerja bagi masyarakat miskin, akses mereka terhadap pelayanan publik perlu ditingkatkan dan perlu upaya pemberdayaan masyarakat miskin agar lebih mampu berpartisipasi dalam berbagai kegiatan pembangunan, serta perlu adanya program perlindungan sosial. Hal ini perlu menjadi perhatian karena masyarakat miskin dan hampir miskin yang merupakan dua kelompok pendapatan (*quintile*) terendah dalam masyarakat umumnya memiliki akses yang lebih rendah terhadap

air bersih, sanitasi, listrik, sekolah, pelayanan kesehatan dan kebutuhan dasar lainnya.

Secara absolut, jumlah masyarakat miskin masih cukup besar dan tersebar tidak merata antarpulau, dan antarprovinsi di Indonesia. Dari 31,02 juta penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan pada tahun 2010, bagian terbesar (55,83 persen) menetap di Pulau Jawa. Pulau Sumatera menempati peringkat kedua dalam hal persentase jumlah penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan (21,44 persen). Sementara itu, Bali dan Nusa Tenggara Timur serta Sulawesi merupakan wilayah dengan peringkat ketiga dan keempat yang memiliki persentase jumlah penduduk yang masih hidup di bawah garis kemiskinan (**Gambar 1.4**).



Gambar 1.4.
Persentase Penduduk di Bawah Garis Kemiskinan Nasional dengan Wilayah Geografis Utama di Indonesia, Tahun 2010

Sumber:
BPS, Susenas 2010.

Masih terjadi kesenjangan tingkat kemiskinan yang signifikan antarprovinsi di Indonesia. Dari 33 provinsi, 17 provinsi memiliki tingkat kemiskinan di bawah rata-rata nasional, sementara 16 provinsi lainnya sudah memiliki tingkat kemiskinan di atas rata-rata nasional (**Gambar 1.5**). 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, 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). Persebaran tingkat kemiskinan antar pulau secara geografis dapat dilihat pada **Peta 1.1**.

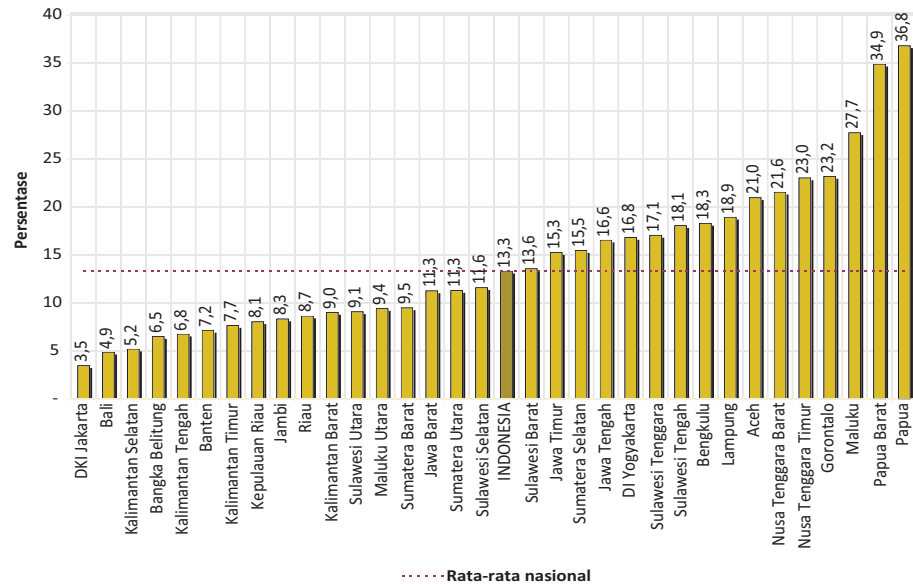
Permasalahan penurunan tingkat kemiskinan di berbagai provinsi ini tidak hanya terkait dengan peningkatan efektivitas program penanggulangan kemiskinan, tetapi juga tergantung pada pembangunan ekonomi lokal dan penciptaan kesempatan kerja. Hal ini terutama berlaku untuk beberapa daerah yang terisolasi, terpencil, yang juga menjadi kantong kemiskinan, terutama di beberapa kabupaten yang tingkat kemiskinannya sangat tinggi. Demikian pula, kesenjangan masih menjadi tantangan dalam menurunkan tingkat kemiskinan.



Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

Gambar 1.5

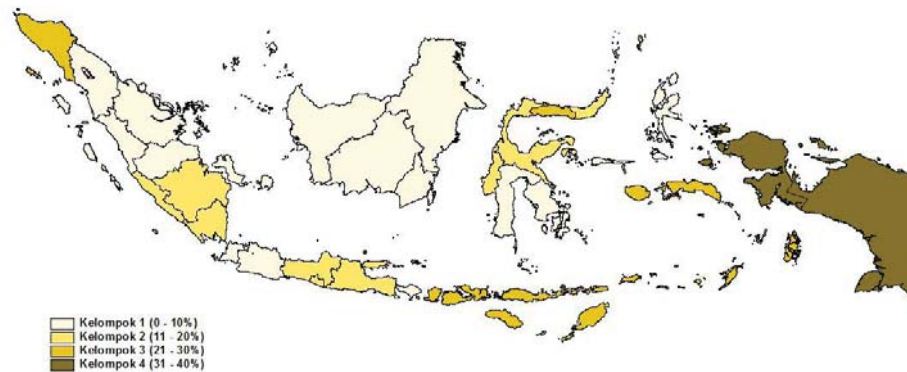
Persentase Penduduk di Bawah Garis Kemiskinan Nasional, Menurut Provinsi, Tahun 2010



Sumber:
BPS, Susenas 2010.

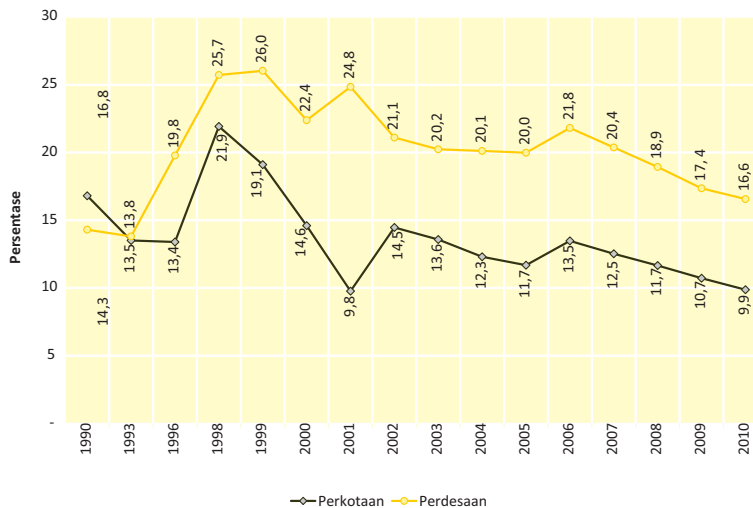
Peta 1.1.

Persebaran Penduduk di Bawah Garis Kemiskinan Nasional, Menurut Provinsi, Tahun 2010



Sumber:
BPS, Susenas 2010.

Tingkat kemiskinan di daerah perdesaan secara signifikan masih lebih tinggi dibandingkan dengan di daerah perkotaan di Indonesia. Tingkat kemiskinan di daerah perdesaan Indonesia adalah 16,56 persen pada tahun 2010 dibandingkan dengan hanya 9,87 persen di wilayah perkotaan (**Gambar 1.6**). Secara jangka panjang terdapat kecenderungan adanya migrasi desa-kota dan proses urbanisasi yang semakin meningkat di sebagian besar negara, termasuk Indonesia. Adanya investasi swasta dan kesempatan kerja yang meningkat lebih cepat di daerah perkotaan dan adanya penyediaan pelayanan publik di kawasan perkotaan yang kepadatan penduduknya lebih tinggi, mengakibatkan bahwa kehidupan (dan termasuk berusaha) di perkotaan menjadi lebih efektif. Hal ini telah mengakibatkan penurunan tingkat kemiskinan perkotaan dari 21,92 persen pada tahun 1998 menjadi 9,87 persen pada tahun 2010 dengan rata-rata penurunan tingkat kemiskinan sebesar 1 persen per tahun. Sementara itu, walaupun tingkat kemiskinan perdesaan juga mengalami penurunan dari 25,72 persen pada tahun 1998 menjadi 16,56 persen pada tahun 2010, namun rata-rata penurunannya hanya sebesar 0,76 persen per tahun, yaitu lebih rendah dibandingkan penurunan yang terjadi di daerah perkotaan.



Gambar 1.6.
Persentase Penduduk Miskin di Daerah Perkotaan dan Perdesaan di Indonesia, Tahun 1990-2010

Sumber:
BPS, Susenas (berbagai tahun).

Lebih dari 63 persen masyarakat miskin tergantung pada sektor pertanian. Produktivitas dan pendapatan dari mereka yang bekerja di sektor pertanian umumnya tidak seimbang dengan percepatan peningkatan pendapatan yang dicapai pada sektor lain.

- Sekitar 43-45 persen dari tenaga kerja nasional aktif di sektor pertanian, namun sektor ini hanya menyumbang 13-15 persen dari PDB. Kondisi ini menunjukkan bahwa produktivitas tenaga kerja di sektor pertanian hanya sepertiga dari mereka yang bekerja di industri dan sektor lain.
- Masyarakat miskin di daerah perdesaan di pulau Jawa sering kali tidak memiliki lahan garapan dan bekerja sebagai buruh tani, sering secara musiman memiliki penghasilan yang rendah.
- Di daerah dengan kepadatan penduduk yang jauh lebih rendah dibandingkan Pulau Jawa, orang miskin memiliki akses terhadap tanah, tapi mereka menggunakan teknik pertanian tradisional. Di banyak daerah, lahan/tanah garapan tidak subur tanah/lahan di pulau Jawa, sehingga pendapatan petani serta produktivitasnya lebih rendah.
- Di banyak daerah terpencil, masih terjadi kesulitan untuk mengakses kredit formal. Hanya 3,1 persen keluarga petani yang memperoleh pinjaman dari bank dan lembaga pinjaman nonbank. Jumlah tersebut adalah 1,8 persen dari seluruh rumah tangga petani pada tahun 2003, sementara 85,4 persen rumah tangga petani bergantung pada tabungan mereka sendiri (Sensus Pertanian, 2003).

Banyak masyarakat miskin bekerja di sektor informal sebagai pekerja di Usaha Mikro, Kecil dan Menengah (UMKM). UMKM memainkan peran strategis dalam perekonomian nasional dan menyediakan lapangan kerja bagi hampir 80 persen tenaga kerja Indonesia. Sekitar 98 persen dari semua unit usaha di Indonesia diklasifikasikan sebagai UMKM, dan pada tahun 2006 jenis usaha ini menyumbangkan hampir 58 persen terhadap PDB. Keberadaan UMKM ini sangat penting dalam berbagai usaha di bidang pertanian, kehutanan serta sektor perikanan, dan umumnya menggunakan sistem padat karya. Pada masa dan setelah masa krisis ekonomi



Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

tahun 1997/1998, UMKM terbukti tangguh dan mampu menyediakan lapangan kerja bagi orang miskin yang jumlahnya meningkat. Dengan demikian, adanya perkembangan dan kemajuan UMKM akan sangat membantu masyarakat miskin keluar dari kemiskinan.

Ibu dan Anak-anak
Kembali dari Kebun



Sejak tahun 2000 program-program nasional untuk mengurangi kemiskinan telah dilaksanakan, sementara pemerintah telah menerapkan reformasi demokrasi dan desentralisasi tanggung jawab untuk melaksanakan pembangunan kepada pemerintah daerah. Kewenangan yang lebih besar telah diberikan kepada pemerintahan desa, kabupaten, kota dan provinsi sementara pemilu demokratis telah diadakan untuk semua anggota DPRD dan kepala desa, walikota, bupati serta gubernur. Desentralisasi fiskal juga telah dilembagakan, yang mengakibatkan peningkatan drastis dalam transfer dana pemerintah pusat ke pemerintah daerah. Pada tahun 2006, pemerintah provinsi dan kabupaten telah menghabiskan total 40 persen dari semua dana publik di Indonesia, sebuah tingkat desentralisasi fiskal yang lebih tinggi dibandingkan semua negara di Asia Timur, kecuali Cina (Bank Dunia 2007).

Selama periode pelaksanaan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (2004-2009), pemerintah memusatkan perhatian pada pelaksanaan berbagai kebijakan dan program untuk mendorong pertumbuhan yang pro-masyarakat miskin, menciptakan pekerjaan dan mengurangi kemiskinan. Prioritas diberikan dalam peningkatan investasi untuk mencapai pertumbuhan yang pro-masyarakat miskin dan menciptakan lapangan kerja dengan memperbaiki lingkungan usaha, pembangunan infrastruktur, memperkuat pelayanan publik

(pendidikan, kesehatan, penyediaan air dan sanitasi) dan meningkatkan kualitas lingkungan serta pengelolaan sumber daya alam. Inisiatif nasional yang terkait dengan kesehatan dan pendidikan disajikan secara lebih rinci dalam bagian-bagian dari *Roadmap* yang berkaitan dengan MDGs 2, 4, 5, 6 dan 7, yang dipandang sebagai komponen penting dari agenda nasional yang komprehensif untuk memutuskan siklus kemiskinan. Sementara itu, kebijakan yang bersifat afirmasi dilaksanakan oleh pemerintah melalui program-program dalam Klaster 1 yang bersifat bantuan sosial dan pemenuhan kebutuhan dasar sehingga terjadi akumulasi aset sosial pada masyarakat miskin. Selanjutnya, dalam Klaster 2 dilakukan program-program yang bersifat memberdayakan kaum miskin, yang dikenal dengan PNPM Mandiri. Selanjutnya, untuk mendorong kegiatan ekonomi bagi masyarakat miskin dan sekaligus memperluas kesempatan kerja, dilaksanakan program pemberdayaan usaha mikro dan kecil yang dilaksanakan melalui Klaster 3, dengan program utamanya adalah Kredit Usaha Rakyat (KUR).

Tantangan

Tantangan utama adalah untuk mempertahankan dan bahkan menurunkan lagi target pengurangan proporsi penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan (tingkat kemiskinan) pada tahun 2015 serta mengurangi kesenjangan dalam tingkat kemiskinan antarprovinsi dan kabupaten.

Pemerintah dihadapkan pada tantangan untuk mempertahankan tingkat pertumbuhan yang tinggi dalam rangka memperluas kesempatan kerja, termasuk kesempatan kerja bagi masyarakat miskin. Investasi yang lebih baik oleh pemerintah maupun swasta dibutuhkan untuk mempercepat pertumbuhan, meski hal ini merupakan tantangan tersendiri mengingat secara global terjadi penurunan kinerja perekonomian pada saat ini. Meskipun telah terjadi peningkatan investasi swasta dalam beberapa tahun terakhir, selama 2009 terjadi penurunan investasi asing langsung (*foreign direct investment*) akibat adanya pertumbuhan negatif dalam perekonomian global. Namun, pemulihan global yang sudah mulai terjadi diharapkan akan meningkatkan investasi asing dan domestik pada tahun 2010 ini, dan pada gilirannya akan merangsang pertumbuhan ekonomi masyarakat secara luas. Tantangannya kemudian adalah menciptakan pertumbuhan ekonomi yang inklusif, menghasilkan peningkatan peluang juga bagi masyarakat miskin untuk berpartisipasi dalam pertumbuhan ekonomi. Dalam kaitan ini, UMKM berpotensi besar untuk meningkatkan kesempatan kerja bagi masyarakat miskin, yang pada saat ini masih menghadapi keterbatasan dalam memperoleh akses ke layanan ekonomi, seperti kredit, informasi pasar dan teknologi.

Sementara itu, untuk memutus lingkaran kemiskinan diperlukan upaya untuk memperkuat ketersediaan pendidikan dan pelayanan kesehatan serta perlindungan sosial bagi masyarakat miskin. Sebagai respon langsung atas krisis ekonomi pada tahun 1998 dan untuk melindungi mereka yang rentan terhadap perubahan ekonomi tersebut, pemerintah telah melaksanakan program bantuan dan perlindungan sosial untuk memberikan perlindungan sosial bagi masyarakat miskin yang menjadi korban terparah dalam krisis ekonomi tersebut. Program ini



Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

meliputi pemberian subsidi beras, pelayanan kesehatan, beasiswa pendidikan bagi keluarga miskin dan bantuan langsung tunai kepada orang miskin. Pemerintah terus berupaya untuk melembagakan perlindungan sosial ini ke dalam program kemiskinan dalam Klaster 1 sebagai cara memutus siklus kemiskinan dan meminimalkan dampak guncangan ekonomi pada masyarakat miskin. Tantangan dalam pelaksanaan kebijakan bantuan dan perlindungan sosial adalah meningkatkan ketepatan sasaran, dan meningkatkan keberdayaan mereka, sehingga masyarakat miskin dapat berpartisipasi dalam proses pembangunan serta dapat memanfaatkan aset yang mereka miliki sebagai bekal untuk meningkatkan kesejahteraan.

Desentralisasi telah membawa tantangan baru baik bagi pemerintah pusat maupun daerah di Indonesia untuk secara efektif mengkoordinasikan program-program bagi pengurangan kemiskinan dan memanfaatkan sumber daya fiskal secara efektif untuk mendorong pertumbuhan inklusif, memberdayakan kaum miskin dan meningkatkan pelayanan publik. Empat tantangan utama untuk meningkatkan efektivitas program pengurangan kemiskinan di Indonesia adalah: (i) peningkatan kapasitas untuk perencanaan dan penganggaran yang berpihak pada masyarakat miskin dalam rangka mengubah strategi pengentasan kemiskinan ke dalam tindakan yang efektif pada tingkat komunitas; (ii) meningkatkan ketepatan sasaran program penanggulangan kemiskinan; (iii) membangun kemitraan antara semua pemangku kepentingan untuk memberdayakan masyarakat lokal terkait penggunaan sumber daya secara lebih efektif; dan (iv) memperkuat kapasitas lokal untuk koordinasi, monitoring dan evaluasi program penanggulangan kemiskinan. Desentralisasi fiskal merupakan potensi untuk meningkatkan penyediaan layanan publik serta mendukung pencapaian tujuan nasional untuk pengentasan kemiskinan, tetapi dibutuhkan kepastian bahwa semua pemerintah daerah memiliki kapasitas untuk memanfaatkan dana publik secara efektif (Bank Dunia 2007).

Kebijakan dan Strategi

Indonesia berkomitmen untuk mengurangi kemiskinan di semua daerah, kecamatan dan desa. Pendekatan multidimensi akan terus diterapkan, mencakup upaya mencapai pertumbuhan yang berpihak pada masyarakat miskin dan berkelanjutan, menciptakan lapangan kerja, memberdayakan masyarakat serta meningkatkan pelayanan sosial dasar bagi semua lapisan masyarakat. Pemerintah berkomitmen untuk membangun lingkungan yang lebih kondusif bagi semua pihak yang bekerja untuk mengurangi kemiskinan dan mencapai tujuan pembangunan nasional. Hal ini diharapkan dapat mengurangi tingkat kemiskinan nasional menjadi 8-10 persen pada tahun 2014 sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014.

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).

Prioritas nasional untuk mengurangi kemiskinan dilaksanakan melalui tiga kebijakan utama, yaitu:

1. **Kebijakan untuk meningkatkan pertumbuhan yang berpihak pada masyarakat miskin yang berkelanjutan yang menjadi dasar untuk menyediakan lapangan kerja produktif, termasuk bagi kaum miskin.** Dalam kaitan dengan ini pertumbuhan PDB ditargetkan mencapai angka 6,3 - 6,8 persen pada 2011-2013, selanjutnya meningkat menjadi 7 persen pada tahun 2014. Komponen-komponen dalam strategi untuk mencapai pertumbuhan yang berpihak pada masyarakat miskin adalah:
 - a. **Memperbaiki lingkungan usaha dengan menyempurnakan berbagai upaya untuk meningkatkan pertumbuhan yang berpihak pada masyarakat miskin, mencakup menyempurnakan kerangka kerja regulasi, mengurangi proses birokrasi dan memprioritaskan harmonisasi peraturan pemerintah pusat dan daerah yang berhubungan dengan investasi.** Perhatian khusus akan diberikan untuk memastikan bahwa peraturan pemerintah daerah (Perda) jangan sampai mengurangi tingkat kepercayaan investor dan mempercepat proses persetujuan investasi swasta.
 - b. **Dukungan pendanaan untuk memperbaiki infrastruktur yang akan mendorong kegiatan ekonomi dan menciptakan kesempatan kerja bagi masyarakat, termasuk masyarakat miskin.** Proses perencanaan, penganggaran dan pelaksanaan proyek-proyek infrastruktur akan dipercepat dengan perhatian khusus untuk mengurangi waktu yang dibutuhkan dalam penyelesaian hal-hal yang berkaitan dengan hak atas tanah. Di samping itu, kemitraan swasta-publik pada proyek-proyek infrastruktur besar juga diprioritaskan.
 - c. **Investasi publik di sektor pertanian akan ditingkatkan dalam rangka meningkatkan ketahanan pangan sekaligus meningkatkan kegiatan ramah lingkungan dan kesempatan kerja di industri perdesaan.** Perbaikan proses pengolahan pascapanen untuk meningkatkan nilai tambah produk pertanian akan diprioritaskan dalam rangka memberikan kontribusi terhadap peningkatan kesempatan kerja di bidang pengolahan (*nonpertanian*) di daerah perdesaan. Di samping meningkatkan nilai tambah, agroindustri juga akan memberikan kontribusi dalam mempercepat transisi pola kerja, mengurangi ketergantungan pada sektor pertanian, sekaligus meningkatkan peluang di sektor industri. Pada saat yang bersamaan, penekanan juga akan diberikan untuk memperkuat ketahanan pangan di tingkat rumah tangga melalui peningkatan ketersediaan komoditas pangan yang memenuhi standar kualitas yang tinggi dan bergizi. Untuk mencapai tujuan tersebut perlu diperkuat kapasitas petani dan kelompok tani untuk meningkatkan akses mereka pada teknologi dan informasi pasar dan memperkuat posisi tawar mereka di pasar. Strategi untuk mendorong pertumbuhan di sektor pertanian akan diintegrasikan dengan perbaikan infrastruktur pendukung (jalan, pelabuhan, irigasi, sarana komunikasi) dan penghijauan/perbaikan lingkungan serta dilengkapi dengan kegiatan sektor nonpertanian (perdagangan, industri). Mengingat hampir dua pertiga dari masyarakat miskin berada pada sektor pertanian, maka prioritas akan diberikan untuk peningkatan usaha berbasis organisasi petani dan intensifikasi produksi pertanian melalui penelitian dan upaya



peningkatan perluasan dan akses terhadap lahan/tanah.

2. Kebijakan afirmasi (*affirmative action*) untuk memberdayakan masyarakat miskin dan memutus siklus kemiskinan:

a. **Memperkuat Pelayanan dan Perlindungan Sosial (Klaster 1).** Dukungan pemerintah untuk memperkuat penyediaan pelayanan kesehatan dan pendidikan akan diperluas. Program-program kesehatan dan pendidikan terutama yang ditujukan untuk masyarakat dan siswa miskin akan terus dilaksanakan dan disempurnakan. Program-program tersebut terutama adalah:

(i) **Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas)** akan ditingkatkan untuk memberikan layanan yang lebih baik tanpa biaya kepada masyarakat miskin dan mendekati miskin. Untuk mendukung perluasan cakupan program, Kementerian Kesehatan akan meningkatkan jumlah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) sebanyak 9.000 unit sampai dengan tahun 2014. Selain itu, pada tahun 2014 ditargetkan 95 persen rumah sakit akan memberikan pelayanan kesehatan rujukan bagi pasien penduduk miskin dan hampir miskin peserta program Jamkesmas.

(ii) **Program Keluarga Harapan (PKH)** akan diperkuat dan diperluas untuk menyediakan bantuan tunai bersyarat kepada rumah tangga sangat miskin. Tujuan dari program ini adalah untuk: meningkatkan kondisi sosial-ekonomi rumah tangga termiskin; meningkatkan tingkat pendidikan anak-anak dari rumah tangga termiskin; meningkatkan kesehatan dan status gizi ibu hamil, ibu yang baru melahirkan dan anak-anak di bawah usia 6 tahun dari rumah tangga termiskin serta meningkatkan akses dan kualitas pendidikan dan pelayanan kesehatan bagi rumah tangga termiskin. Penyelenggara program ini adalah Kementerian Sosial (Kemsos). Program ini menyediakan dana hingga Rp2,2 juta per rumah tangga per tahun untuk rumah tangga yang memenuhi kriteria kemiskinan dan persyaratan kesehatan dan pendidikan, yaitu memiliki ibu hamil/baru melahirkan, anak balita dan anak usia sekolah pendidikan dasar. Rencananya PKH akan diperluas pelaksanaannya selama tiga tahun ke depan untuk memberikan bantuan kepada 1,17 juta rumah tangga miskin pada tahun 2014. Untuk kelancaran pelaksanaan PKH, Kemsos bekerjasama dengan kementerian/lembaga di tingkat nasional serta pemerintah daerah dalam rangka penyediaan pelayanan pendidikan dan kesehatan.

(iii) **Beasiswa untuk Anak-anak dari Rumah Tangga Miskin** - Kementerian Pendidikan Nasional dan Kementerian Agama akan memperluas pemberian beasiswa bagi masyarakat miskin. Beasiswa akan diberikan untuk anak-anak dari rumah tangga miskin untuk bisa bersekolah baik di sekolah umum maupun madrasah di semua tingkatan pendidikan.

b. **Pemberdayaan masyarakat untuk mendukung percepatan penurunan kemiskinan melalui PNPM Mandiri (Klaster 2).** Pemerintah akan meningkatkan dukungan untuk

Program PNPM Mandiri rata-rata sebesar Rp 12,1 triliun per tahun dan cakupannya akan diperluas mencapai 78.000 desa di wilayah Indonesia. Lembaga dan forum musyawarah komunitas, dana wali amanah serta rencana aksi masyarakat akan dipergunakan sebagai alat untuk memperluas pembangunan berbasis masyarakat dan pengentasan kemiskinan. Peran pemerintah daerah dan organisasi masyarakat sipil dalam melaksanakan PNPM Mandiri akan ditingkatkan (**Kotak 1.1**).

Kotak 1.1. Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) Mandiri

Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) Mandiri adalah program pembangunan berbasis masyarakat atau *Community Driven Development* (CDD), dirumuskan untuk membangun kemandirian masyarakat dan mengurangi kemiskinan. Program ini dimulai pada tahun 2006 untuk mengkoordinasikan dan mensinergikan beberapa program pemberdayaan masyarakat yang dikelola oleh berbagai kementerian teknis. Integrasi program berbasis pemberdayaan masyarakat ke dalam PNPM Mandiri, memperkuat kemampuan masyarakat untuk merumuskan dan melaksanakan kegiatan pembangunan.

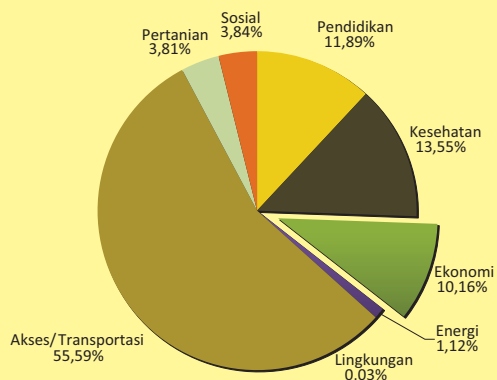


PNPM - Bantuan Jalan Desa

Proses pemberdayaan masyarakat dilakukan melalui fasilitasi dan pelatihan. Hibah langsung diberikan sebesar Rp1,5 sampai Rp3,0 miliar per kecamatan per tahun. Hibah tersebut disalurkan ke masyarakat di tingkat desa untuk membiayai kegiatan-kegiatan yang telah disepakati sebagai hasil proses pengambilan keputusan yang partisipatif. Bagian terbesar dari hibah desa digunakan untuk memperbaiki infrastruktur transportasi desa (**Gambar 1.7**).

Gambar 1.7.

Pemanfaatan dana hibah PNPM oleh komunitas sesuai bidang kegiatan



Selain membangun kemandirian masyarakat, pelaksanaan PNPM Mandiri juga mencerminkan pergeseran dari pendekatan proyek ke pendekatan program. Harmonisasi berbagai proyek ke dalam PNPM Mandiri telah mengurangi tumpang tindih kegiatan di tingkat lokal. Untuk mendukung pelaksanaan PNPM Mandiri, telah disusun pedoman umum serta petunjuk pelaksana khusus. Pedoman ini memberikan fondasi dasar dan mekanisme untuk memberdayakan masyarakat dan mengelola pelaksanaan semua kegiatan. Program ini juga akan memanfaatkan Sistem Informasi Manajemen (SIM) terintegrasi yang menghubungkan SIM dari berbagai sub-program PNPM Mandiri dan mendukung analisis efektivitas pelaksanaan PNPM Mandiri.

Pada tahun 2009 pelaksanaan PNPM Mandiri telah mencapai 6.408 kecamatan, semua kecamatan di Indonesia. Pada tahun 2010 PNPM Mandiri mencakup 6.328 kecamatan. Sekitar 17.890 fasilitator masyarakat telah dimobilisasi untuk mendukung pelaksanaan di tingkat masyarakat dan total Rp 10,35



Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

Lanjutan Kotak 1.1.

triliun dari sumber pemerintah daerah dan pusat sedang disalurkan sebagai hibah (*block grant*) kepada masyarakat (Tabel 1.1). Di samping program inti PNPM Mandiri, terdapat juga beberapa program PNPM pendukung yang sedang dilaksanakan. Ini termasuk: (i) PNPM Generasi sebagai inisiatif untuk meningkatkan kapasitas generasi mendatang, yang selama 2009 diterapkan di 164 kecamatan di 21 kabupaten di lima provinsi dan pada tahun 2010 akan dilaksanakan di 189 kecamatan di 25 kabupaten di lima provinsi, (ii) PNPM Kegiatan Perikanan dan Kelautan yang dilaksanakan di 133 kecamatan di 120 kabupaten pada 33 provinsi; dan (iii) PNPM Agribisnis (PUAP) yang dilaksanakan pada tahun 2009 di 9.884 desa dan pada tahun 2010 akan mencapai 10.000 desa untuk mendukung pengembangan dan perluasan agribisnis.



PNPM Generasi - Bantuan Biaya Siswa

Hingga kini, PNPM telah menciptakan kesempatan kerja bagi 21.800 dukungan staf (termasuk fasilitator). Sekitar 62 juta hari kerja dari kegiatan telah dilaksanakan dan menyediakan lapangan kerja sementara bagi anggota masyarakat yang secara langsung terlibat dalam kegiatan pembangunan. Selain itu, sekitar 650.000 kegiatan ekonomi mikro telah menerima pinjaman mikro. Lebih dari itu, berbagai infrastruktur telah dihasilkan dari PNPM Mandiri, termasuk perbaikan jalan desa, fasilitas kesehatan, fasilitas air bersih dan sanitasi.

Sebuah evaluasi dampak PNPM Mandiri tahun 2007 menunjukkan bahwa program telah memberikan manfaat yang signifikan, antara lain: i) tingkat pengangguran di lokasi PNPM adalah 1,5 persen lebih rendah daripada di daerah kontrol; ii) konsumsi rata-rata per rumah tangga meningkat; iii) kemiskinan berkurang dan rumah tangga miskin yang berpartisipasi di kecamatan memiliki 9,2-11,7 persen kesempatan untuk meningkat di atas garis kemiskinan nasional; dan iv) akses terhadap fasilitas kesehatan meningkat sebesar 11 persen di daerah PNPM.

Tabel 1.1. Alokasi anggaran dan jumlah kecamatan yang ditargetkan PNPM sepanjang 2007-2010

PNPM Sub-Programs	2007		2008		2009		2010	
	Total (Miliar Rupiah)	Kecamatan	Total (Rupiah Miliar)	Kecamatan	Total (Miliar Rupiah)	Kecamatan	Total (Miliar Rupiah)	Kecamatan
PNPM Perdesaan	1.841	1.993	4.284,1	2.834	6.987,1	4.371	9.605,4	4.805
PNPM Perkotaan	1.994	838	1.414,8	955	1.737,0	1.145	1.509,5	885
PIIP/RIS	-	-	550,0	792	950,0	479	497,0	215
PISEW	-	-	52,5	-	485,3	237	499,5	237
P2DTK	-	-	387,0	186	195,9	186	310,0	186
TOTAL	3.835	2.831	6.688,4	4.767	10.355,3	6.408	12.421,4	6.328

- c. **Fasilitas untuk meningkatkan kapasitas UMKM dan koperasi akan diperluas melalui (i) kewirausahaan dan penguatan kapasitas manajemen bisnis; (ii) penyediaan layanan informasi dan konsultasi bisnis; dan (iii) melalui perluasan Program Kredit Untuk Rakyat (KUR) (Klaster 3).** Program KUR akan diperluas dengan menyalurkan dana melalui lembaga keuangan mikro lokal untuk meningkatkan akses usaha kecil dan menengah serta koperasi dalam memperoleh kredit. Dana penjaminan akan terus diberikan dalam bentuk Penyerahan Modal Negara (PMN) kepada Perum Jamkrindo dan PT Askrindo. Penyaluran kredit di bawah KUR dari Mei 2008 sampai Mei 2010 mencapai Rp 20,103 triliun untuk sekitar 2,782 juta peminjam. Ukuran rata-rata pinjaman adalah Rp 7,23 juta per pinjaman. Sektor pengguna KUR terbesar adalah perdagangan, restoran dan hotel, begitu pula dengan sektor penting lainnya seperti pertanian, peternakan, perikanan dan kehutanan. Selama 2010-2014, direncanakan alokasi kredit dalam program KUR akan meningkat menjadi Rp 20 triliun per tahun.

3. Kebijakan untuk Peningkatan Efektivitas Program Penanggulangan Kemiskinan:

- a. **Prioritas akan diberikan untuk meningkatkan koordinasi kebijakan dan program untuk mengurangi kemiskinan.** Peningkatan koordinasi semua program penanggulangan kemiskinan yang terdapat dalam tiga klaster merupakan kunci bagi pengentasan kemiskinan yang efektif. Karena itu, semua koordinasi kebijakan pengentasan kemiskinan akan diintensifkan melalui pembentukan **Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan** di bawah koordinasi kantor Wakil Presiden RI melalui Peraturan Presiden RI Nomor 15 Tahun 2010 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. Upaya ini didukung dengan meningkatkan kapasitas dan fungsi dari berbagai kementerian teknis dan kantor-kantor pemerintah di tingkat nasional. Selain itu, koordinasi pelaksanaan program penanggulangan kemiskinan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota dilakukan melalui Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan di seluruh provinsi dan kabupaten/kota. Upaya terpadu untuk pengentasan kemiskinan juga akan melibatkan kemitraan sektor swasta melalui CSR dan jenis-jenis pendanaan lainnya seperti zakat, infaq dan sodaqoh. Upaya tersebut akan didukung oleh pelaksanaan suatu sistem pemantauan dan evaluasi yang akurat sehingga tercapai efektivitas program untuk pengentasan kemiskinan yang lebih baik.
- b. **Peningkatan kapasitas lokal untuk merencanakan, melaksanakan, memonitor dan mengevaluasi program-program pengurangan kemiskinan, perhatian khusus akan diberikan kepada provinsi dan kabupaten/kota yang memiliki tingkat kemiskinan tertinggi.** Desentralisasi telah memindahkan proses pengambilan keputusan kebijakan publik yang lebih dekat dengan masyarakat, tetapi dibutuhkan langkah-langkah untuk memperkuat kapasitas pemerintah daerah dalam merencanakan dan melaksanakan program-program pengentasan kemiskinan dengan partisipasi aktif masyarakat miskin dan meningkatkan komunikasi di antara semua pemangku kepentingan terkait.
- c. **Kebijakan dan instrumen fiskal akan disempurnakan untuk memperbaiki dukungan kepada pemerintah daerah dalam memerangi kemiskinan dan menyediakan**



Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

layanan di tingkat masyarakat. Peranan kebijakan fiskal telah berubah untuk memberikan dukungan bagi pertumbuhan yang lebih berkualitas. Agar hal ini terjadi, konsolidasi fiskal akan diimbangi dengan peningkatan investasi (publik dan swasta) infrastruktur yang penting untuk menanggulangi kemiskinan dan sektor sosial (yaitu kesehatan dan pendidikan).

- d. **Memperbaiki target program kemiskinan.** Ketepatan sasaran program untuk target kelompok miskin dan hampir miskin dalam program penanggulangan kemiskinan akan terus disempurnakan secara sistematis, terutama di tingkat lokal dengan menggunakan basis data masyarakat miskin yang terus diperbarui. Saat ini, jumlah rumah tangga sasaran berdasarkan Survei Pendataan Program Perlindungan Sosial tahun 2008 (PPLS 2008) adalah 17,5 juta rumah tangga yang diklasifikasikan atas rumah tangga sangat miskin, rumah tangga miskin dan rumah tangga hampir miskin. Kelompok ini sangat rentan terhadap *shocks* (seperti karena kesehatan yang buruk, bencana kebakaran, banjir, dan konflik) karena mereka tidak memiliki dana yang cukup untuk mengatasi apabila kondisi tersebut terjadi. Oleh sebab itu, kelompok miskin dan hampir miskin menjadi sasaran program penanggulangan kemiskinan dari pemerintah. Untuk keperluan targetting yang lebih baik, data ini akan dimutakhirkan setiap 3 tahun sekali.

Dalam rangka melaksanakan kebijakan penanggulangan kemiskinan yang telah dijelaskan di atas dan terutama untuk mencapai target pengurangan kemiskinan pada tahun 2015, Pemerintah telah menyusun dan akan melaksanakan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014 yang berisi program dan kegiatan dengan target-target spesifik untuk masing-masing kegiatan seperti pada Tabel 1.2 di bawah ini. Untuk mencapai target dan *output* yang telah disusun dalam RPJMN yang pada dasarnya juga diarahkan untuk pencapaian target-target dalam MDGs, khususnya Target 1.A, telah dialokasikan dana dari Pemerintah Pusat dan Daerah untuk mendukung pencapaiannya. Selain itu, pendanaan untuk pencapaian target-target tersebut juga dilakukan dengan memobilisasi dana dari pihak swasta melalui CSR. Keseluruhan kegiatan ini akan dilaksanakan di bawah koordinasi **Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan** di tingkat Pusat dan Tim Koordinasi Penanggulangan Kemiskinan Provinsi dan Kabupaten/Kota di tingkat daerah. Dengan seluruh upaya dan sumber daya, Pemerintah Indonesia berkomitmen untuk mengentaskan masyarakat miskin keluar dari kemiskinan, sehingga dapat mempertahankan dan bahkan menurunkan sesuai target MDG dengan ukuran USD 1,00 (PPP).

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Pembinaan, Pengembangan dan Pembiayaan Jaminan Kesehatan	Terumuskannya kebijakan pembiayaan dan jaminan kesehatan					
	Persentase penduduk (termasuk seluruh penduduk miskin) yang memiliki jaminan kesehatan	59%	70,3%	84,4%	94,5%	100%
Pelayanan Kesehatan Dasar bagi Masyarakat Miskin (Jamkesmas)	Meningkatnya pelayanan kesehatan dasar bagi penduduk miskin di puskesmas					
	Jumlah puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan dasar bagi penduduk miskin	8.481	8.608	8.737	8.868	9.000
Pelayanan Kesehatan Rujukan bagi Masyarakat Miskin (Jamkesmas)	Meningkatnya pelayanan kesehatan rujukan bagi penduduk miskin di rumah sakit					
	Persentase rumah sakit yang melayani pasien penduduk miskin peserta program Jamkesmas	75	80	85	90	95
Pengembangan kebijakan dan pembinaan kesetaraan ber-KB	Meningkatnya pembinaan, kesertaan, dan kemandirian ber-KB					
	Jumlah peserta KB baru miskin (KPS dan KS-I) dan rentan lainnya yang mendapatkan pembinaan dan alokon gratis melalui 23.500 klinik pemerintah dan swasta (juta)	3,75	3,80	3,89	3,97	4,05
	Jumlah peserta KB aktif miskin (KPS dan KS-I) dan rentan lainnya yang mendapatkan pembinaan dan alokon gratis melalui 23.500 klinik KB pemerintah dan swasta (juta)	11,9	12,2	12,5	12,8	13,1
	Meningkatnya pembinaan dan kemandirian ber-KB keluarga Pra-S dan KS-1					
	Jumlah PUS anggota kelompok usaha ekonomi produktif yang menjadi peserta KB mandiri	22.000	44.000	66.000	88.000	110.000

Tabel 1.2.
Prioritas, Output, dan Target untuk Mengurangi Kemiskinan, Tahun 2010-2014

Sumber:
RPJMN 2010-2014



Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

Lanjutan Tabel 1.2

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Peningkatan Kemandirian ber-KB Keluarga Pra-S dan KS-1	Jumlah mitra kerja yang memberikan bantuan modal dan pembinaan kewirausahaan kepada kelompok usaha ekonomi produktif	34	34	34	34	34
	Jumlah mitra kerja yang menjadi pendamping kelompok usaha ekonomi produktif	3	3	3	3	3
Penyediaan Subsidi Pendidikan SD/SDLB Berkualitas	Tersalurkannya subsidi pendidikan bagi siswa SD/SDLB					
	Jumlah siswa SD/SDLB sasaran beasiswa miskin	2.767.282	3.916.220	3.640.780	3.370.200	3.103.210
Penyediaan Subsidi Pendidikan SMP/SMPLB	Tercapainya keluasan dan pemerataan akses SMP bermutu dan berkesetaraan gender di semua kabupaten dan kota					
	Jumlah siswa SMP/SMPLB sasaran beasiswa miskin	966.064	1.395.100	1.346.020	1.275.840	1.195.700
Kegiatan Penyediaan dan Peningkatan Pendidikan SMA	Tercapainya perluasan dan pemerataan akses pendidikan SMA bermutu, berkesetaraan gender, dan relevan dengan kebutuhan masyarakat di semua kabupaten dan kota					
	Jumlah siswa SMA sasaran beasiswa miskin	378.783	501.898	614.396	714.653	800.000
Penyediaan dan Peningkatan Pendidikan SMK	Tercapainya perluasan dan pemerataan akses pendidikan SMK bermutu, berkesetaraan gender dan relevan dengan kebutuhan masyarakat, di semua kabupaten dan kota					
	Jumlah siswa SMK sasaran beasiswa miskin	305.535	390.476	475.417	560.358	645.298
Penyediaan Layanan Kelembagaan	Tersedianya keluasan dan pemerataan akses PT yang bermutu dan berdaya saing internasional					
	Jumlah mahasiswa penerima beasiswa miskin	65.000	67.000	67.000	69.000	70.000
Penyediaan Subsidi Pendidikan Madrasah Bermutu	Tersedianya beasiswa miskin MI, MTs, MA					
	Jumlah siswa miskin penerima beasiswa miskin MI	640.000	640.000	640.000	640.000	640.000
	Jumlah siswa miskin penerima beasiswa miskin MTs	540.000	540.000	540.000	540.000	540.000
	Jumlah siswa miskin penerima beasiswa miskin MA	320.000	320.000	320.000	320.000	320.000

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Penyediaan Subsidi Pendidikan Tnggi Islam (PTA)	Tersedianya beasiswa mahasiswa miskin					
	Jumlah mahasiswa miskin penerima beasiswa PTA	59.538	59.538	59.538	59.538	59.538
Bantuan tunai bersyarat (PKH)	Terlaksananya pemberian bantuan Tunai Bersyarat bagi RTSM (PKH)					
	Jumlah RTSM yang mendapatkan bantuan tunai bersyarat/PKH (RTSM)	816.000	1.116.000	1.516.000	1.404.000	1.170.000
Penyediaan subsidi beras untuk masyarakat miskin (RASKIN)	Penyediaan beras untuk seluruh rumah tangga sasaran dengan jumlah yang memadai dalam 1 tahun					
	Jumlah RTS penerima RASKIN (dengan 15 kg per RTS selama 12 bulan)	17,5 juta	Target tahunan akan ditentukan berdasarkan hasil Pendataan Program Perlindungan Sosial			
Pengelolaan pertanian Provinsi	Terwujudnya redistribusi tanah					
	Terlaksananya redistribusi tanah (bidang)	210.000	210.000	210.000	210.000	210.000
Pengembangan dan Peningkatan Perluasan Kesempatan Kerja	Tersedianya pekerjaan untuk sementara waktu bagi penganggur dan terbangunnya sarana fisik yang dibutuhkan masyarakat					
	Jumlah penganggur yang mempunyai pekerjaan sementara	24.000 orang	90.000 orang	90.000 orang	90.000 orang	90.000 orang
	Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan program pengurangan pengangguran sementara	231 kab/kota	360 kab/kota	360 kab/kota	360 kab/kota	360 kab/kota
Peningkatan Perlindungan Pekerja Perempuan dan Penghapusan Pekerja Anak	Memfasilitasi pekerja anak untuk kembali ke dunia pendidikan atau memperoleh pelatihan keterampilan Berkurangnya jumlah anak yang bekerja pada bentuk-bentuk pekerjaan terburuk untuk anak					
	Jumlah pekerja anak yang ditarik dari BPTA	3.000	4.300	5.600	6.900	8.400
	Persentase pekerja anak yang ditarik dari BPTA yang dikembalikan ke dunia pendidikan dan/atau memperoleh pelatihan keterampilan	100%	100%	100%	100%	100%

Lanjutan Tabel 1.2



Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

Lanjutan Tabel 1.2

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Pengaturan, Pembinaan, dan Pengawasan dalam Penataan Bangunan dan Lingkungan Termasuk Pengelolaan Gedung dan Rumah Negara serta Penyelenggaraan Bangunan Gedung dan Penataan Kawasan/ Lingkungan Permukiman	Pemberdayaan masyarakat dan percepatan penanggulangan kemiskinan & pengangguran di kelurahan/ kecamatan (PNPM Perkotaan)					
	Jumlah kelurahan/ desa yang mendapatkan pendampingan pemberdayaan sosial	8.500 desa di 1.094 kec.	7.482 desa di 805 kec.	4.968 desa di 460 kec.	552 desa di 460 kec.	482 desa di 460 kec.
Peningkatan Kemandirian Masyarakat Perdesaan (PNPM-MP)	Pemberdayaan masyarakat dan percepatan penanggulangan kemiskinan & pengangguran di kecamatan dan desa/ (PNPM-Perdesaan)					
	Cakupan penerapan PNPM-MP dan Penguatan PNPM	4.791 kec.	4.940 kec.	4.943 kec.	4.946 kec.	4.949 kec.
	Cakupan wilayah kegiatan rekonstruksi dan rehabilitasi pascabencana krisis di Kab. Nias dan Nias Selatan (kecamatan)	2 kab/ kota/ 9 kec.				
Pengaturan, Pembinaan, Pengawasan dan Penyelenggaraan dalam Pengembangan Permukiman	237 kecamatan (RISE)					
	Jumlah kecamatan yang dilayani oleh infrastruktur pendukung kegiatan ekonomi dan sosial	237	237	237	237	237
	Percepatan penanggulangan kemiskinan melalui pembangunan infrastruktur & pemberdayaan masyarakat desa (RIS PNPM+PPIP)					
	Jumlah desa tertinggal yang terbangun prasarana dan sarana lingkungan permukiman	3.900	2.450	1.237	1.237	1.226
Pengaturan, Pembinaan, Pengawasan, Pengembangan Sumber Pembiayaan dan Pola Investasi, serta Pengelolaan Pengembangan Sanitasi Lingkungan	210 kab/kota (SANIMAS)					
	Pembangunan prasarana dan sarana air limbah dengan sistem <i>on-site</i> (kab/ kota)	30 kab/kota sistem <i>on-site</i>	35 kab/kota sistem <i>on-site</i>	40 kab/kota sistem <i>on-site</i>	45 kab/kota sistem <i>on-site</i>	50 kab/kota sistem <i>on-site</i>

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Pengaturan, Pembinaan, Pengawasan, Pengembangan Sumber Pembiayaan dan Pola Investasi, serta Pengembangan Sistem Penyediaan Air Minum	4.650 desa (PAMSIMAS)					
	Jumlah desa yang terfasilitasi	1.472	1.165	500	700	813
Pelayanan Usaha dan Pemberdayaan Masyarakat	Meningkatnya keberdayaan dan kemandirian 2 juta usaha skala mikro di seluruh kawasan minapolitan pesisir, beroperasinya sarana usaha mikro di 300 kabupaten/kota pesisir, dan 1 unit BLU pembiayaan.					
	Jumlah kelompok usaha mikro di kawasan pesisir dan pulau-pulau kecil yang <i>bankable</i>					
	Pengembangan sarana usaha mikro LKM (unit)	100 unit	100 unit	100 unit	100 unit	100 unit
	Dana Pemberdayaan Masyarakat Desa/ PNPM MK	120 kab/ kota	120 kab/ kota	120 kab/ kota	120 kab/ kota	120 kab/ kota
	Tenaga pendamping	480 orang	480 orang	480 orang	480 orang	480 orang
	Kelompok Usaha Mikro (usaha)	800.000 usaha	800.000 usaha	800.000 usaha	800.000 usaha	800.000 usaha
Pengembangan Agribisnis Perdesaan (PUAP) dan Penguatan Kelembagaan Ekonomi Perdesaan lewat LM3	Peningkatan realisasi penyaluran kredit program (KKP-E dan KUR), pembiayaan komersial, pembiayaan syariah, pengembangan sentra usaha pertanian perdesaan, dan pengembangan Gapoktan PUAP					
	Realisasi penyaluran kredit program untuk pertanian (KKP-E dan KUR)	Rp 1,5 triliun	Rp 2 triliun	Rp 2 triliun	Rp 2 triliun	Rp 2,5 triliun
	Realisasi penyaluran pembiayaan Syariah dan pembiayaan komersial untuk sektor pertanian (triliun)	Rp 4 triliun	Rp 5 triliun	Rp 6 triliun	Rp 7 triliun	Rp 8 triliun
	Jumlah sentra-sentra usaha pertanian di perdesaan	200	200	200	200	200
	Jumlah Gapoktan PUAP (unit)	10.000	10.000	10.000	10.000	10.000

Lanjutan Tabel 1.2



Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

Lanjutan Tabel 1.2

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Pengembangan Kebijakan, Koordinasi dan Fasilitas Penguatan Kelembagaan Pemerintah Daerah Tertinggal (P2DTK/SPADA)–PNPM	Meningkatnya pemulihan dan pertumbuhan sosial ekonomi daerah-daerah tertinggal					
	Jumlah kab, kec dan desa daerah tertinggal	51 kab, 186 kec, 4.596 desa	80 kab**)	80 kab **)	80 kab **)	80 kab **)
Peningkatan PNPM Mandiri Bidang Pariwisata	Meningkatnya jumlah desa wisata melalui PNPM bidang pariwisata					
	Jumlah desa wisata	200	450	550	450	350
Dukungan Penjaminan Kredit Usaha Rakyat (KUR)	Tersedianya anggaran penjaminan Kredit Usaha Rakyat (KUR)					
	Persentase tersedianya anggaran penjaminan KUR	100%	100%	100%	100%	100%
Koordinasi Kebijakan Kredit Usaha Rakyat (KUR)	Meningkatnya koordinasi kebijakan Kredit Usaha Rakyat (KUR)					
	Persentase rekomendasi kebijakan KUR yang terimplementasikan	60%	65%	70%	75%	80%
Perluasan pelayanan kredit/ pembiayaan bank bagi koperasi dan UMKM, yang didukung pengembangan sinergi dan kerja sama dengan lembaga keuangan/ pembiayaan lainnya.	Meningkatnya jangkauan pelayanan kredit/pembiayaan bank bagi koperasi dan UMKM.					
	Kerja sama pembiayaan yang melibatkan bank dan lembaga keuangan/ pembiayaan lainnya (MOU)	5 MOU	5 MOU	5 MOU	5 MOU	5 MOU
	Terfasilitasinya Lembaga Penjaminan Kredit Daerah (LPKD) yang melakukan <i>co-guarantee</i> dengan lembaga penjaminan nasional (Prov)	7 Prov.	8 Prov.	9 Prov.	10 Prov.	10 Prov.
	Jumlah Koperasi yang dapat mengakses kredit/ pembiayaan bank melalui <i>linkage</i>	100	100	100	100	100
	Jumlah LKM (koperasi dan BPR) yang melakukan kerjasama pembiayaan dengan Bank	100	100	100	100	100

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
	Jumlah Lembaga Penjaminan Kredit Daerah	2	2	2	3	3
Peningkatan peran lembaga keuangan bukan bank, seperti KSP/KJKS, perusahaan modal ventura, anjak piutang, sewa guna usaha, pegadaian, dalam mendukung pembiayaan bagi koperasi dan UMKM, disertai dengan pengembangan jaringan informasinya.	Meningkatnya kapasitas dan jangkauan lembaga keuangan bukan bank untuk menyediakan pembiayaan usaha bagi koperasi dan UMKM.					
	Jumlah lembaga pembiayaan bukan bank yang dibentuk	100 KSP/KJKS 1 LMVD	100 KSP/ KJKS 1 LMVD	100 KSP/ KJKS 1 LMVD	100 KSP/ KJKS 1 LMVD	100 KSP/ KJKS 1 LMVD
Peningkatan kapasitas kelembagaan dan kualitas layanan lembaga keuangan mikro (LKM), termasuk untuk akreditasi dan sertifikasi pelayanan LKM, termasuk LKM yang berbadan hukum koperasi.	Meningkatnya kapasitas kelembagaan LKM.					
	Jumlah LKM yang terdaftar dan terakreditasi sesuai ketentuan hukum tentang LKM.	100 LKM	100 LKM	100 LKM	100 LKM	100 LKM
	Meningkatnya kapasitas dan kualitas layanan LKM					
	Jumlah pengelola LKM yang mengikuti pelatihan.	-	1.000 pengelola LKM	1.000 pengelola LKM	1.000 pengelola LKM	1.000 pengelola LKM
	Jumlah SDM Pengelola KSP/KJKS yang bersertifikat (orang)	1.200 orang	1.200 orang	1.200 orang	1.200 orang	1.200 orang
	Jumlah LDP KJK dan TUK yang diperkuat (unit)	-	2 Unit	2 Unit	2 Unit	2 Unit
	Jumlah Manajer/ kepala cabang KJK yang diikuti diklat dan sertifikasi kompetensi LKM (orang)	900 orang	900 orang	900 orang	900 orang	900 orang

Lanjutan Tabel 1.2



Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

Lanjutan Tabel 1.2

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Revitalisasi sistem pendidikan, pelatihan dan penyuluhan perkoperasian bagi anggota dan pengelola koperasi, serta calon anggota dan kader koperasi.	Sistem pendidikan, pelatihan dan penyuluhan perkoperasian bagi anggota dan pengelola koperasi, serta calon anggota dan kader koperasi semakin efektif.					
	Jumlah peserta peningkatan pemahaman koperasi di kalangan masyarakat kelompok strategis (orang)	1.000 orang	1.000 orang	1.000 orang	1.000 orang	1.000 orang
	Jumlah peserta pendidikan dan pelatihan peningkatan pemahaman koperasi pada SDM koperasi (orang)	-	1.750 orang	1.750 orang	1.750 orang	1.750 orang

Sumber:
RPJMN 2010-2014

Target 1B:

Menciptakan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda

Indikator

1.4. Laju pertumbuhan PDB per tenaga kerja:

Acuan dasar (1990) : 3,52 persen

Saat ini (2009) : 2,24 persen

1.5. Rasio kesempatan kerja terhadap penduduk usia 15 tahun ke atas:

Acuan dasar (1990) : 65 persen (Sakernas)

Saat ini (2009) : 62 persen (Sakernas)

1.7. Proporsi tenaga kerja yang berusaha sendiri dan pekerja keluarga terhadap total kesempatan kerja:

Acuan dasar (1990) : 71 persen (Sakernas)

Saat ini (2009) : 64 persen (Sakernas)

Status Saat Ini

Kondisi ketenagakerjaan di Indonesia sejak tahun 1970-an dipengaruhi oleh transisi demografi dalam struktur penduduk dan dua krisis ekonomi yang terjadi yaitu tahun 1997/1998 dan 2007/2008. Transisi demografi, dalam struktur penduduk yang didominasi usia muda pada tahun 1970-an menjadi didominasi usia menengah dewasa ini telah mendorong jumlah

penduduk usia kerja meningkat dengan cepat. Apabila pada tahun 1971 jumlah penduduk usia kerja berjumlah 63,34 juta, maka pada tahun 2010 ini diperkirakan telah mencapai 171,02 juta. Hal ini berarti rata-rata peningkatan jumlah penduduk usia kerja per tahun sebesar 3,5 persen. Sementara itu laju pertumbuhan penduduk dalam kurun waktu yang sama hanya sebesar rata-rata 2,4 persen per tahun.

Sejak 1997 penciptaan lapangan kerja tersendat oleh dua krisis ekonomi yang cukup serius. Krisis ekonomi 1997/1998 telah memicu depresi perekonomian nasional sehingga lapangan kerja sektor formal berkurang cukup besar. Jumlah pengangguran terbuka meningkat dari 4,89 persen pada tahun 1996 menjadi 6,36 persen pada tahun 1999. Dibutuhkan waktu satu dekade untuk memulihkan tingkat kegiatan ekonomi per penduduk, diukur dari pendapatan per kapita, pada tingkat sebelum krisis. Krisis ekonomi global 2007/2008 juga telah menghambat pertumbuhan ekonomi nasional dan oleh karena itu juga penciptaan lapangan kerja.

Walaupun berbagai rintangan dan hambatan menghadang di tengah jalan, namun kecenderungan jangka panjang penciptaan lapangan kerja masih 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. Berkaitan dengan hal tersebut, pencapaian target MDG juga menunjukkan perkembangan yang selaras.

Berbagai indikator “penciptaan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda” secara rinci adalah sebagai berikut:

1. **Pertumbuhan produk domestik bruto per tenaga kerja, tahun 1990-2009 cukup bervariasi, dengan pertumbuhan rata-rata sekitar 2,53 persen.**

Pertumbuhan PDB per tenaga kerja pada masa sebelum krisis 1997/1998 (periode 1990-1995) relatif lebih tinggi yaitu sebesar 5,42 persen dibandingkan dengan pada masa setelah krisis (periode 1998/1999—2008). Setelah krisis (*post-crisis*) pertumbuhan tingkat produktivitas tenaga kerja cenderung mengalami penurunan, yaitu menjadi rata-rata 3,36 persen per tahun untuk kurun waktu 10 tahun. Rendahnya laju pertumbuhan produktivitas tenaga kerja setelah krisis tersebut antara lain disebabkan oleh rendahnya akumulasi modal per tenaga kerja pada periode pasca krisis. Sebelum krisis, besaran investasi sekitar 28–31 persen PDB, dibandingkan setelah krisis sebesar 20–23 persen PDB.

Dalam sepuluh tahun terakhir, pertumbuhan PDB per tenaga kerja di sektor industri, pertanian, dan jasa sangat berfluktuasi. Di sektor industri laju pertumbuhan tertinggi terjadi tahun 1995, sebesar 18,68 persen dan yang terendah tahun 2001, sebesar -0,50 persen. Pada tahun yang sama, yaitu tahun 1995, sektor pertanian juga mengalami pertumbuhan yang tertinggi sebesar 12,15 persen, dan yang terendah di tahun 1998 sebesar -12,91 persen. Berbeda dengan industri dan pertanian, di sektor jasa,

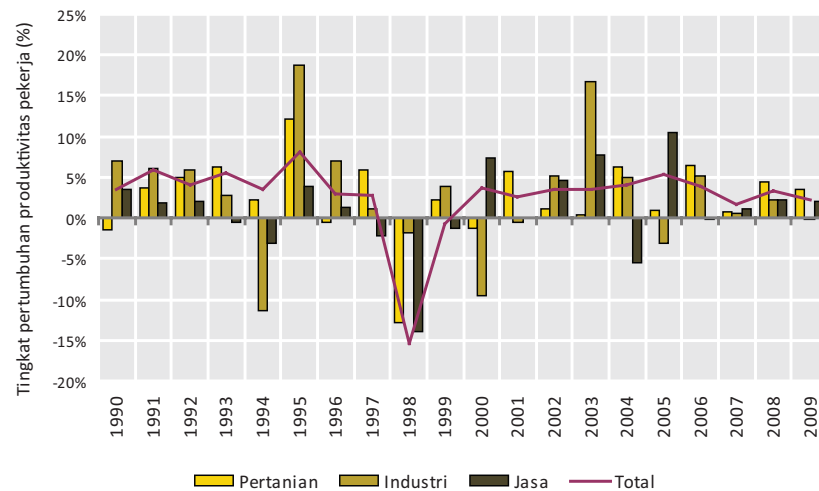


Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

pertumbuhan produktivitas tenaga kerja yang tertinggi terjadi setelah krisis ekonomi, sebesar 10,57 persen pada tahun 2005. Sementara itu, pertumbuhan yang terendah pada tahun 1998 sebesar -13,99 persen (**Gambar 1.8**) .

Gambar 1.8.
Tingkat Pertumbuhan
Produktivitas Pekerja
(persen),
Tahun 1990–2009

Sumber:
BPS, Sakernas dan Statistik
Indonesia, tahun 1990, 1993,
1996, 1999-2009

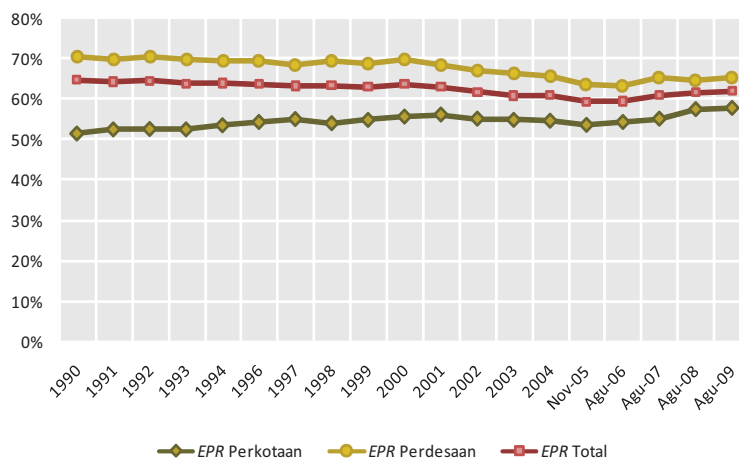


Menurut *World Employment Report* tahun 2005, rendahnya produktivitas tenaga kerja Indonesia disebabkan karena sebagian besar angkatan kerja masih berpendidikan rendah, dengan pendidikan formal rata-rata kurang dari enam tahun. Namun dengan meningkatnya tingkat pendidikan angkatan kerja khususnya untuk periode 2005-2009, produktivitas pekerja Indonesia semakin membaik, diiringi dengan meningkatnya kualitas dan kompetensi pekerja. Terdapat pergeseran dalam produktivitas tenaga kerja, khususnya di sektor pertanian, yang telah mendorong pengurangan kemiskinan dan taraf kehidupan yang lebih baik. Investasi di sektor pertanian telah memberikan andil terhadap peningkatan produktivitas pekerja. Selain itu, peningkatan investasi dalam pengembangan pelatihan dan keterampilan pekerja, telah membantu dalam memfasilitasi mobilitas tenaga kerja lintas sektor. Secara implisit hal ini terlihat dari semakin baiknya urutan daya saing Indonesia. Menurut laporan *IMD-World Competitiveness Yearbook* tahun 2010, ranking Indonesia menjadi 35 dari 56 negara. Sebelumnya, tahun 2006, Indonesia menempati ranking ke-52.

2. **International Labor Organization (ILO)** mendefinisikan rasio tenaga kerja terhadap penduduk (*employment-to-population ratio*, *EPR*) sebagai proporsi penduduk usia kerja yang bekerja di suatu negara. Di Indonesia penduduk usia kerja didefinisikan sebagai penduduk berusia 15 tahun ke atas. 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. Namun pada saat krisis ekonomi, penciptaan kesempatan kerja lebih kepada pekerjaan informal.

Besarnya lapangan kerja informal memungkinkan menjadi peredam dinamika perubahan pasar kerja, dan menjadi peredam naik turunnya rasio kesempatan kerja terhadap penduduk usia kerja. 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. Hal ini juga terlihat dari pertumbuhan bukan angkatan kerja yang lebih besar dibandingkan dengan angkatan kerja, untuk kelompok usia 15-19 tahun, serta turunnya rasio tingkat partisipasi angkatan kerja antara 2000-2009.

Gambar 1.9 menunjukkan bahwa selama sepuluh tahun terakhir rasio tenaga kerja terhadap penduduk usia kerja di Indonesia berada pada kisaran 59-64 persen. Dari kondisi tersebut, rasio laki-laki berkisar 77-80 persen, sedangkan rasio perempuan hanya sekitar 41-48 persen. Sementara itu, rasio tenaga kerja terhadap penduduk usia kerja di perkotaan sedikit lebih rendah dibandingkan dengan di perdesaan. Di perkotaan, berkisar antara 54-58 persen dan di perdesaan antara 63-70 persen.



Gambar 1.9.
Rasio Kesempatan Kerja Terhadap
Penduduk Usia Kerja,
Tahun 1990-2009

Sumber:
BPS, Sakernas, 1990-2009

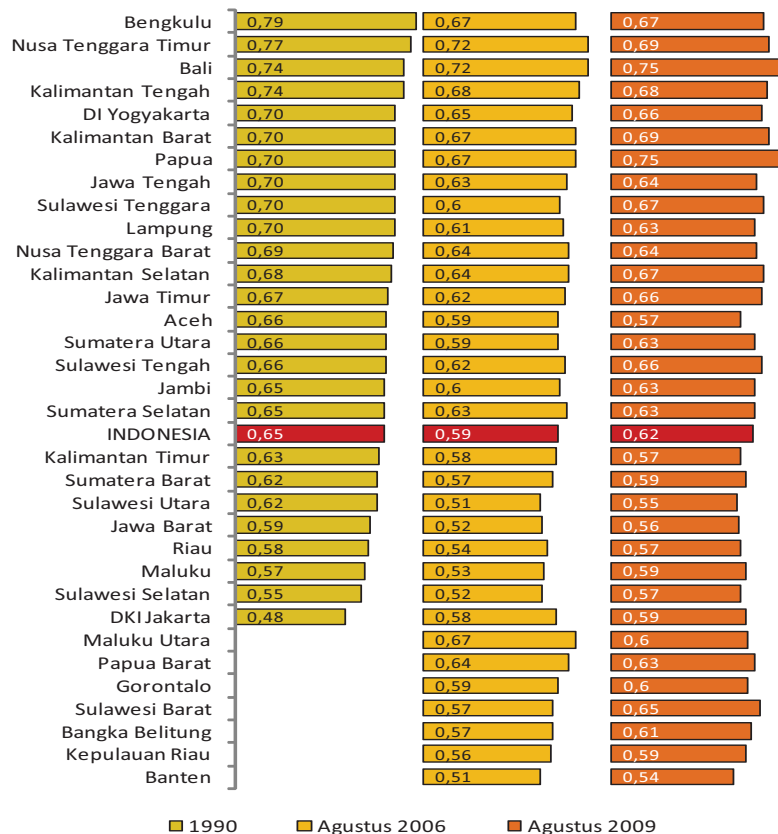
Secara nasional, penurunan rasio kesempatan kerja terhadap penduduk usia kerja merupakan keberhasilan pemerintah dalam meningkatkan taraf pendidikan menengah seiring dengan meningkatnya kesadaran masyarakat atas pentingnya pendidikan, serta membaiknya tingkat pendapatan masyarakat. Indikator lain yang menggambarkan adanya perbaikan adalah meningkatnya proporsi angkatan kerja dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi dalam pasar kerja Indonesia. Tingkat keberlanjutan sekolah yang meningkat ditunjukkan oleh semakin banyaknya siswa SMP yang melanjutkan sekolah ke tingkat SMA.



Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

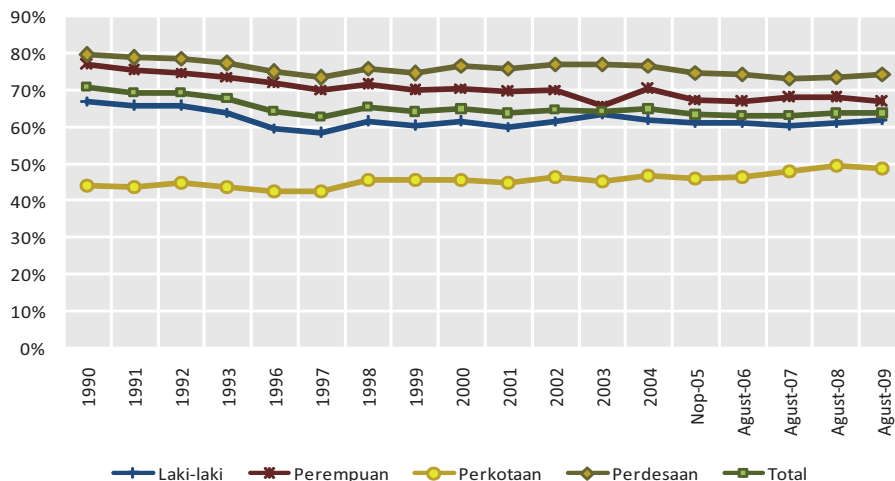
Penurunan rasio tenaga kerja terhadap penduduk usia kerja pada tingkat provinsi sangat berfluktuasi. Pada tahun 2009, dari 33 provinsi di Indonesia Provinsi Bengkulu dan Aceh rasio penurunannya cukup besar. Pada tahun 1990, rasio tenaga kerja terhadap penduduk usia kerja di Bengkulu sebesar 79 persen, tahun 2009 menjadi sebesar 67 persen. Pada periode yang sama untuk Provinsi Aceh, rasionya menurun dari sebesar 66 persen menjadi 55 persen. Selain Provinsi Bengkulu dan Aceh, provinsi lain juga mengalami penurunan meskipun tidak sebesar kedua provinsi tersebut. Sebagai contoh, Provinsi Riau menurun relatif kecil dari 58 persen menjadi 57 persen, Provinsi Sulawesi Tenggara dari 70 persen menjadi 67 persen, dan Provinsi Lampung dari 70 persen menjadi 63 persen. Sebagian besar provinsi mengalami penurunan rasio tenaga kerja terhadap penduduk usia kerja. Namun demikian terdapat 5 provinsi yang mengalami peningkatan, yaitu Provinsi Bali, Papua, Maluku, Sulawesi Selatan dan DKI Jakarta (**Gambar 1.10**).

Gambar 1.10.
Rasio Kesempatan Kerja Terhadap
Penduduk Usia Kerja,
Menurut Provinsi,
Tahun 1990, 2006 dan 2009



Sumber:
BPS, Sakernas, 1990,
Agustus 2006, Agustus 2009

3. **Membaiknya kualitas lapangan kerja yang tercipta mendorong adanya penurunan proporsi tenaga kerja yang berusaha sendiri dan pekerja keluarga (pada umumnya merupakan pekerja informal) terhadap total kesempatan kerja.** Rasio tenaga kerja yang bekerja di sektor tersebut berkurang dari 71 persen pada tahun 1990 menjadi 64 persen tahun 2009. Di perdesaan proporsi pekerja rentan juga menurun mengikuti pola nasional, yaitu dari 80 persen menjadi 74 persen. Tetapi untuk perkotaan, proporsinya meningkat dari 44 persen menjadi 49 persen.



Gambar 1.11.
Proporsi Pekerja Rentan Terhadap
Total Jumlah Pekerja,
Tahun 1990-2009

Sumber:
BPS, Sakernas, (1990-2009)

Lapangan kerja formal memang menjadi tumpuan dan harapan sebagian besar penduduk karena mampu menampung pekerja pada ‘pekerjaan yang tergolong baik’, memberikan upah tetap, dan memiliki perlindungan yang memadai, serta kondisi kerja yang lebih baik. Lebih dari itu, pekerja formal juga mempunyai lebih banyak kesempatan untuk memupuk keterampilan, sehingga memiliki peluang yang besar untuk mendapatkan upah yang lebih tinggi. Menurunnya rasio tenaga kerja yang bekerja di sektor informal ini dimungkinkan oleh tumbuhnya lapangan kerja berupah dan meningkatnya produktivitas pekerja. Lapangan kerja tersebut tumbuh sebesar 1,9 persen per tahun untuk periode 2008-2009.

Meningkatnya pekerja di sektor jasa dan kemajuan dalam capaian pendidikan perempuan antara lain ikut memberi kontribusi bagi kenaikan pertumbuhan lapangan kerja di kalangan perempuan. Sebagian besar mereka yang berusaha sendiri dan pekerja keluarga adalah perempuan. Jumlah tersebut pada tahun 2009 mencapai 67 persen, sementara laki-laki hanya sebesar 62 persen. Selama periode pertumbuhan yang tinggi (1990-1997 dan 2004-2008), rasio lapangan kerja (di sektor informal) di Indonesia menurun 0,2 persen per tahun karena perempuan di perdesaan mampu meninggalkan pekerjaan berkualitas rendah dan keluar dari angkatan kerja (*World Bank Report*, 2005).

Tantangan

Memperluas kesempatan kerja formal seluas-luasnya. Pemulihan investasi yang belum berjalan baik merupakan kendala bagi pertumbuhan ekonomi yang lebih tinggi. Faktor-faktor yang memberikan kontribusi terhadap lemahnya iklim investasi secara keseluruhan telah terdokumentasikan dengan baik dan mencakup lambannya pemulihan yang antara lain persoalan infrastruktur, sistem hukum dan birokrasi, ketidakpastian hak kepemilikan properti, ketidakpastian dalam lingkungan hubungan industrial, termasuk ketentuan biaya pesangon akibat pemutusan hubungan kerja (PHK), ketentuan pekerja kontrak dan *outsourcing* telah



Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

mempengaruhi daya saing di beberapa industri utama padat pekerja, meskipun hal terakhir ini bukanlah faktor satu-satunya yang penting.

Mempersempit kesenjangan upah antarpekerja pada tingkatan yang sama. Pergeseran upah saat ini lebih banyak ditentukan oleh aspek kenaikan tingkat harga dibandingkan dengan kenaikan produktivitas. Produktivitas belum menjadi determinan utama dalam penentuan upah. Sebaiknya, komponen penentuan Upah Minimum Regional (UMR) tidak hanya melihat pada sisi kenaikan inflasi saja, tetapi diimbangi dengan aspek produktivitas dan pencapaian target pekerjaan.

Memperlancar perpindahan pekerja dari pekerjaan yang produktivitasnya rendah ke pekerjaan yang produktivitasnya lebih tinggi. Salah satu tantangan yang harus dihadapi adalah memindahkan 'surplus tenaga kerja' keluar dari sektor tradisional atau informal ke pekerjaan-pekerjaan yang lebih produktif dan memberikan upah yang lebih tinggi. Perpindahan pekerja dari kegiatan di sektor tradisional yang sangat banyak dan berproduktivitas rendah ini juga mendorong peningkatan upah dan *output* pekerja, serta mempersempit kesenjangan upah dan produktivitas pekerja. Bila pertumbuhan sektor formal mengalami kelambatan, lebih banyak tenaga kerja memasuki sektor informal, sehingga para pekerja dalam lapangan kerja informal (termasuk keluarganya) akan mengalami ketidakpastian.

Kebijakan dan Strategi

Menciptakan lapangan kerja seluas-luasnya melalui investasi dan perluasan usaha. Pemerintah terus mendorong penciptaan lapangan kerja formal dengan meningkatkan pertumbuhan investasi dan perluasan usaha. Kebijakan ini terus didorong agar perekonomian dapat tumbuh dan berkembang lebih baik. Perbaikan iklim investasi merupakan salah satu yang memperoleh prioritas secara nasional, baik di perkotaan maupun di perdesaan. Dalam jangka waktu tertentu perbaikan iklim investasi dan usaha akan mendorong akselerasi pertumbuhan ekonomi, menciptakan lapangan kerja, dan peningkatan produktivitas. Iklim usaha yang baik di perdesaan akan meningkatkan revitalisasi pertanian, termasuk ekonomi perdesaan.

Memperbaiki kondisi dan mekanisme hubungan industrial untuk mendorong kesempatan berusaha dan kesempatan kerja. Sistem hubungan industrial yg didesentralisasikan melalui serikat pekerja yang kuat dengan menyempurnakan pelaksanaan hak dalam melakukan *collective bargaining* untuk mencapai hubungan industrial yang harmonis. Melalui proses berunding dan bermusyawarah pada tingkat bipartit, berbagai kebutuhan dan kepentingan pekerja dan pengusaha dapat diwujudkan. Peran Pemerintah lebih dituntut untuk menciptakan iklim hubungan industrial yang kondusif dalam rangka mendorong terciptanya perundingan bersama antara pekerja dan pengusaha.

Menciptakan kesempatan kerja melalui program-program pemerintah. Kebijakan ini ditargetkan kepada sebagian dari penganggur yang memang tidak mempunyai akses kepada

kegiatan ekonomi. Pengangguran tidak hanya terdapat di daerah perkotaan tetapi juga terdapat di daerah-daerah yang kegiatan ekonominya masih tertinggal. Kebijakan ini dilakukan melalui berbagai program pembangunan infrastruktur sederhana, program pembangunan infrastruktur skala menengah dan besar yang telah banyak memberi manfaat dalam menciptakan kesempatan kerja, dan pengembangan kredit mikro untuk usaha mikro dan rumah tangga.

Meningkatkan kualitas pekerja. Kemampuan tenaga kerja Indonesia masih dirasakan sebagai kendala utama bagi perkembangan usaha. Rendahnya keahlian ini akan mempersempit ruang bagi kebijakan Indonesia untuk meningkatkan ketahanan ekonominya. Daya saing dan produktivitas Indonesia hingga saat ini masih jauh tertinggal dibandingkan dengan negara-negara Asia Tenggara lainnya. Salah satu upaya meningkatkan produktivitas pekerja adalah dengan meningkatkan kualitas atau keterampilan pekerja.

Meningkatkan produktivitas pekerja pertanian. Perhatian kepada pekerja di sektor pertanian dapat diwujudkan dalam bentuk peningkatan produktivitas yang memungkinkan sektor pertanian menerima jumlah pekerja lebih banyak, tanpa penurunan tingkat kesejahteraan. Cara yang diberikan antara lain: (a) memperluas jangkauan pengelolaan sektor pertanian dengan mengembangkan riset dalam memperluas usaha pertanian, sehingga meningkatkan *output* dan nilai tambah di pertanian dan (b) 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. Bila dua hal ini dapat berkembang dengan baik, tenaga kerja muda yang selama ini tidak berminat bekerja di sektor pertanian akan memasuki sektor pertanian, sehingga akan tercipta lapangan kerja produktif yaitu pekerjaan yang baik (*decent work*).

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. Untuk pekerja informal, adalah dengan melindungi dari lingkungan kerja dan pemanfaatan kerja yang tidak proporsional. Keberpihakan juga diberikan kepada kelompok pekerja yang “lemah” berupa bantuan peningkatan keterampilan agar produktivitasnya meningkat, sehingga dapat meningkatkan kesejahteraannya.

Bantuan juga dapat diberikan kepada pekerja yang masuk dalam kelompok benar-benar miskin (paling miskin). Bentuk subsidi atau bantuan dana bergulir kepada tenaga kerja miskin merupakan salah satu cara mengurangi pekerja miskin di perdesaan. Selain itu, pekerjaan-pekerjaan melalui padat karya produktif dengan membentuk kelompok usaha bersama, dapat dijadikan alternatif yang dapat dipilih. Melalui program-program pemberdayaan ini, dalam jangka menengah atau jangka panjang pekerja informal yang tergolong miskin yang awalnya tidak produktif, dalam jangka waktu tertentu dapat melakukan kegiatan ekonomi yang lebih produktif.



Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

Menerapkan peraturan ketenagakerjaan utama. Deklarasi ILO tentang prinsip-prinsip dan hak-hak mendasar di tempat kerja, telah menyepakati perlunya menerapkan dan memberlakukan standar ketenagakerjaan utama (pokok). Standar ini merupakan bentuk-bentuk dasar hak asasi manusia (HAM) dan inti dari pekerjaan yang layak, dengan memberikan kebebasan berorganisasi, membentuk serikat pekerja, memperoleh keselamatan dan kesehatan kerja (K3), tidak melakukan kerja paksa dan membatasi usia minimum bekerja.

Dalam rangka menciptakan kesempatan kerja formal seluas-luasnya, pemerintah menargetkan sekitar 11,7 juta lapangan kerja baru selama periode 2010-2014. Iklim investasi dan iklim usaha merupakan salah satu prioritas pembangunan nasional, yang diharapkan dapat memberikan lapangan kerja baru bagi penduduk usia kerja yang mengharapkan pekerjaan yang lebih baik. Kegiatannya meliputi antara lain: (i) kepastian hukum; (ii) penyederhanaan prosedur; (iii) sistem logistik nasional untuk menjamin kelancaran arus barang; (iv) pengembangan kawasan ekonomi khusus; dan (v) kebijakan ketenagakerjaan, terkait dengan penyempurnaan peraturan. Di samping prioritas tersebut, pemerintah juga mengucurkan dana untuk membiayai berbagai kegiatan pembangunan, di antaranya untuk memfasilitasi tenaga kerja memperoleh pekerjaan yang kualitas pekerjaannya lebih baik. Berikut sasaran-sasaran pembangunan hingga tahun 2014, yang pelaksanaannya antara lain dilakukan oleh Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Perindustrian, Kementerian Pertanian, Kementerian Perdagangan, Badan Koordinasi Penanaman Modal, Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kabupaten/Kota, sektor perbankan, dunia usaha dan masyarakat.

Tabel 1.3.
Prioritas, Output, dan Target
Bidang Ketenagakerjaan,
Tahun 2010-2014

Prioritas	Output	Target				
		2010	2011	2012	2013	2014
Pertumbuhan Ekonomi (%)	Meningkat	5,5 - 5,6	6,0 - 6,3	6,4 - 6,9	6,7 - 7,4	7,0 - 7,7
Pertumbuhan Investasi (%)	Meningkat	7,2 - 7,3	7,9 - 10,9	8,4 - 11,5	10,2 - 12,0	11,7 - 12,1
Pertumbuhan PDB sisi Produksi (%)	Meningkat					
- Pertanian		3,3 - 3,4	3,4 - 3,5	3,5 - 3,7	3,6 - 3,8	3,7 - 3,9
- Industri Pengolahan		4,2 - 4,3	5,9 - 5,4	5,7 - 6,5	6,2 - 6,8	6,5 - 7,3
- Lainnya		6,5 - 6,7	7,0 - 7,3	7,3 - 7,7	7,5 - 8,4	7,8 - 8,6
Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) (%)	Menurun	7,6	7,3 - 7,4	6,7 - 7,0	6,0 - 6,6	5,0 - 6,0

Sumber:
RPJMN 2010-2014

Target 1C:

Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990-2015

Indikator

1.8. Prevalensi balita dengan berat badan rendah / kekurangan gizi:

Acuan dasar (1989) : 31,00 persen (Susenas)
Saat ini (2007) : 18,4 persen (Riskesdas)
Target (2015) : 15,5 persen

1.8a. Prevalensi balita gizi buruk:

Acuan dasar (1989) : 7,20 persen (Susenas)
Saat ini (2007) : 5,4 persen (Riskesdas)
Target (2015) : 3,6 persen

1.8b. Prevalensi balita gizi kurang:

Acuan dasar (1989) : 23,80 persen (Susenas)
Saat ini (2007) : 13,0 persen (Riskesdas)
Target (2015) : 11,9 persen

1.9. Proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum:

1.9a. 1400 Kkal/kapita/hari

Acuan dasar (1990) : 17,00 persen (Susenas)
Saat ini (Maret 2009): 14,47 persen (Susenas)
Target (2015) : 8,5 persen

1.9b. 2000 Kkal/kapita/hari:

Acuan dasar (1990) : 64,21 persen (Susenas)
Saat ini (2009) : 61,86 persen (Susenas)
Target (2015) : 35,32 persen

Status Saat Ini

Keadaan 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. Kasus kekurangan gizi pada anak balita yang diukur dengan prevalensi anak balita gizi kurang dan gizi buruk digunakan sebagai indikator kelaparan, karena mempunyai keterkaitan yang erat dengan kondisi kerawanan pangan di masyarakat dan berdampak nyata terhadap pencapaian tujuan MDGs lainnya, seperti angka kematian anak dan akses terhadap pendidikan. Sejak tahun 1989 pemerintah telah mengumpulkan data anthropometri untuk berat badan menurut umur (BB/U) anak balita. Data tersebut digunakan untuk menentukan status gizi



Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

Pojok Gizi

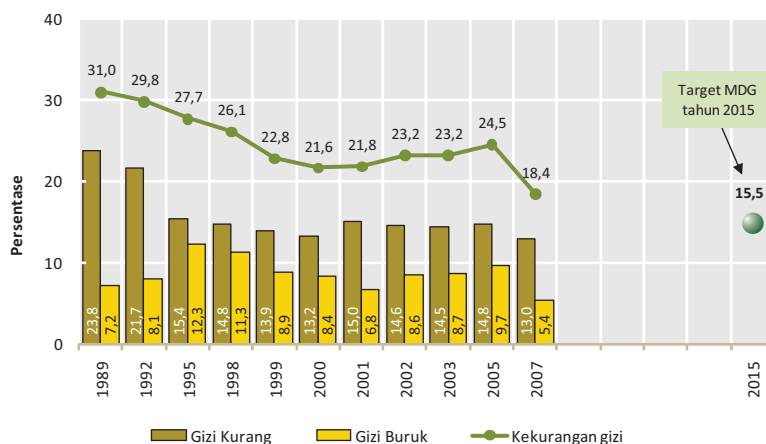


balita dengan menggunakan standard Pusat Nasional Statistik Kesehatan Amerika Serikat (*US National Center for Health Statistic, NCHS*) yang direkomendasikan WHO. Dengan menggunakan standar tersebut prevalensi kekurangan gizi pada balita dapat digolongkan ke dalam gizi kurang dan gizi buruk. Berdasarkan standar *NCHS* prevalensi kekurangan gizi pada balita adalah sebesar 37,5 persen, dan data ini telah digunakan dalam semua laporan resmi Pemerintah termasuk dalam laporan MDGs. Target MDG yang ditetapkan adalah setengah dari angka kurang gizi pada tahun 1989 yaitu sebesar 18,75 persen.

Pada tahun 2006, secara resmi WHO mengeluarkan standar baru untuk menilai tumbuh kembang anak 0-5 tahun. Standar ini dikembangkan berdasarkan studi yang cukup lama antara tahun 1997 sampai 2003 yang disebut *Multicentre Growth Reference Study (MGRS)*. Tujuan dari *MGRS* adalah untuk membuat kurva baru pertumbuhan dan perkembangan anak di seluruh dunia, dan telah direkomendasikan secara global untuk dimanfaatkan dalam penilaian status gizi pada balita. Standar baru WHO ini digunakan untuk menganalisis data anthropometri hasil Riskesdas 2007. Selain itu dilakukan juga analisis ulang terhadap data anthropometri tahun 1989 sampai tahun 2005 untuk menentukan prevalensi kekurangan gizi, agar diperoleh perbandingan data setiap tahunnya. Berdasarkan penghitungan dengan menggunakan standar WHO prevalensi kekurangan gizi pada balita adalah sebesar 31,0 persen sehingga target MDG ditetapkan sebesar 15,5 persen.

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 kekurangan gizi anak balita kembali menurun menjadi 18,4 persen (Riskesdas 2007). Dengan melihat kecenderungan ini diharapkan target MDG sebesar 15,5 persen dapat tercapai pada tahun 2015 (**Gambar 1.12**). 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) pada anak balita menjadi 15,0 persen.



Gambar 1.12.
Target MDG dan Perkembangan
Prevalensi Kekurangan Gizi pada
Balita, Tahun 1989-2007

Sumber:
BPS, Susenas berbagai tahun;
Kemkes, Riskesdas 2007,
menggunakan standar WHO (2005).

Kotak 1.2. Standar pengukuran status gizi

Indeks antropometri berdasarkan berat badan menurut umur (BB/U) pada anak balita 0-59 bulan secara berkala dikumpulkan melalui Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) dari tahun 1989 sampai dengan 2005. Informasi berat badan menurut umur dianalisis menjadi status gizi dengan menggunakan rujukan *the US National Center for Health Statistic (NCHS)* yang direkomendasikan oleh *World Health Organization (WHO)*. Angka status gizi menurut rujukan *NCHS/WHO* ini sudah dipergunakan secara luas di Indonesia. Pada April 2006, *WHO* mengeluarkan standar baru secara resmi untuk menilai tumbuh kembang anak 0-5 tahun. Standar ini dikembangkan dari studi yang cukup lama antara tahun 1997 sampai 2003 yang disebut *Multicentre Growth Reference Study (MGRS)*. Tujuan dari *MGRS* adalah untuk membuat kurva baru pertumbuhan dan perkembangan anak di seluruh dunia. Standar ini dibuat berdasarkan sampel anak yang dirandom dari populasi di 6 negara: Brazil, Ghana, India, Norwegia, Oman, dan Amerika yang terdiri dari 8.500 anak sehat yang diberi ASI. Perhitungan standar ditentukan berdasarkan dua jenis survei: *longitudinal* terhadap anak umur 0-24 bulan dan survei *cross-sectional* anak usia 18-71 bulan.

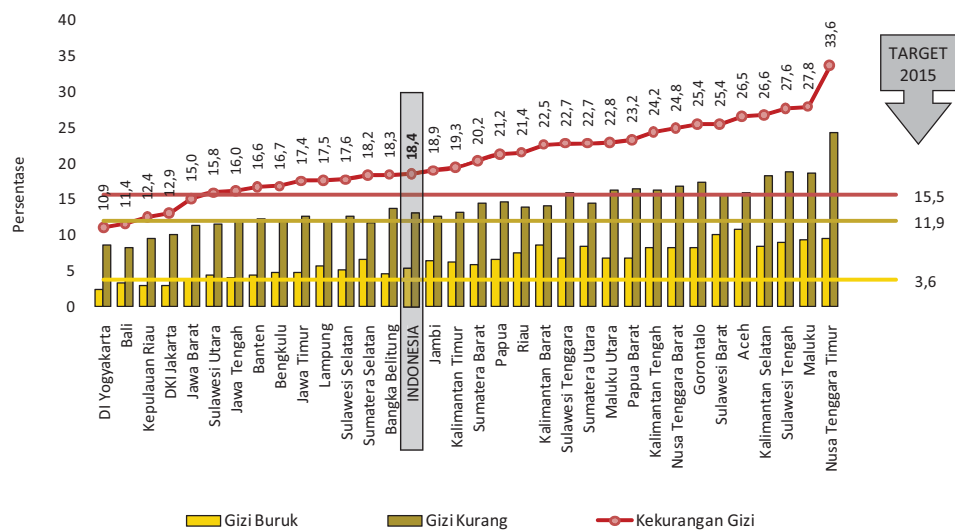
Standar antropometri yang dihasilkan dari analisis dengan menggunakan *MGRS* diperoleh data yang dianggap baik, karena dipilih sampel anak yang berasal dari keluarga sehat dan sejahtera, tinggal di lingkungan yang memungkinkan anak mencapai potensi pertumbuhan genetiknya. Ibu dari anak yang dijadikan sampel merupakan ibu yang mempraktikkan pemberian ASI dan berperilaku tidak merokok. Perbedaan antara standar *WHO* 2005 dan rujukan *NCHS/WHO* adalah pada populasi dan metodologi. Standar *WHO* 2005 telah direkomendasikan secara global untuk digunakan dalam penilaian status gizi pada balita. Standar *WHO* 2005 ini mencakup indeks antropometri: Berat Badan menurut Umur (BB/U), Panjang Badan atau Tinggi Badan menurut Umur (PB/U atau TB/U), Berat Badan menurut Panjang Badan atau Tinggi Badan (BB/PB atau BB/TB), dan Indeks Massa Tubuh menurut Umur (IMT/U). Keseluruhan indeks antropometri ini dibedakan menurut jenis kelamin. Setelah dilakukan berbagai agenda sosialisasi oleh *WHO* mengenai standar baru ini, Indonesia sepakat untuk menggunakan standar *WHO*.



Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

Disparitas prevalensi kekurangan gizi pada balita antarprovinsi masih merupakan masalah. 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 kekurangan gizi pada balita berkisar dari 10,9 persen (DI Yogyakarta) sampai dengan 33,6 persen (Nusa Tenggara Timur). Selain Nusa Tenggara Timur, daerah-daerah yang memiliki prevalensi balita kekurangan gizi jauh di atas target MDG adalah Maluku (27,8 persen), Sulawesi Tengah (27,6 persen), Kalimantan Selatan (26,6 persen), dan Aceh (26,5 persen) (**Gambar 1.13**).

Gambar 1.13.
Prevalensi Anak Balita Kekurangan Gizi, Menurut Provinsi, Tahun 2007



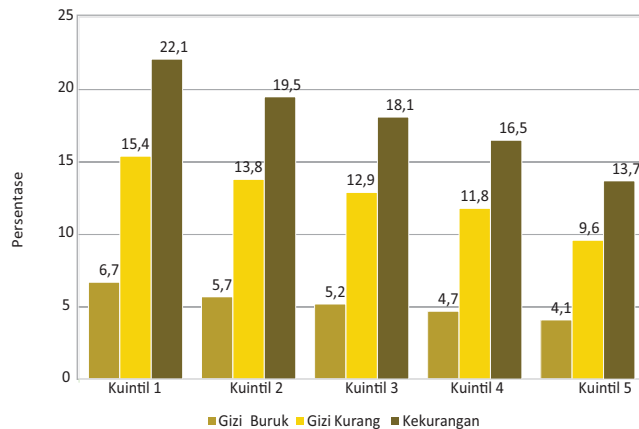
Sumber:
Kemkes, Riskesdas 2007

Lebih lanjut, kesenjangan status gizi balita terjadi antardaerah. Anak balita di perdesaan yang menderita gizi kurang masih berkisar pada angka 20,4 persen, sedangkan di perkotaan sebesar 15,9 persen. Data ini menunjukkan bahwa prevalensi kekurangan gizi pada anak balita terutama di daerah perdesaan masih berada di atas target MDG. Data pada **Tabel 1.4** menunjukkan bahwa prevalensi balita gizi buruk masih sebesar 5,4 persen yang berarti target MDGs 3,6 persen masih belum dapat dicapai baik untuk daerah perkotaan maupun perdesaan dengan prevalensi berturut-turut sebesar 4,2 dan 6,4 persen. Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa semakin rendah pendapatan maka akan semakin tinggi prevalensi kekurangan gizi, seperti terlihat pada **Gambar 1.14**.

Tabel 1.4.
Prevalensi Anak Balita Kekurangan Gizi, Menurut Daerah Kota-Desa, Tahun 2007

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

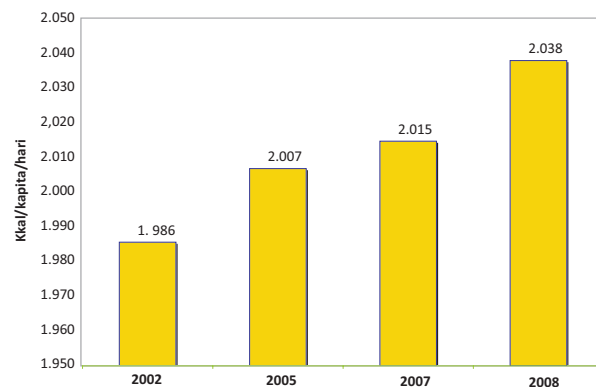
Sumber:
Kemkes, Riskesdas 2007



Gambar 1.14.
Prevalensi Anak Balita
Kekurangan Gizi,
Menurut Kelompok Pendapatan,
Tahun 2007

Sumber:
Kemkes, Riskesdas 2007.

Jumlah penduduk dengan asupan kalori harian kurang dari 2.000 kalori masih tinggi. Berdasarkan ukuran asupan kalori harian rata-rata per kapita (*daily dietary energy intake*), perbaikan gizi masyarakat di Indonesia menunjukkan peningkatan yang bermakna. 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 1.15**). Kenyataan ini menegaskan bahwa upaya peningkatan dan perbaikan konsumsi terutama bagi masyarakat miskin masih sangat mendesak untuk dilakukan. Terlebih lagi, penduduk miskin pada umumnya mengkonsumsi makanan yang tidak aman sehingga berdampak buruk terhadap kesehatan dan status gizi mereka.



Gambar 1.15.
Perkembangan Asupan Kalori Rata-
rata Rumah Tangga di Perdesaan dan
Perkotaan,
Tahun 2002-2008

Sumber:
BPS, Susenas (berbagai tahun).

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 perkembangan di masyarakat; (ii) pencegahan penyakit yang berhubungan dengan gizi seperti diare, malaria, TBC, dan HIV dan AIDS; (iii) promosi pola hidup sehat; dan (iv) perbaikan ketahanan pangan. Selain itu pemerintah juga merumuskan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2004-2009 untuk sektor kesehatan yang antara lain meliputi program perbaikan gizi masyarakat.



Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

Tantangan

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.

Masih terbatasnya akses yang memadai bagi masyarakat miskin dan berpendidikan rendah dalam memperoleh pangan yang bergizi dan aman. Masyarakat miskin memiliki kemampuan yang sangat rendah untuk mendapatkan pangan yang dibutuhkan dalam jumlah dan kualitas yang memadai. Asupan makanan yang diperparah dengan pengasuhan anak yang salah menyebabkan anak balita menderita kekurangan gizi. **Tabel 1.5** menyajikan data prevalensi kekurangan gizi pada balita ditinjau dari berbagai karakteristik dan latar belakang keluarga. Secara umum, prevalensi kekurangan gizi pada balita menurun dengan meningkatnya pendidikan dan tingkat pendapatan kepala keluarga (Riskesdas 2007). Dari **Tabel 1.5** terlihat bahwa prevalensi balita kekurangan gizi pada kelompok miskin masih berada di atas target MDG 18,5 persen. 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 (**Tabel 1.5.**). Secara khusus, data Riskesdas

Tabel 1.5.

Prevalensi Anak Balita Kekurangan Gizi dan Kegemukan Berdasarkan Karakteristik Sosial Ekonomi, Tahun 2007

Indikator Perbedaan Sosial-Ekonomi	Prevalensi Status Gizi (%)			
	Gizi Buruk	Gizi Kurang	Gizi Buruk + Gizi Kurang	Kegemukan (Obes)
Gender				
Laki-laki	5,8	13,3	19,1	4,6
Perempuan	5,0	12,7	17,7	4,0
Tingkat Pendidikan Kepala Keluarga				
Tidak pernah bersekolah/tidak lulus Sekolah Dasar	6,8	14,6	21,4	3,6
Lulus Sekolah Dasar	5,8	13,8	19,6	3,7
Lulus Sekolah Menengah Pertama	5,5	13,3	18,8	4,3
Lulus Sekolah Menengah Atas	4,5	11,4	15,9	5,3
Sarjana	3,4	8,9	12,3	7,0
Tingkat Pendapatan Per Kapita				
Kuintil 1	6,7	15,4	22,1	3,9
Kuintil 2	5,7	13,8	19,5	3,6
Kuintil 3	5,2	12,9	18,1	4,2
Kuintil 4	4,7	11,8	16,5	4,6
Kuintil 5	4,1	9,6	13,7	5,9

Sumber:
Kemkes, Riskesdas 2007

2007 menunjukkan bahwa anak balita yang pendek (*stunting*) sangat erat kaitannya dengan kemiskinan adalah sekitar 36,8 persen. Fenomena ini sesuai dengan data dari asupan kalori yang menunjukkan bahwa rumah tangga berpendapatan rendah yang mengkonsumsi kalori jauh di bawah kebutuhan minimum 2.000 Kkal per hari. Dengan demikian, tantangan yang dihadapi adalah memberdayakan masyarakat miskin dan berpendidikan rendah untuk dapat meningkatkan akses terhadap pangan yang bergizi dan aman.

Belum seimbangnya pola konsumsi pangan masyarakat Indonesia. Pola konsumsi pangan yang tidak mencukupi kebutuhan energi dan gizi akan mengakibatkan terjangkitnya penyakit serius dan bahkan kematian sehingga masalah asupan makanan yang tidak seimbang saat ini mendapat perhatian utama. **Tabel 1.6** menggambarkan bahwa secara rata-rata tingkat konsumsi pangan masyarakat Indonesia telah mencapai tingkat asupan kalori minimum sebesar 2.000 kalori/kapita/hari. Tabel ini juga menggambarkan kontribusi jumlah kalori masing-masing kelompok pangan terhadap keseluruhan asupan kalori per kapita per hari, yang menunjukkan bahwa sumber utama dari konsumsi makanan di Indonesia adalah dari padi-padian terutama beras, sementara asupan dari sumber pangan lainnya seperti daging dan sayur mayur masih tetap rendah yang berarti terjadi ketidak-seimbangan pola konsumsi pangan penduduk. Konsumsi beras masyarakat Indonesia adalah sekitar 104,9 kg per kapita per tahun, sementara di Malaysia, Thailand dan Jepang, masing-masing angka konsumsi adalah 80 kg, 90 kg dan 45 kg. Tingginya proporsi sumber karbohidrat dalam pola konsumsi pangan penduduk menunjukkan bahwa kemiskinan adalah faktor utama yang menyebabkan kekurangan gizi. Meskipun kontribusi padi-padian dalam konsumsi pangan masih cukup tinggi, namun data Susenas menunjukkan terjadinya penurunan. Hal ini menunjukkan adanya perubahan pola konsumsi yang membaik dan berkurangnya ketergantungan kepada padi-padian sebagai sumber energi. Berdasarkan ulasan tersebut, tantangan dalam perbaikan gizi masyarakat adalah perbaikan pola konsumsi pangan sesuai kaidah asupan gizi seimbang dengan mendorong percepatan diversifikasi konsumsi.

Kelompok Pangan	2004	2005	2006	2007	2008
Padi-padian	1.024,08	1.009,13	992,93	953,16	968,48
Umbi-umbian	66,91	56,01	51,08	52,49	52,75
Ikan	45,05	47,59	44,56	46,71	47,64
Daging	39,73	41,45	31,27	41,89	38,60
Telur dan susu	40,47	47,17	43,35	56,96	53,60
Sayur-sayuran	38,80	38,72	40,20	46,39	45,46
Kacang-kacangan	62,24	69,97	64,42	73,02	60,58
Buah-Buahan	41,61	39,85	36,95	49,08	48,01
Minyak dan Lemak	236,67	241,87	234,50	246,34	239,30
Bahan minuman	114,75	110,73	103,69	113,94	109,87
Bumbu-bumbuan	16,41	19,25	18,81	17,96	17,11
Konsumsi lainnya	40,16	52,84	48,14	70,93	66,92
Makanan jadi *)	219,18	233,08	216,83	246,04	289,85
Jumlah	1.986,06	2.007,65	1.926,74	2.014,91	2.038,17

Tabel 1.6.
Kontribusi Energi per Kelompok Pangan dalam Pola Makan Rata-Rata (Kalori/Kapita/Hari), Tahun 2004-2008

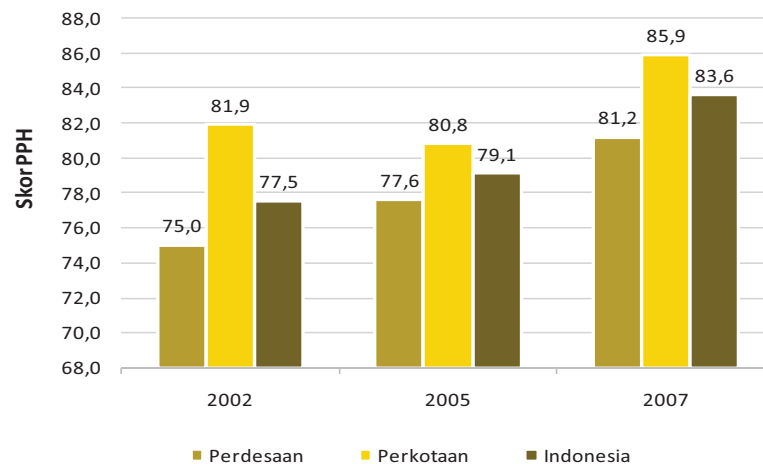
Sumber:
BPS, Susenas, 2004-2008
*)tidak termasuk beralkohol



Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

Masih rendahnya kualitas konsumsi pangan sebagaimana yang diukur oleh skor Pola Pangan Harapan (PPH). Dalam kurun waktu 2002-2007 kualitas konsumsi pangan masyarakat cenderung membaik yang ditunjukkan dengan meningkatnya skor PPH dari 77,5 pada tahun 2002 menjadi 83,6 pada tahun 2007. Perbaikan kualitas konsumsi pangan terjadi baik di wilayah perdesaan maupun perkotaan. Akan tetapi, masih terdapat perbedaan kualitas konsumsi pangan antarwilayah yang ditunjukkan dengan lebih rendahnya skor PPH masyarakat perdesaan dibandingkan dengan masyarakat perkotaan (**Gambar 1.16**). Dengan demikian, tantangan yang dihadapi adalah meningkatkan kualitas konsumsi pangan masyarakat baik di perdesaan maupun di perkotaan melalui percepatan diversifikasi/penganekaragaman konsumsi pangan sehingga skor PPH mendekati angka 100.

Gambar 1.16.
Kecenderungan Skor PPH di
Perdesaan dan Perkotaan,
Tahun 2002-2009



Sumber:
BPS, Susenas, berbagai tahun.

Masih rendahnya pemberian ASI eksklusif. Untuk menekan angka kematian pada bayi, UNICEF dan WHO telah menyarankan bahwa pemberian ASI pada bayi dilakukan secara eksklusif selama 6 bulan. Pemberian ASI harus diteruskan sampai usia dua tahun dengan memberikan makanan pendamping ASI setelah bayi berusia 6 bulan (*WHO Anthropometric Standard, 2005*). Pada tahun 2007 di Indonesia terdapat hanya sekitar 32 persen bayi di bawah usia enam bulan yang menerima ASI eksklusif, dan hanya 41 persen bayi di bawah usia empat bulan yang menerima ASI eksklusif. Survei Kesehatan Demografi Indonesia (SDKI) menunjukkan bahwa jumlah bayi di bawah usia enam bulan yang memperoleh ASI eksklusif menunjukkan penurunan sebesar 8 persen, dari 40 persen pada tahun 2002/2003 menjadi 32 persen pada tahun 2007. Lebih lanjut, hasil survei mengungkapkan bahwa bayi usia kurang dari dua bulan yang memperoleh ASI eksklusif mengalami penurunan dari 64 persen menjadi 48 persen. Penurunan pemberian ASI yang digantikan dengan pemberian susu botol saat ini sangat lazim terjadi di Indonesia. Tiga dari sepuluh anak (28 persen) memperoleh susu botol pada usia dua bulan, yang berarti meningkat sebanyak 11 persen dibandingkan SDKI tahun 2002-2003 (17 persen). Pemberian susu botol biasanya akan meningkatkan risiko penyakit, terutama diare, yang disebabkan oleh kesulitan dalam mensterilisasi botol-botol, terutama di daerah-daerah yang mempunyai tingkat sanitasi rendah. Dengan demikian, memperluas pemberian ASI eksklusif merupakan tantangan dalam upaya perbaikan gizi balita.

Masih rendahnya peranan masyarakat dalam menanggulangi kekurangan gizi. Peran serta masyarakat dalam menanggulangi kekurangan gizi terutama pada anak balita dilakukan melalui kegiatan di Posyandu. Sampai dengan awal tahun 1990, sistem pelayanan melalui posyandu merupakan mekanisme utama untuk pemberian layanan gizi pada tingkat masyarakat. Namun, kegiatan Posyandu mengalami penurunan sejak desentralisasi diberlakukan sebagaimana ditunjukkan dengan adanya disparitas kekurangan gizi antar daerah. Menurunnya fungsi Posyandu ditunjukkan dengan: (i) rendahnya cakupan pelayanan di Posyandu terutama pada keluarga miskin; (ii) menurunnya kegiatan pemantauan pertumbuhan anak (*growth monitoring practices*) dan kehadiran anak di Posyandu. Hal tersebut antara lain disebabkan oleh: (i) kurangnya tenaga gizi di Puskesmas; (ii) kurangnya pelatihan teknis dan profesional dalam menangani kasus kekurangan gizi; (iii) pemberian layanan kesehatan tidak difokuskan pada pemberian layanan gizi yang tepat; (iv) menurunnya partisipasi masyarakat; dan (v) kurangnya kemampuan institusional dinas kesehatan kabupaten dan kota untuk merencanakan, mengelola, memantau dan mengevaluasi serta mendanai program perbaikan gizi. Dengan demikian, tantangannya adalah merevitalisasi atau menggiatkan kembali posyandu terutama dengan memberdayakan masyarakat.

Lemahnya kelembagaan yang bertanggung-jawab dalam upaya perbaikan pangan dan gizi. Tidak memadainya pengembangan kebijakan gizi dan perencanaan program serta pengelolannya, baik dalam kapasitas maupun dalam hubungan kelembagaan. Tidak adanya lembaga yang mampu mengkordinasikan dan menyelaraskan kebijakan gizi di berbagai daerah dan tingkat administrasi. Lembaga ketahanan pangan nasional belum berfungsi secara efektif dalam mengatasi masalah kelaparan dan penanggulangan gizi. Selain itu terdapat perbedaan komitmen dari pemerintah daerah dalam menghadapi kasus kelaparan dan kekurangan gizi, hal ini ditunjukkan dengan adanya disparitas dalam status gizi antar daerah. Advokasi dan sosialisasi untuk mengubah perilaku dalam mengatasi masalah kekurangan gizi belum dilakukan secara optimal. Selain itu sistem kewaspadaan pangan dan gizi (SKPG) tidak lagi berfungsi dengan baik. Dari sudut pandang kelembagaan, tantangan yang ada adalah mengembangkan kelembagaan yang mempunyai kewenangan kuat dalam menanggulangi masalah kelaparan dan kekurangan gizi secara holistik.

Kebijakan dan Strategi

Kebijakan dan strategi dalam rangka menurunkan prevalensi kekurangan gizi pada balita menjadi 15,5 persen pada tahun 2015 dan untuk meningkatkan jumlah penduduk yang mengkonsumsi 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 seperti suplementasi gizi.** Mengembangkan bantuan khusus untuk penduduk miskin bagi provinsi dan kabupaten dengan prevalensi kekurangan gizi tinggi termasuk: (i) pemberian makanan tambahan untuk bayi dan anak balita; (ii) penyediaan makanan tambahan untuk ibu hamil dan menyusui; (iii) pengembangan



Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

program pemberian makanan tambahan di taman kanak-kanak dan sekolah dasar; (iv) meningkatkan program suplementasi zat gizi mikro yang ditujukan khususnya bagi anak balita dan ibu hamil; dan (v) peningkatan akses untuk mendapatkan layanan kesehatan dasar, air minum yang aman dan fasilitas sanitasi. Strategi lainnya yang juga akan dikembangkan meliputi: (i) sosialisasi dan advokasi sehubungan dengan perilaku hidup sehat, terutama untuk mempromosikan pemberian ASI eksklusif dan praktik pemberian makanan pada 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 melalui hal-hal sebagai berikut: (i) merevitalisasi posyandu dengan mengutamakan pemberdayaan masyarakat termasuk mengaktifkan kembali praktik pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak; (ii) mengintegrasikan kegiatan pelayanan gizi pada pendidikan anak usia dini (PAUD); dan (iii) mengembangkan kegiatan gizi melalui masyarakat dengan memberdayakan lembaga masyarakat setempat seperti kelompok pengajian dan organisasi perempuan lainnya.
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 melalui perbaikan teknologi budidaya dan teknologi pengolahan pangan dan advokasi pola gizi seimbang.
4. **Memperkuat lembaga di tingkat pusat dan daerah yang mempunyai kewenangan kuat dalam merumuskan kebijakan dan program bidang pangan dan gizi.** Masalah kerawanan pangan dan rendahnya status gizi masyarakat merupakan masalah multi sektor, baik sektor ekonomi sosial budaya dan politik. Dengan demikian kebijakan dan program yang dirumuskan harus bersifat holistik, sehingga memerlukan suatu kelembagaan yang mempunyai kewenangan yang kuat dan mampu menyelaraskan dan mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan di bidang pangan dan gizi. Berdasarkan hal tersebut akan diperkuat lembaga baik di pusat maupun daerah yang bertanggung jawab terhadap ketahanan pangan dan gizi di daerahnya. Fungsi dari lembaga ini antara lain: (i) menyelaraskan dan mengkoordinasikan kegiatan penanggulangan kelaparan dan kekurangan gizi pada berbagai sektor terkait; (ii) melakukan advokasi kepada para pemangku kepentingan terutama pada pemerintah daerah dan masyarakat untuk meningkatkan komitmen dan alokasi sumberdaya dalam menanggulangi kekurangan gizi; (iii) memperkuat sistem kewaspadaan pangan dan gizi termasuk sistem kewaspadaan dini (*early warning system*); (iv) mengintegrasikan dan menyelaraskan kegiatan perbaikan gizi dalam program penanggulangan kemiskinan; dan (v) memberlakukan sanksi bagi pelanggar hukum dan perundang-undangan tentang pangan dan gizi.

Dalam RPJMN 2010-2014, pemerintah menetapkan sasaran pembangunan untuk mengurangi kasus kekurangan gizi pada anak balita menjadi kurang dari 15,0 persen. Kegiatan-kegiatan

yang akan dilaksanakan meliputi: (i) peningkatan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif; (ii) pemberian makanan pelengkap dan tambahan untuk anak-anak usia 6-24 bulan; (iii) pemberian makanan pelengkap bagi ibu hamil dan menyusui; (iv) penguatan program gizi masyarakat melalui Posyandu; (v) pendidikan gizi dan peningkatan keluarga sadar gizi (kadarzi); (vi) pengelolaan pengurangan kasus kurang gizi di rumah sakit dan Puskesmas; dan (vii) penguatan sistem kewaspadaan pangan dan gizi (SKPG). Sejalan dengan kebijakan dan strategi tersebut di atas Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014 menetapkan prioritas program dan sasaran sebagaimana terlihat pada **Tabel 1.7**.

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Meningkatkan kualitas penanganan masalah gizi masyarakat	Persentase balita gizi buruk yang mendapat perawatan	100	100	100	100	100
	Persentase balita GAKIN 6-24 bulan mendapat MP-ASI	100	100	100	100	100
	Persentase bayi usia 0-6 bulan mendapat ASI eksklusif	65	67	70	75	100
	Cakupan garam beryodium	75	78	80	83	85
	Persentase 6-59 bulan dapat kapsul vitamin A	75	78	80	83	85
	Persentase Puskesmas yang menyelenggarakan pemantauan status gizi dan SKD KLB- Gizi Buruk	100	100	100	100	100
	Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan surveilans gizi	100	100	100	100	100
	Persentase balita ditimbang berat badannya (D/S)	65	70	75	80	85
	Jumlah balita gizi kurang GAKIN mendapatkan PMT pemulihan	100	100	100	100	100
	Jumlah penyediaan <i>bufferstock</i> MP-ASI untuk daerah bencana	100	100	100	100	100
	Persentase keluarga SADAR gizi	60	65	70	75	80

Tabel 1.7.

Prioritas, Output, Target Terkait Pengurangan Prevalensi Kekurangan Gizi, Tahun 2010-2014

Sumber:
RPJMN 2010-2014, Renstra Kemkes
2010-2014 dan Inpres Nomor 3/2010



Murid Sekolah Dasar dan Taman Kanak-Kanak

Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua



Target 2A:

Menjamin pada 2015 semua anak, laki-laki maupun perempuan dimanapun dapat menyelesaikan pendidikan dasar

Indikator:

2.1. Angka Partisipasi Murni (APM) SD/MI/Paket A:

Acuan dasar (1992) : 88,70 persen (Susenas)
Saat ini (2009) : 95,23 persen (Kemdiknas)
Sasaran (2015) : 100,00 persen

2.2. Proporsi murid kelas 1 yang berhasil menamatkan SD/MI:

Acuan dasar (1990) : 62,00 persen (Kemdiknas)
Saat ini (2008) : 93,00 persen (Susenas)
Sasaran (2015) : 100,00 persen

2.3. Angka melek huruf penduduk usia 15-24 tahun, perempuan dan laki-laki:

Acuan dasar (1990) : 96,60 persen (Susenas)
Saat ini (2009) : 99,47 persen (Susenas)
Sasaran (2015) : 100,00 persen

Status Saat Ini

Suasana di Ruang Kelas



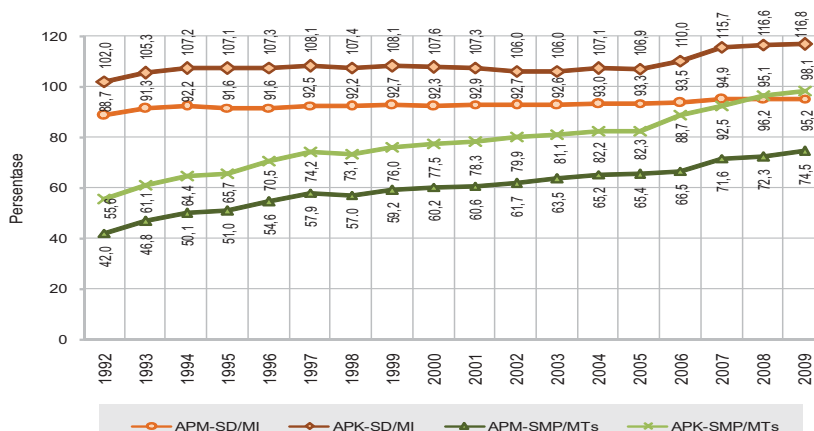
Pemerintah Indonesia menempatkan pendidikan sebagai salah satu dari elemen paling penting dalam pertumbuhan ekonomi dan penanggulangan kemiskinan. Ukuran dan struktur sistem pendidikan di Indonesia menggambarkan besarnya keragaman budaya bangsa. Pada tahun 2008, terdapat lebih dari 55,8 juta siswa yang terdaftar di berbagai jenis dan jenjang pendidikan, termasuk sekitar 29,5 juta siswa sekolah dasar dan madrasah ibtdaiyah (SD/MI), dan lebih dari

3,5 juta guru di sekitar lebih dari 300 ribu sekolah². Sistem pendidikan di Indonesia merupakan ketiga terbesar di Asia dan keempat terbesar di dunia (setelah Cina, India, dan Amerika Serikat). Sejak tahun 2000, manajemen sistem pendidikan didesentralisasikan sehingga pemerintah daerah mempunyai kewenangan dan tanggung jawab yang lebih besar dalam penyelenggaraan pendidikan dasar. Dengan besar dan kompleksnya sistem tersebut Indonesia berhasil menunjukkan kemajuan yang berarti dalam mencapai tujuan MDG. Indonesia menetapkan sasaran pembangunan pendidikan dasar melebihi sasaran yang ditetapkan dalam MDG dengan menambahkan jenjang sekolah menengah pertama termasuk madrasah tsanawiyah (SMP/MTs) sebagai sasaran.

Berbagai kebijakan dan program telah diluncurkan dalam upaya mempercepat pencapaian tujuan MDGs pada tahun 2015. Sebelum MDGs ditetapkan, pada tahun 1994 pemerintah Indonesia mencanangkan Wajib Belajar Pendidikan Dasar 9 Tahun (*Compulsory Basic Education/CBE*) yang bertujuan untuk memastikan semua warga negara yang berusia 7–15 tahun mendapatkan pendidikan dasar sampai lulus jenjang SMP/MTs. UUD 1945 dan Undang-Undang Nomor 20/2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional juga mengharuskan pemerintah untuk mengadakan layanan pendidikan dasar tanpa dipungut biaya. Sejalan dengan hal tersebut, Rencana Strategis - RENSTRA pendidikan nasional 2005-2009 dan Rencana Kerja Pendidikan Untuk Semua (*Education for All/EFA*) telah diselaraskan.

Gambar 2.1.

Kecenderungan Angka Partisipasi Murni (APM) dan Angka Partisipasi Kasar (APK) SD dan SMP (Termasuk Madrasah), Tahun 1992-2009

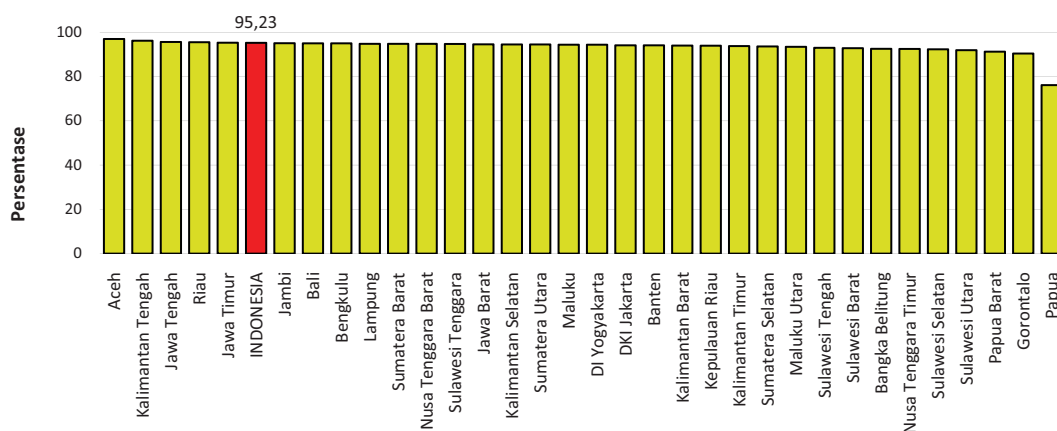


Sumber:

BPS, Susenas dan Statistik Kemdiknas.

² Kementerian Pendidikan Nasional, 2009, *Indonesia Educational Statistics in Brief 2007/2008*.

Didukung oleh peraturan perundangan, pembangunan pendidikan di Indonesia berhasil mengurangi kesenjangan antara laki-laki dan perempuan, antarkelompok pendapatan, dan antardaerah terutama pada tingkat sekolah dasar. Angka partisipasi kasar (APK) tingkat sekolah dasar (SD/MI) telah melampaui angka 100 persen (*universal coverage*) pada awal tahun 1980-an, dan tetap tinggi meskipun terjadi krisis keuangan pada akhir tahun 1990. Pada tahun 2008/09 APK SD/MI termasuk Paket A telah mencapai 116,77 persen dan angka partisipasi murni (APM) sekitar 95,23 persen. Pada tahun yang sama, APK dan APM jenjang SMP/MTs/Paket B masing-masing adalah 98,11 persen dan 74,52 persen (**Gambar 2.1**). Pada tingkat sekolah dasar (SD/MI), disparitas partisipasi pendidikan antarprovinsi sudah sangat kecil. Susenas 2009 menunjukkan bahwa APM SD/MI di semua provinsi telah mencapai lebih dari 90,0 persen, kecuali Provinsi Papua dengan APM sebesar 76,09 persen (**Gambar 2.2**). Perlu dicatat bahwa angka APM 100 persen pada tingkat sekolah dasar tidak mungkin tercapai terutama karena terdapat banyak anak usia di bawah 7 tahun telah masuk sekolah dasar (SD/MI), dan sebagian usia 12 tahun sudah menjadi siswa pada sekolah menengah pertama (SMP/MTs). Dengan demikian, untuk mengukur pencapaian sasaran pendidikan universal bagi anak usia 7-12 tahun dapat digunakan angka partisipasi sekolah (APS)³. Pada tahun 2008 APS kelompok usia 7-12 mencapai sekitar 97,8 persen.



Gambar 2.2.
Angka Partisipasi Murni SD (Termasuk Madrasah) Menurut Provinsi, Tahun 2009

Sumber:
BPS, Susenas 2009 dan Kemdiknas 2008/2009

Jumlah murid kelas 1 sekolah dasar (SD/MI) yang berhasil lulus menunjukkan perkembangan yang membaik. Data Susenas menggambarkan bahwa anak usia 16-18 tahun yang menyelesaikan pendidikan sekolah dasar (SD/MI) meningkat dari 87,8 persen pada tahun 1995 menjadi 93,0 persen pada tahun 2008 (**Gambar 2.3**). Hal ini menunjukkan adanya penurunan angka putus sekolah pada tingkat sekolah dasar termasuk madrasah ibtidaiyah.

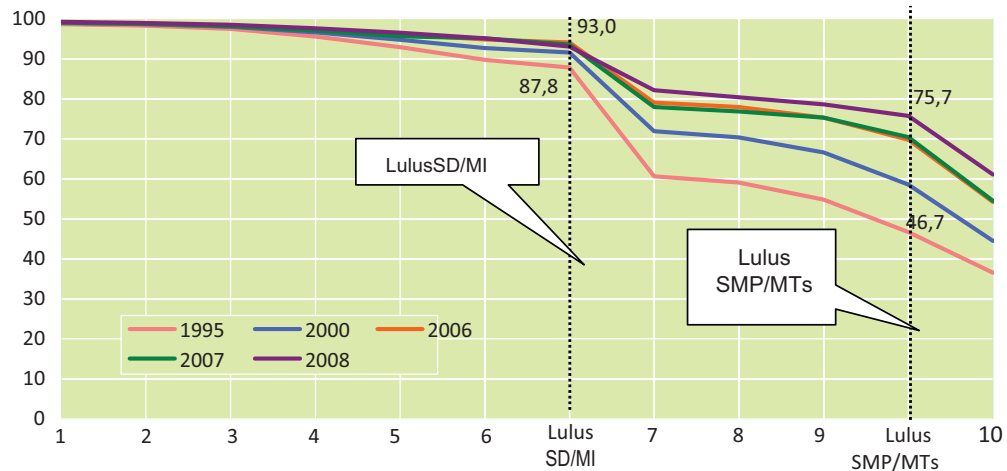
³ Angka Partisipasi Sekolah (APS) usia 7-12 tahun (APS 7-12) didefinisikan sebagai banyaknya anak usia 7-12 tahun yang sekolah baik di tingkat SD/MI dan sederajat maupun di tingkat SMP/MTs dan sederajat.



Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua

Gambar 2.3.

Kecenderungan Pendidikan Tertinggi Yang Pernah Diikuti Oleh Penduduk Usia 16-18 Tahun, Tahun 1995-2008



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

Angka melek huruf penduduk Indonesia berusia 15-24 tahun terus mengalami peningkatan.

Angka melek huruf telah digunakan sebagai indikator tercapainya *Education for All (EFA)* dan MDG dan berperan penting dalam meningkatkan standar hidup masyarakat. Melek huruf merupakan prasyarat utama yang memungkinkan seseorang mengakses informasi dan pengetahuan serta memiliki kemampuan untuk memperoleh pekerjaan demi kehidupan yang lebih baik. Data Susenas tahun 1992-2009 menunjukkan bahwa angka melek huruf penduduk usia 15-24 tahun meningkat dari 96,70 persen pada tahun 1992 menjadi 99,47 persen pada tahun 2009. Pada kurun waktu 1995-2006, angka melek huruf untuk kelompok paling miskin meningkat tajam dari 92,9 persen (1995) menjadi 97,8 persen (2006) untuk kelompok usia 15-24 tahun (*UNESCO*, 2006). Peningkatan angka melek huruf terjadi antara lain karena peningkatan partisipasi sekolah pada jenjang pendidikan dasar dan meningkatnya proporsi siswa yang menamatkan SD/MI/Paket A.

Selain peningkatan akses untuk memperoleh pendidikan, kualitas pendidikan juga menjadi perhatian pemerintah.

Diukur berdasarkan standar internasional, kualitas pendidikan di Indonesia masih tergolong rendah. Lulusan pendidikan dasar sembilan tahun tidak memiliki kecakapan yang cukup untuk berkarya dengan baik di dalam kehidupan dan di dunia kerja. Hasil *Third International Mathematics Science Study (TIMSS 2003)* menunjukkan prestasi murid Indonesia berada di peringkat ke-34 dari 45 negara. Pada tahun 2006, *Program for International Student Assessment (PISA)* yang menguji kesiapan anak berusia 15 tahun menunjukkan rata-rata skor kemampuan membaca anak-anak Indonesia baru mencapai 393 di bawah rata-rata skor anak-anak di negara *OECD* yaitu sebesar 492. Hal ini menyebabkan Indonesia berada pada peringkat ke-44 dari 57 negara. Rendahnya kemampuan membaca anak berusia 15 tahun antara lain disebabkan oleh kurangnya buku bacaan dan rendahnya minat baca.

Tantangan

Meningkatkan pemerataan akses secara adil bagi semua anak, baik anak laki-laki maupun perempuan, untuk mendapatkan pendidikan dasar yang berkualitas di semua daerah merupakan tantangan utama dalam percepatan pencapaian sasaran MDG bidang pendidikan.

Banyak faktor kritis yang menentukan baik pada sisi permintaan (*demand*) maupun sisi penawaran/layanan (*supply*). Dari sisi permintaan, faktor kemiskinan menjadi penyebab utama rendahnya akses untuk memperoleh pendidikan. Dari sisi pelayanan, beberapa faktor yang menghalangi pencapaian sasaran-sasaran MDG bidang pendidikan adalah: (i) keterbatasan sarana dan prasarana pendidikan termasuk perlengkapan belajar-mengajar; (ii) belum semua guru memenuhi kualifikasi akademik dan memiliki motivasi untuk bertugas di daerah terpencil dan tertinggal; (iii) kurikulum yang kurang relevan dan proses belajar-mengajar yang berkualitas rendah; dan (iv) keterbatasan dana untuk operasional sekolah. Selain itu, lemahnya tatakelola pendidikan berkontribusi terhadap rendahnya akses anak-anak terhadap pendidikan yang berkualitas.

Menjangkau anak-anak yang tidak terjangkau yang terutama disebabkan oleh kemiskinan merupakan tantangan utama dalam mencapai target MDG bidang pendidikan.

Bagi masyarakat miskin, biaya pendidikan seringkali memberatkan sehingga menyebabkan anak-anak tidak dapat bersekolah. Angka partisipasi sekolah anak-anak usia 7-12 tahun sekitar 97,80 persen menunjukkan bahwa ada sekitar dua persen anak-anak usia tersebut yang belum sekolah. Kemiskinan adalah faktor utama rendahnya angka partisipasi pendidikan dasar, di mana 70 persen siswa yang tidak bersekolah disebabkan oleh ketidakmampuan keuangan (AIBEP 2008). Tidak sedikit anak-anak yang terpaksa bekerja dan meninggalkan sekolah. Berbagai program pemerintah yang bertujuan untuk membantu biaya untuk orang tua tidak mampu dan meningkatkan sarana seperti BOS, BOS Buku, dan BSM (Beasiswa Siswa Miskin) telah memberikan kontribusi dalam meningkatkan pemerataan akses pendidikan. Pelaksanaan program BOS secara nasional telah memberikan dampak positif terhadap pemerataan akses pendidikan, terutama bagi masyarakat miskin baik di perdesaan maupun perkotaan. Penyediaan dana BOS ditujukan untuk mendukung implementasi kebijakan pendidikan dasar tanpa dipungut biaya. Akan tetapi, keluarga miskin masih menghadapi kesulitan untuk memenuhi biaya pendidikan seperti biaya transportasi, buku, dan pakaian seragam⁴ (Bappenas, 2009). Dengan demikian, tantangan besar yang dihadapi adalah memastikan bahwa anak-anak yang berasal dari kelompok masyarakat miskin dapat mempunyai kesempatan dan akses terhadap pendidikan dasar berkualitas dengan memastikan bahwa program-program ini diperkuat, dipercepat dan lebih difokuskan pada daerah dan kelompok masyarakat yang sangat memerlukan untuk mengurangi disparitas tingkat partisipasi yang tajam antarprovinsi dan kabupaten/kota.

⁴ Banyak sekolah di Indonesia mensyaratkan murid-muridnya untuk memakai enam seragam berbeda dalam satu minggu (misalnya merah dan putih, batik, gamis, pramuka, olah raga). Di banyak negara, hanya satu seragam yang disyaratkan untuk mengurangi beban orang tua.



Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua

Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)



Meningkatkan kesiapan anak bersekolah (*school readiness*) untuk menurunkan angka putus sekolah dan meningkatkan angka kelulusan pada jenjang pendidikan dasar. Berbagai penelitian mengemukakan bahwa kabupaten/kota dengan tingkat partisipasi taman kanak-kanak yang tinggi cenderung memiliki angka putus sekolah yang rendah di tingkat sekolah dasar. Keikutsertaan anak-anak pada program pengembangan dan pendidikan anak usia dini (*early childhood education and development-ECED*) telah meningkatkan kesiapan anak untuk mengikuti pendidikan di sekolah dasar karena potensi anak yang meliputi kemampuan kognitif, emosional dan sosial terbina dengan baik. Program pendidikan anak usia dini (PAUD) yang diselenggarakan oleh Kementerian Pendidikan Nasional (Kemdiknas) bekerja sama dengan pemerintah daerah belum serasi dengan program sejenis seperti Bina Keluarga Balita (BKB) yang dikembangkan oleh instansi lain. Oleh karena itu, hanya sebagian kecil dari 28 juta anak Indonesia antara usia 0-6 tahun yang dapat ikut serta dalam program ini. Kemdiknas melaporkan sekitar 27 persen anak usia 4-6 tahun mendapatkan layanan pendidikan pra-sekolah termasuk PAUD. Keikutsertaan anak-anak di perdesaan lebih rendah daripada anak-anak di perkotaan dengan kesenjangan tingkat partisipasi mencapai 15 persen di beberapa provinsi. 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. Oleh karena itu, tantangan utama yang dihadapi adalah memperluas program pengembangan dan pendidikan anak usia dini (PAUD) secara holistik dan terintegrasi dengan jangkauan yang

lebih luas di semua daerah terutama untuk kalangan tidak mampu. Hal ini ditujukan untuk memastikan anak-anak mempunyai kesiapan yang memadai untuk bersekolah sehingga dapat menurunkan angka putus sekolah dan meningkatkan kualitas belajar-mengajar.

Meningkatkan kualitas pendidikan nonformal bagi anak-anak putus sekolah dan yang tidak mampu mengenyam pendidikan formal di sekolah. Pendidikan nonformal mempunyai peran yang penting dalam memberi kesempatan pendidikan kepada anak yang sama sekali tidak mampu bersekolah maupun putus sekolah karena alasan ekonomi atau lainnya untuk dapat kembali masuk ke sekolah. Penyelenggaraan program nonformal yang dikenal dengan 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. Dengan demikian, tantangan yang dihadapi adalah meningkatkan akses dan kualitas program kesetaraan untuk anak laki-laki dan perempuan terutama di daerah miskin, tertinggal, dan terpencil.

Menyediakan sarana dan prasarana pendidikan yang memadai termasuk buku dan peralatan belajar-mengajar merupakan salah satu tantangan untuk mencapai tujuan MDG bidang pendidikan. Masih banyak ditemukan ruang-ruang kelas SD/MI yang rusak, terutama di daerah terpencil, terisolir, kepulauan, dan perbatasan. Rehabilitasi ruang kelas SD/MI yang diperluas melalui DAK sejak tahun 2005 belum seluruhnya tuntas. 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. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 20/2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, pemerintah menerbitkan Peraturan Pemerintah Nomor 19/2005 tentang Standar Nasional Pendidikan (SNP) yang ditujukan agar pendidikan memenuhi standar yang ditetapkan, termasuk standar sarana dan prasarana pendidikan. Untuk memantau pelaksanaan standar nasional dibentuk suatu lembaga mandiri, yaitu Badan Standar Nasional Pendidikan (BSNP). Selain itu, pemerintah juga mengembangkan standar pelayanan minimal (SPM) untuk pendidikan dasar yang mendefinisikan “kualitas dan kuantitas” dari layanan pendidikan yang harus tersedia. Implementasi SPM harus dikaitkan secara jelas dengan tanggung jawab provinsi dan kabupaten/kota dalam penyelenggaraan pendidikan agar secara bertahap memenuhi SNP. Untuk itu, percepatan pengadaan sarana dan prasarana untuk memenuhi SPM akan diarahkan pada daerah miskin dan tertinggal. Oleh karena itu, tantangan yang dihadapi adalah meningkatkan ketersediaan sarana dan prasarana yang berkualitas meliputi percepatan penuntasan rehabilitasi gedung sekolah yang rusak; peningkatan ketersediaan buku mata pelajaran dan peralatan belajar-mengajar; serta peningkatan ketersediaan dan kualitas perpustakaan sehingga dapat memenuhi standar pelayanan minimal (SPM).

Meningkatkan tenaga guru yang memenuhi standar kualifikasi akademik di seluruh wilayah untuk meningkatkan kualitas pendidikan. Terdapat hubungan erat antara kualifikasi akademik guru dengan keberhasilan pendidikan dan kualitas hasil belajar. Pemerintah menyadari bahwa



Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua

perbaikan kualitas tidak mungkin dapat dilaksanakan apabila kesejahteraan tenaga pengajar tidak terjamin. Pada bulan Desember 2005, DPR telah mengesahkan Undang-Undang Guru dan Dosen (Undang-Undang Nomor 14/2005) yang mensyaratkan guru untuk memiliki kualifikasi minimum akademik sedikitnya empat tahun untuk pendidikan diploma (D4) atau Sarjana (S1). Akan tetapi, pada tahun 2009, sekitar 57,4 persen dari 2,6 juta guru masih belum memiliki kualifikasi akademik sesuai dengan yang ditetapkan (**Tabel 2.1**). Selain itu, terdapat distribusi guru yang tidak merata baik di daerah perkotaan maupun perdesaan. Data Kemdiknas menunjukkan bahwa sekitar 37 persen daerah perdesaan dan 21 persen daerah perkotaan mengalami kekurangan guru. Bahkan sekitar 66 persen sekolah di daerah terpencil dan tertinggal mengalami kekurangan guru (**Gambar 2.4**). Sebagai akibat dari kekurangan tenaga guru di daerah terpencil, beberapa guru memiliki beban kerja yang berlebih. Hal ini mengakibatkan proses-belajar mengajar tidak berjalan sebagaimana mestinya. Berdasarkan uraian di atas, tantangan yang dihadapi adalah meningkatkan kualifikasi akademik dan profesionalisme guru serta meningkatkan pemerataan distribusinya.

Tabel 2.1.

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

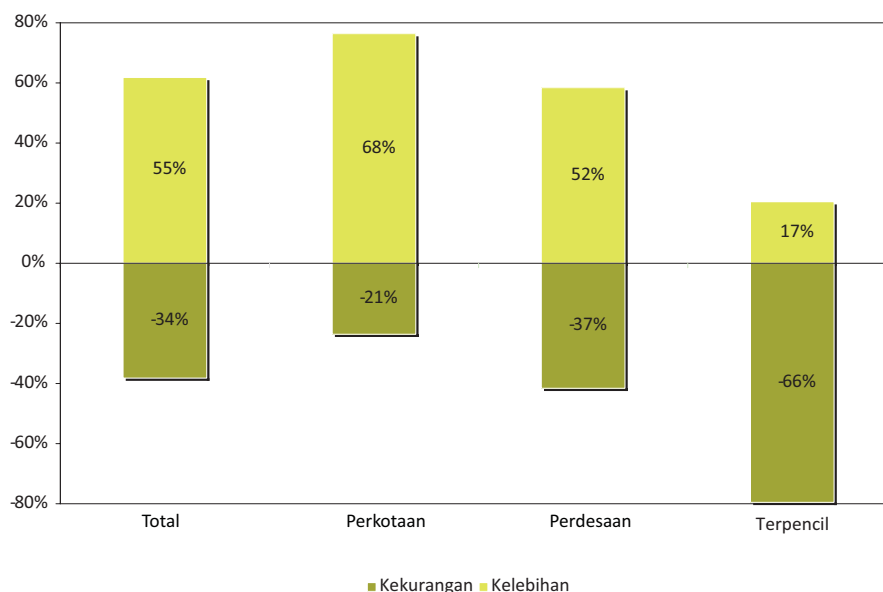
Tingkat Pendidikan	Jumlah Guru				Proporsi (%)			
	≤ SMA	Diploma 1-3	≥ Dipl. 4/ S1	Total	≤ SMA	Di-ploma 1-3	≥ Dipl. 4 / S1	Total
TK	119.984	71.08	32.378	223.422	53,70	31,81	14,49	100
SD	374.728	758.294	364.637	1.497.659	25,02	50,83	24,35	100
SMP	29.083	101.890	341.972	502.915	5,78	20,26	73,96	100
SMA / 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

Sumber:

Ditjen Peningkatan Mutu Pendidik dan Tenaga Kependidikan, Kemdiknas, 2010
Catatan: *) tidak termasuk guru madrasah

Gambar 2.4.

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



Sumber:

Indikator Pendidikan di Indonesia, Kemdiknas 2007/2008.

Melakukan pengayaan kurikulum pendidikan dasar untuk meningkatkan kualitas siswa yang meliputi *soft-skill* dan kecerdasan jamak (*multiple intellegences*). Kurikulum pada sistem pendidikan dasar dianggap cenderung hanya memberikan teori, terlalu menekankan pada kemampuan kognitif, dan tidak memberikan bekal yang memadai pada pengembangan keterampilan untuk bisa menjalani kehidupan dengan baik (*life skill*). Kurikulum dan proses pembelajaran tidak memberdayakan murid-murid untuk mengembangkan kecerdasan jamak (*multiple intellegences*) yang tidak hanya mencakup kecerdasan intelektual tetapi juga emosional dan spiritual. Pembangunan watak atau karakter tidak dirancang dan dikembangkan dengan baik dalam struktur dan proses belajar-mengajar. Buku-buku dan materi pelajaran lainnya tidak mendukung pengembangan moral karakter anak. Padahal keberhasilan seseorang dalam menjalani hidup dan kehidupan tidak hanya ditentukan oleh kecerdasan intelektual (*IQ*) dan keterampilan teknis (*hard skill*), namun sebagian besar sangat ditentukan oleh kecerdasan emosional, spiritual, dan sosial serta *soft skill* seperti disiplin, semangat juang, toleran, dan kemampuan komunikasi. Dengan demikian, tantangan yang dihadapi adalah memperbaiki kurikulum dan meningkatkan kualitas proses belajar-mengajar dengan memperkuat pengayaan *soft-skill* dan pendidikan akhlak mulia yang didukung oleh lingkungan sekolah yang kondusif.

Mengembangkan sistem pembiayaan dan mekanisme transfer yang lebih baik untuk meningkatkan efisiensi, akuntabilitas, dan keadilan dalam pembiayaan serta untuk menjamin pemerataan akses terhadap pendidikan dasar berkualitas. Sejalan dengan rencana reformasi pendidikan untuk mempercepat upaya pencapaian tujuan MDG bidang pendidikan, pemerintah telah meningkatkan anggaran pendidikan secara signifikan. Dari tahun 2001 sampai dengan 2009, alokasi biaya pendidikan meningkat dari 2,8 persen menjadi 3,7 persen dari PDB atau dari 11,4 persen menjadi 20 persen dari total pengeluaran pemerintah. Secara keseluruhan, pengeluaran biaya pendidikan, termasuk sumber-sumber daya di daerah telah meningkat tiga kali lipat sejak tahun 2000. Walaupun demikian, alokasi sumber daya antara sekolah negeri dengan swasta, dan antara daerah kaya dan miskin belum sepenuhnya berkeadilan sehingga menimbulkan kesenjangan kualitas sekolah yang cukup besar di lingkungan dengan status sosial ekonomi yang berbeda. Pemerintah berupaya untuk mengatasi kesenjangan tersebut dengan menyediakan Dana Alokasi Khusus (DAK) bagi pemerintah daerah yang digunakan untuk merehabilitasi sekolah dasar yang rusak. Sejak tahun 2005, pemerintah juga telah menyediakan dana BOS yang disalurkan langsung ke sekolah-sekolah termasuk madrasah, baik negeri maupun swasta, untuk mengurangi beban biaya operasional sekolah. Dana hibah BOS diberikan kepada sekolah dasar dan sekolah menengah pertama berdasarkan jumlah murid. Semua sekolah dasar dan sekolah menengah pertama memenuhi syarat untuk memperoleh dana BOS tanpa memandang kemampuan keuangan mereka. Selain itu peningkatan transfer alokasi anggaran pendidikan ke daerah juga mengakibatkan terjadinya pengurangan anggaran pendidikan di beberapa daerah (efek substitusi). Kebutuhan yang terus meningkat dan keterbatasan sumber daya menuntut peningkatan efisiensi alokasi pada tahap perencanaan dan penganggaran di samping efisiensi teknis dalam pelaksanaan anggaran. Untuk itu, diperlukan upaya untuk terus menyelaraskan penyaluran sumber daya dari pusat dan daerah ke sekolah. Intervensi kebijakan yang dibiayai melalui berbagai sumber perlu diselenggarakan secara harmonis dan transparan agar tidak menimbulkan fragmentasi strategi kebijakan, serta



Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua

pendanaan dan manajemen ganda. Berdasarkan paparan tersebut di atas, tantangan yang dihadapi untuk mewujudkan pembiayaan pendidikan yang berkeadilan adalah merumuskan alokasi dan mekanisme penyaluran dana yang efisien, efektif, dan akuntabel sehingga pendidikan dasar yang bermutu dapat terjangkau oleh semua.

Meningkatkan akuntabilitas dan efisiensi manajemen pendidikan dalam era desentralisasi.

Keputusan Indonesia untuk mendesentralisasikan pemerintahan telah mengubah bentuk dan tingkat pemberian layanan masyarakat termasuk pendidikan. Dengan desentralisasi pendidikan tanggung jawab utama, wewenang, dan pengelolaan sumber daya pendidikan didelegasikan kepada pemerintah daerah, sehingga diharapkan terjadi efisiensi dan efektivitas dalam penyelenggaraan pendidikan karena pelayanan menjadi lebih dekat dengan masyarakat yang dilayani. Untuk mencapai tujuannya, desentralisasi pendidikan memerlukan kapasitas manajemen daerah yang lebih kuat. Akan tetapi, manajemen dan tatakelola pendidikan belum efektif dan berjalan optimal. Pemerintah baik pusat maupun daerah masih mengalami kendala rendahnya kapasitas untuk melaksanakan tugas dan peran baru seiring dengan pelaksanaan desentralisasi pendidikan. Proses transisi menuju desentralisasi masih belum terprogram secara sistematis sehingga tidak terdapat acuan untuk melakukan evaluasi dan *benchmarking* terhadap kemajuan-kemajuan yang dicapai oleh lembaga-lembaga pemerintah baik di pusat, provinsi, maupun kabupaten/kota. Perumusan kebijakan pembangunan pendidikan masih belum sepenuhnya didukung oleh sistem informasi yang memadai, data yang berkualitas, dan kondisi empiris di lapangan (*evidence-based decision making*). Selain itu, kemitraan publik dan swasta dalam penyelenggaraan pendidikan belum berkembang seperti yang diharapkan terutama dalam menangani mereka yang terpinggirkan dan kurang terlayani (*underserved*). Dengan demikian, tantangan yang dihadapi adalah memperkuat manajemen dan tatakelola pendidikan dengan meningkatkan kapasitas lembaga dan meningkatkan kemitraan publik dan swasta.

Kotak 2.1. Bantuan Operasional Sekolah

Program Bantuan Operasional Sekolah (BOS) merupakan sebuah reformasi kebijakan yang sangat signifikan dalam pembiayaan pendidikan. Program yang dimulai tahun 2005 dan dibiayai dari pengurangan subsidi bahan bakar minyak ini dikembangkan berdasarkan pelajaran yang ditarik dari pengalaman internasional dan dari berbagai program pemerintah terutama Program Bantuan Biaya Sekolah dan Beasiswa untuk mengatasi dampak krisis ekonomi tahun 1997 terhadap pendidikan. Program BOS ditujukan untuk mengurangi beban biaya pendidikan terutama untuk masyarakat miskin. Dana BOS diberikan kepada seluruh sekolah dasar dan sekolah menengah pertama, baik negeri maupun swasta, berdasarkan jumlah murid, yang memberikan insentif kepada kepala sekolah dan guru untuk menjaga dan meningkatkan jumlah murid. Dana tersebut disalurkan langsung ke sekolah sehingga memungkinkan pimpinan sekolah mengelola dan memilih kegiatan apa saja yang terbaik untuk sekolahnya. Pada tahun 2005, program BOS mencakup sekitar 34,5 juta siswa dan meningkat menjadi 41,9 juta siswa atau hampir seluruh siswa SD/MI dan SMP/MTs pada 2008. Sejak tahun 2006 sampai tahun 2009 alokasi dana BOS semakin meningkat yang menunjukkan keberlangsungan program ini. Anggaran yang dialokasikan untuk program BOS meningkat dari Rp 4,8 triliun pada tahun 2005 menjadi Rp 12,5 triliun pada tahun 2008. Pada tahun 2009, anggaran yang disediakan untuk BOS mencapai Rp 19,1 triliun yang mencakup sekitar 42,6 juta siswa yang terdiri dari sekitar 73 persen siswa SD/MI dan 27 persen siswa SMP/MTs. Alokasi per siswa meningkat dari Rp 235.000 menjadi Rp 254.000 untuk SD/MI dan dari Rp 324.500 menjadi Rp 354.000

Lanjutan Kotak 2.1.

untuk SMP/MTs dalam kurun waktu 2005-2008. Pada tahun 2009, besaran ini meningkat lagi menjadi Rp 397.000-400.000 per siswa SD/MI dan Rp 570.000-575.000 per siswa SMP/MTs.

Program BOS ini menunjukkan komitmen pemerintah terhadap undang-undang yang menegaskan perlunya pendidikan dasar yang bermutu tanpa dipungut biaya. Undang-undang Dasar 1945 dan Undang-undang Sistem Pendidikan Nasional menegaskan bahwa setiap anak mempunyai hak mendapatkan pendidikan yang layak dan pemerintah wajib untuk membiayainya tanpa memungut biaya. Berbagai studi menunjukkan bahwa program BOS sangat membantu dalam meningkatkan kemampuan sekolah untuk menyelenggarakan proses pembelajaran yang lebih baik.

Kebijakan dan Strategi

Sebagian besar kebijakan reformasi pendidikan, strategi, dan sasaran pembangunan pendidikan terutama yang berkaitan dengan pencapaian MDG telah dirumuskan dalam RPJMN (2010-2014). Untuk pendidikan dasar, telah terjadi pergeseran fokus kebijakan ke arah perbaikan kualitas mengingat pencapaian akses universal hampir terwujud. Konsolidasi dari strategi-strategi yang ada dan pengenalan strategi-strategi baru yang pro-masyarakat miskin akan terus dikembangkan agar tujuan MDG bidang pendidikan dapat dicapai pada tahun 2015.

Prioritas untuk mencapai tujuan MDG bidang pendidikan dikelompokkan menjadi tiga bentuk kebijakan: (i) meningkatkan pemerataan akses; (ii) meningkatkan mutu dan relevansi; dan (iii) memperkuat tatakelola dan akuntabilitas.

1. Prioritas untuk Meningkatkan Pemerataan Akses:

- a. **Merumuskan dan melaksanakan kebijakan pada tingkat nasional dan daerah untuk mempercepat pengadaan prasarana dan sarana belajar-mengajar yang memadai, terutama di daerah-daerah miskin, terpencil dan tertinggal, termasuk madrasah dan pesantren.** Perhatian akan diberikan dalam merasionalkan dan mempercepat secara bersamaan pengadaan prasarana sekolah dan sarana belajar-mengajar yang memadai dan memenuhi standar pelayanan minimal (SPM), melalui: (i) rehabilitasi sekolah dan ruang kelas yang rusak; (ii) pengadaan buku teks untuk memenuhi rasio satu paket buku untuk satu murid; (iii) pengadaan peralatan belajar-mengajar termasuk peralatan teknologi informasi dan komunikasi; dan (iv) pengembangan perpustakaan. Secara khusus untuk daerah terpencil dan perbatasan upaya pemenuhan sarana dan prasarana pendidikan dilakukan melalui, antara lain: (i) pengembangan sekolah satu atap (gabungan sekolah dasar dan sekolah menengah pertama di daerah tertentu); (ii) pengembangan sekolah berkelompok (*cluster school*); dan (iii) penggabungan sekolah-sekolah kecil. Selain itu, kampanye dan advokasi perlu dilakukan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat/orang tua akan manfaat pendidikan, terutama bagi orang tua yang kurang mampu sehingga mereka mempunyai motivasi dan keinginan yang lebih besar untuk menyekolahkan anaknya melalui pendidikan yang berkualitas minimal sampai jenjang SMP/MTs.



Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua

- 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 adalah sangat penting untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan pendidikan yang berkualitas. Hal ini 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. Strategi ini juga ditempuh untuk mengatasi masalah ketidaksetaraan alokasi dana dan sumber daya pendidikan antardaerah.
- 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 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. Langkah-langkah lain yang dilakukan termasuk: (i) melaksanakan advokasi mengenai pentingnya pengembangan dan pendidikan anak dini usia (*early childhood education and development*) kepada orang tua dan masyarakat luas; (ii) meningkatkan program taman kanak-kanak satu atap apabila hal tersebut layak; dan (iii) memberlakukan standar pelayanan minimal dalam penyelenggaraan PAUD yang holistik dan terintegrasi. Akan dikembangkan pula kebijakan dalam rangka sinkronisasi antara sistem pendidikan formal dan nonformal dalam pelaksanaan PAUD.
- 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. Strategi yang akan ditempuh meliputi: (i) peningkatan penggunaan fasilitas dan sumber daya sekolah formal untuk penyelenggaraan pendidikan nonformal secara efisien; (ii) peningkatan efisiensi dan kualitas program kesetaraan melalui perbaikan kurikulum dan penjaminan mutu penyelenggaraan program sehingga setara dengan pendidikan formal; dan (iii) peningkatan koordinasi dari program kesetaraan antara Kemdiknas dan Kementerian Agama (Kemenag).

2. Prioritas untuk 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. Para guru dan kepala sekolah akan dilibatkan dalam desain kurikulum pendidikan guru. Hubungan kelembagaan antara LPTK dengan sekolah percontohan akan diperkuat. Untuk memastikan adanya kesesuaian strategi dan rencana pengembangan sumber daya manusia, akan dilakukan penilaian kebutuhan yang lengkap mengenai kualifikasi guru di tingkat sekolah, kabupaten/kota, dan provinsi.

- b. **Perbaikan kurikulum dan perbaikan 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. Secara khusus kurikulum dan proses belajar-mengajar akan diperkaya dengan pembangunan moral dan karakter. Kebijakan ini akan diperkuat dengan pengembangan fasilitas belajar-mengajar dan penggunaan teknologi komunikasi dan informasi (*ICT*) serta perbaikan pengelolaan pendidikan. Sejalan dengan itu kualitas pelatihan bagi guru yang belum ditempatkan dan yang sudah mengajar akan ditingkatkan untuk memperbaiki metode dan proses belajar-mengajar berdasarkan praktik terbaik seperti Pembelajaran Aktif, Kreatif, Efektif, dan Menyenangkan (PAKEM). Dalam upaya mengatasi kekurangan guru di daerah terpencil, perbatasan, dan tertinggal, kebijakan nasional sehubungan dengan pengangkatan dan penempatan guru akan dilaksanakan sesuai amanah Undang-Undang Guru dan Dosen. Kebijakan pengangkatan guru dikembangkan untuk mengatasi distribusi guru yang tidak merata. Program sertifikasi guru akan dikembangkan dan dilaksanakan dengan lebih seksama untuk meningkatkan kualitas pembelajaran secara berkelanjutan antara lain dengan melakukan evaluasi kinerja setelah guru mendapat sertifikat profesi.
- c. **Meningkatkan pelatihan manajemen berbasis sekolah (MBS) bagi para kepala sekolah dan pengawas.** Dalam rangka peningkatan kualitas manajemen dan proses belajar-mengajar pelatihan MBS akan ditingkatkan bagi para kepala sekolah dan pengawas. Materi pelatihan mencakup penilaian kinerja guru, monitoring dan pengawasan, perencanaan dan pengelolaan keuangan, dan peningkatan peran serta masyarakat. Selain itu dilakukan pula: (i) pengembangan pengajaran multi-kelas terutama di sekolah dasar/madrasah kecil guna meningkatkan kualitas, efisiensi dan efektivitas pengajaran; dan (ii) pelembagaan proses yang berkesinambungan dalam memantau indikator prestasi sekolah melalui sistem informasi pengelolaan pendidikan.

3. Prioritas untuk Memperkuat Tatakelola dan Akuntabilitas:

- a. **Meningkatkan kapasitas pemerintah daerah dalam mengelola program pendidikan dasar.** Kapasitas institusional pemerintah daerah akan diperkuat dengan memperluas jangkauan program pengembangan kapasitas dalam manajemen pendidikan termasuk analisa, perencanaan dan penganggaran, pemantauan dan evaluasi, serta pengelolaan dan pertanggungjawaban keuangan. Tujuannya adalah untuk memastikan adanya: (i) perencanaan yang pro-masyarakat miskin dan berwawasan gender, dan penggunaan sumber daya yang efektif dan efisien; dan (ii) pemberlakuan



Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua

SPM, terutama di kabupaten/kota yang kinerjanya kurang memuaskan serta di daerah terpencil dan tertinggal. Peranan dan wewenang masing-masing tingkatan administrasi (pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota) dalam pengembangan kebijakan, perencanaan, pengelolaan, pendanaan dan pengembangan kualitas sumberdaya manusia akan dirumuskan dan ditetapkan dengan jelas. Selain itu dilakukan pula pengembangan organisasi pada tingkat provinsi, kabupaten/kota, dan sekolah untuk melaksanakan reformasi dan desentralisasi pendidikan secara efektif.

- 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; (iv) penguatan sistem informasi manajemen pendidikan; (v) penguatan sistem pelaporan keuangan disertai dengan mekanisme yang efektif untuk menjamin adanya tanggung jawab bersama antara pusat dan daerah, serta antara sekolah dan orangtua; (vi) penetapan indikator tatakelola dan akuntabilitas pada tingkat daerah sesuai dengan standar yang ada; dan (vii) peningkatan kualitas data dan informasi. Sehubungan dengan strategi tersebut di atas akan dikembangkan strategi pengembangan staf pada tingkat pusat, provinsi, dan daerah. Selain itu akan diperluas peningkatan kapasitas daerah dalam pengembangan kebijakan, perencanaan, manajemen keuangan berbasis *output*, monitoring dan evaluasi serta mobilisasi sumberdaya untuk pencapaian sasaran MDG.
- 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). Pengakuan terhadap peran masyarakat madani dalam pembangunan pendidikan melalui penguatan Dewan Pendidikan Provinsi dan Dewan Pendidikan Kabupaten/Kota, serta pembentukan Dewan Pendidikan Nasional dilakukan untuk meningkatkan peran serta masyarakat dan memperkuat tatakelola di bidang pendidikan.

Sejalan dengan kebijakan dan strategi tersebut di atas, di dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014 telah ditetapkan prioritas, *output*, dan target kinerja pendidikan yang dalam pelaksanaannya dilakukan oleh Kemdiknas, Kemenag, pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten/kota, dunia usaha, dan peran aktif masyarakat (**Tabel 2.2**).

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Peningkatan Akses dan Mutu Sekolah Dasar (SD/MI)	Tercapainya pemerataan akses terhadap pendidikan SD yang Bermutu di Semua Kab/Kota APM Jenjang SD/ sederajat	95,2%	95,3%	95,7%	95,8%	96,0%
Penyediaan subsidi Pendidikan bagi SD/SDLB	Tersedia dan tersalurkannya subsidi pendidikan bagi siswa SD/ SDLB Jumlah Siswa SD/SDLB yang menerima BOS	27.672.820	27.973.000	28.006.000	28.085.000	28.211.000
Penyediaan Subsidi Pendidikan Madrasah Ibtidaiyah	Tersedia dan tersalurkannya subsidi pendidikan bagi siswa MI/ Diniyah Ula Jumlah Siswa MI/ Diniyah Ula yang menerima BOS	3.555.803	3.626.919	3.681.322	3.736.543	3.791.591
Penyediaan Buku Ajar yang Bermutu dan terjangkau	Tersedianya Buku Ajar yang berkualitas dan terjangkau Persentase Buku Ajar jenjang SD/sederajat yang dibeli hak ciptanya— Total 78 Mata Pelajaran	100%	-	-	-	-
Penyediaan Sistem dan Kurikulum Belajar - Mengajar	Tersedianya kurikulum dan model belajar-mengajar Persentase penerapan kurikulum sekolah yang telah disempurnakan	10%	15%	25%	65%	100%

Tabel 2.2.

Prioritas, Output, dan Target Kinerja Pendidikan, Tahun 2010-2014



Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua

Lanjutan Tabel 2.2.

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Peningkatan Mutu dan Kesejahteraan Pendidik dan Tenaga Kependidikan bagi jenjang Sekolah Dasar	Tersedianya pendidik dan tenaga kependidikan yang berkualifikasi bagi jenjang SD/MI di seluruh Kabupaten/Kota Persentase Kepala SD/MI yang Mengikuti Pelatihan Kepala Sekolah	15%	25%	45%	70%	90%
Peningkatan Kapasitas Manajemen bagi Pendidikan Dasar	Menguatnya tata kelola dan sistem pengendalian manajemen di Ditjen MPDM Peran serta masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan pendanaan pendidikan melalui Dewan Pendidikan	meningkat	meningkat	meningkat	meningkat	meningkat

Sumber:
Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2010-2014, Rencana Strategis Kementerian Pendidikan Nasional tahun 2010-2014, dan Rencana Strategis Kementerian Agama Tahun 2010-2014.



SUPERNETS : Seribu perempuan berinternet bersama di Atrium TP 3 Surabaya, 11 mei 2009 yang digelar dalam rangka hari Kartini, hari Pendidikan Nasional dan HUT Surabaya ke-716

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:

3.1. Rasio perempuan terhadap laki-laki di tingkat pendidikan dasar, menengah, dan tinggi:

- **Rasio APM perempuan/laki-laki di SD/MI/Paket A:**
Acuan dasar (1993) : 100,27 (Susenas)
Saat ini (2009) : 99,73 (Susenas)
Sasaran (2015) : 100,00
- **Rasio APM perempuan/laki-laki di SMP/MTs/Paket B:**
Acuan dasar (1993) : 99,86 (Susenas)
Saat ini (2009) : 101,99 (Susenas)
Sasaran (2015) : 100,00
- **Rasio APM perempuan/laki-laki di SM/MA/Paket C:**
Acuan dasar (1993) : 93,67 (Susenas)
Saat ini (2009) : 96,16 (Susenas)
Sasaran (2015) : 100,00



Tujuan 3: Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

- **Rasio APM perempuan/laki-laki di pendidikan tinggi (PT):**

Acuan dasar (1993)	: 74,06 (Susenas)
Saat ini (2009)	: 102,95 (Susenas)
Sasaran (2015)	: 100,00

3.1a. Rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki pada kelompok usia 15-24 tahun:

Acuan dasar (1993)	: 98,44 (Susenas)
Saat ini (2009)	: 99,85 (Susenas)
Sasaran (2015)	: 100,00

3.2. Kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor nonpertanian:

Acuan dasar (1990)	: 29,24 persen
Saat ini (Agustus 2009)	: 33,45 persen
Sasaran (2015)	: Meningkatkan

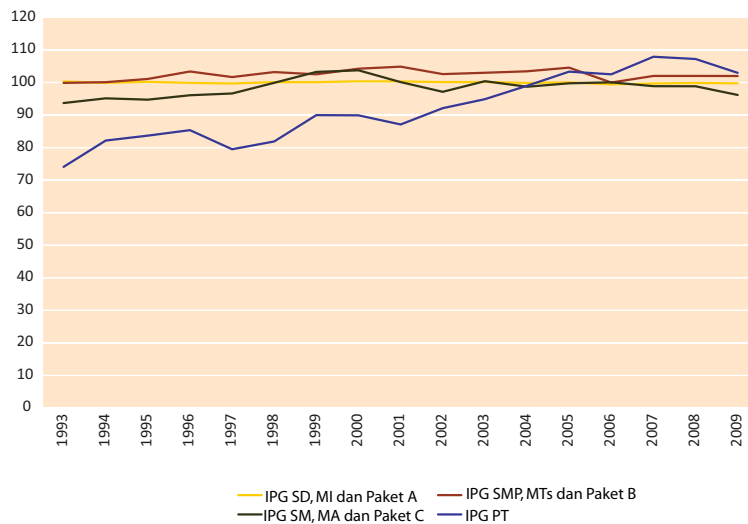
3.3. Proporsi kursi yang diduduki perempuan di DPR:

Acuan dasar (1990)	: 12,50 persen (KPU, 1990)
Saat ini (2009)	: 17,90 persen (KPU, 2009)
Sasaran (2015)	: Meningkatkan

Status Saat Ini

Salah satu tujuan pembangunan manusia di Indonesia adalah mencapai kesetaraan gender dengan membangun sumber daya manusia, tanpa membedakan antara laki-laki dan perempuan. Berbagai upaya telah dilakukan, terutama dalam rangka meningkatkan kualitas hidup dan peran perempuan, agar setara dengan kaum laki-laki dalam pembangunan.

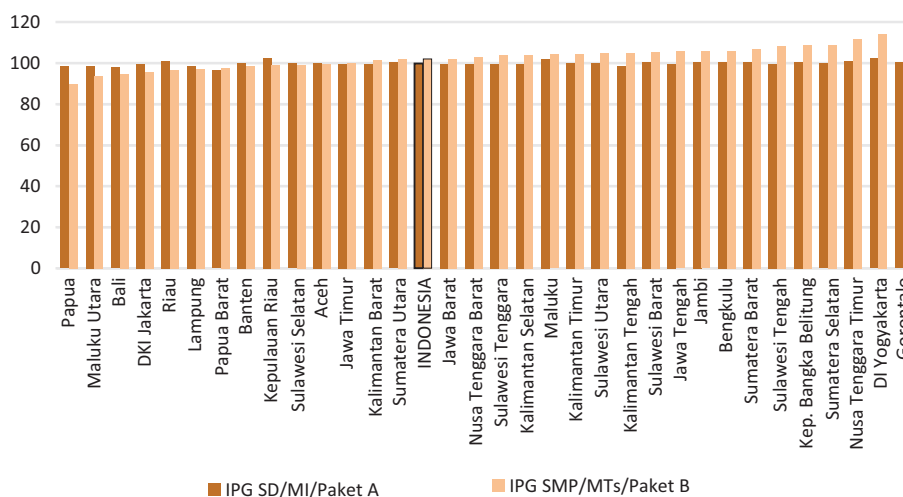
Di bidang pendidikan, kesetaraan gender telah mencapai kemajuan yang signifikan. Diukur dengan indeks paritas gender/IPG (*Gender Parity Index/GPI*) angka partisipasi murni (APM) atau rasio APM perempuan terhadap laki-laki, kesetaraan gender di bidang pendidikan telah menunjukkan kemajuan yang signifikan. Dengan menggunakan indikator ini, terlihat bahwa sasaran MDG untuk mencapai kesetaraan gender di bidang pendidikan pada semua jenjang, diperkirakan akan tercapai. Berdasarkan data Susenas dari tahun 1993 sampai 2009, APM baik perempuan maupun laki-laki, pada SD/MI/Paket A sudah mencapai lebih dari 90 persen. Dalam periode yang sama, untuk SMP/MTs/Paket B dan SM/MA/Paket C, APM perempuan dan laki-laki meningkat tajam dengan laju yang hampir sama, dengan IPG berkisar pada angka 100, sementara IPG APM untuk pendidikan tinggi berfluktuasi dengan kecenderungan peningkatan yang signifikan. **Gambar 3.1** menunjukkan perkembangan IPG APM dalam kurun waktu tahun 1993-2009. Dalam kurun waktu tersebut IPG APM pada pendidikan dasar dan menengah berkisar pada angka 95-105. Pada tahun 2009, IPG 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 102,95 (Susenas 2009).



Gambar 3.1.
Perkembangan Indeks Paritas Gender (IPG) Angka Partisipasi Murni SD/MI/Paket A, SMP/MTs/Paket B, SM/MA/Paket C, dan PT, Tahun 1993—2009

Sumber:
BPS, Susenas berbagai tahun.

Disparitas antarprovinsi masih merupakan masalah utama, terutama pada tingkat pendidikan menengah. Data Susenas 2009 menunjukkan bahwa IPG APM pada SD/MI/Paket A berkisar antara 96,39 (Papua Barat) dan 102,5 (Kepulauan Riau) yang menunjukkan bahwa rasio APM perempuan terhadap laki-laki hampir sama di semua provinsi. IPG pada SMP/MTs/Paket B berkisar antara 89,54 (Papua) dan 116,17 (Gorontalo), sedangkan pada SM/MA/Paket C berkisar antara 68,60 (Papua Barat) dan 143,22 (Kepulauan Riau). Di beberapa provinsi, IPG melebihi angka 110, yang berarti APM perempuan lebih tinggi dari APM laki-laki. Untuk tingkat SMP/MTs/Paket B, provinsi dengan IPG lebih dari 110 adalah DI Yogyakarta, Nusa Tenggara Timur, dan Gorontalo (**Gambar 3.2**). Untuk SM/MA/Paket C, provinsi dengan IPG lebih dari 110 adalah Sumatera Barat, Riau, Kepulauan Riau, Sumatera Selatan, Bangka Belitung, Nusa Tenggara Timur, dan Sulawesi Barat (7 provinsi), sedangkan provinsi dengan IPG kurang dari 90 adalah DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat, Papua, dan Papua Barat (**Gambar 3.3**).



Gambar 3.2.
Indeks Paritas Gender (IPG) Angka Partisipasi Murni SD/MI/Paket A dan SMP/MTs/Paket B, Menurut Provinsi, Tahun 2009

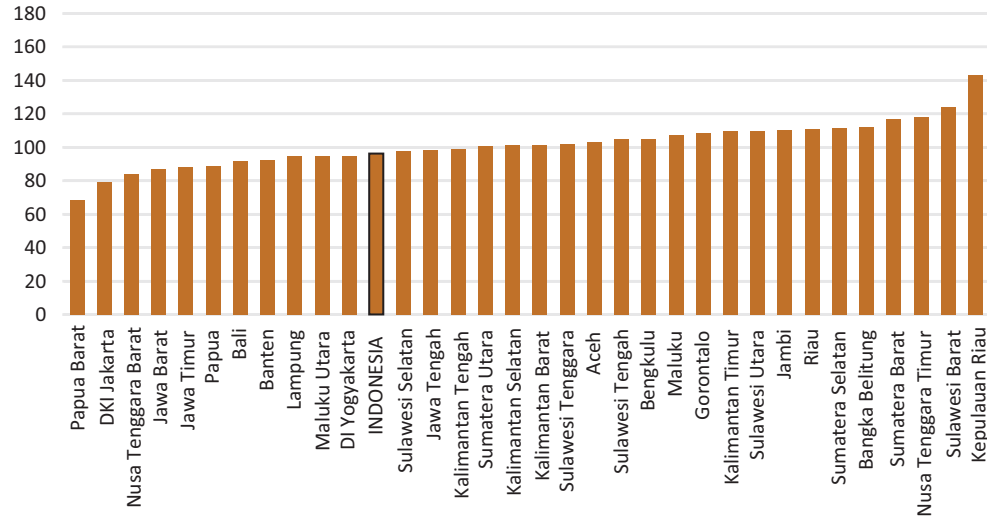
Sumber:
BPS, Susenas 2009.



Tujuan 3: Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

Gambar 3.3.

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

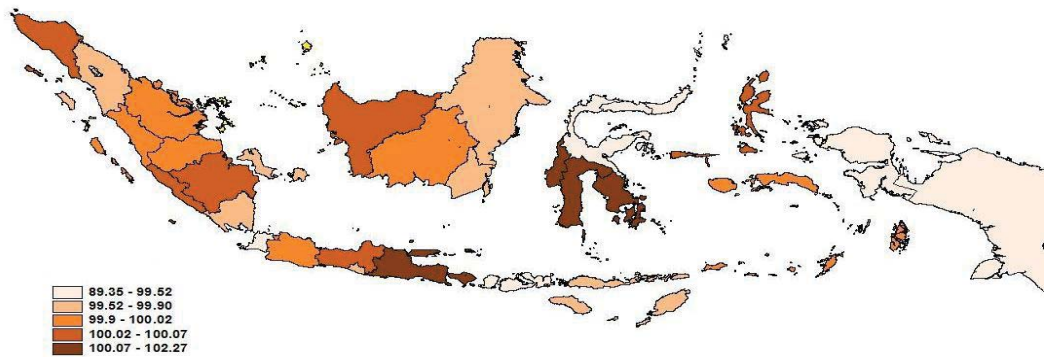


Sumber:
BPS, Susenas 2009.

Angka melek huruf perempuan dan laki-laki kelompok usia 15-24 tahun hampir mencapai sasaran MDG. 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. Namun, di 15 provinsi, tingkat melek huruf untuk perempuan dalam kelompok usia ini sedikit lebih rendah dibandingkan dengan tingkat melek huruf pada laki-laki (**Peta 3.1**).

Peta 3.1.

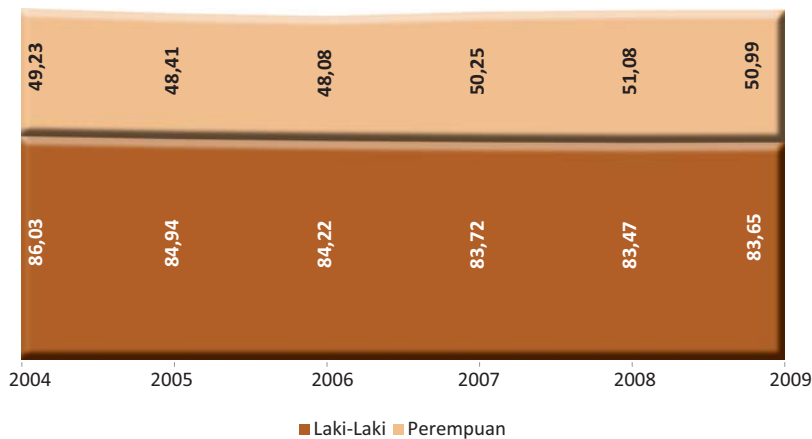
Persebaran Angka Melek Huruf Antara Laki-laki dan Perempuan, Usia 15-24 Tahun, Menurut Provinsi, Tahun 2009



Sumber:
BPS, Susenas 2009.

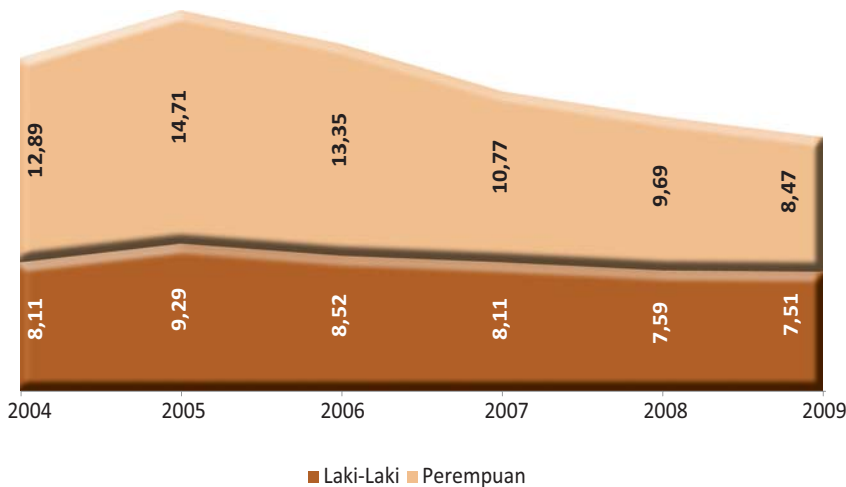
Di bidang ketenagakerjaan, tingkat partisipasi angkatan kerja (TPAK) perempuan lebih rendah dibandingkan dengan TPak laki-laki. Data Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) dari tahun 2004 sampai tahun 2009 menunjukkan bahwa TPak perempuan tidak menunjukkan peningkatan yang signifikan, hanya berkisar sekitar 50 persen. Angka tersebut jauh lebih rendah jika dibandingkan dengan TPak laki-laki yang rata-rata 84 persen selama periode yang sama (**Gambar 3.4**). Hal ini disebabkan oleh lebih banyaknya perempuan yang memilih untuk mengurus rumah tangga jika dibandingkan dengan laki-laki, sehingga perempuan lebih banyak berada di luar angkatan kerja. Sebagai gambaran, pada Agustus 2009, perempuan yang

mengurus rumah tangga mencapai sekitar 31,8 juta, sementara laki-laki hanya 1,5 juta orang. Oleh karena itu, TPAK perempuan yang lebih rendah dibandingkan laki-laki tidak berarti bahwa kondisi tersebut adalah kondisi yang buruk. Sementara itu, tingkat pengangguran terbuka (TPT) perempuan menunjukkan penurunan yang signifikan selama periode 2004-2009. 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 lebih lambat (1,6 persen), yaitu dari 9,29 persen menjadi 7,51 persen, dalam periode yang sama (**Gambar 3.5**).



Gambar 3.4.
Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK) Laki-laki Dan Perempuan, Tahun 2004-2009

Sumber:
BPS, Sakernas berbagai tahun.



Gambar 3.5.
Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) Laki-laki Dan Perempuan, Tahun 2004-2009

Sumber:
BPS, Sakernas berbagai tahun.

Persentase perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor nonpertanian memperlihatkan kecenderungan meningkat. Yang termasuk pekerja upahan di sektor nonpertanian adalah buruh/karyawan/pegawai dan pekerja bebas yang bekerja di lapangan kerja di luar sektor pertanian. Data Sakernas menunjukkan bahwa kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan nonpertanian mengalami peningkatan, dari sebesar 29,02 persen pada tahun 2004 menjadi sebesar 33,45 persen pada tahun 2009. Hal yang sama juga terjadi pada kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan secara total, yang terdiri dari buruh/karyawan/pegawai,



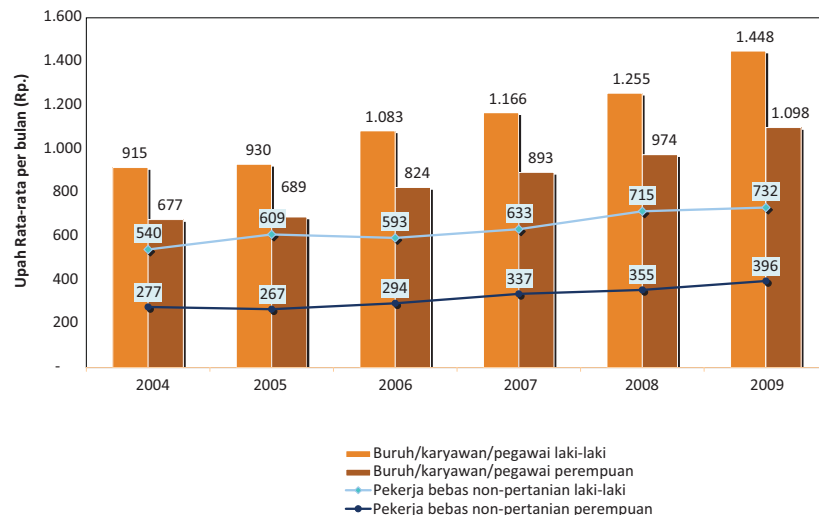
Tujuan 3: Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

pekerja bebas, baik di sektor pertanian maupun nonpertanian, yang mengalami peningkatan dari 29,55 persen pada tahun 2004 menjadi 33,45 persen pada tahun 2009. Antara kedua tahun tersebut jumlah buruh/karyawan/pegawai perempuan meningkat dari 7,8 juta menjadi 10,5 juta. Sementara itu, jumlah pekerja bebas perempuan di sektor pertanian meningkat, dari 1,6 juta menjadi 2,1 juta dan di sektor nonpertanian meningkat dari hanya 0,5 juta menjadi 0,9 juta.

Tingkat upah pekerja perempuan telah meningkat, namun diskriminasi upah masih terjadi.

Data Sakernas menunjukkan bahwa dalam periode 2004-2009, upah rata-rata pekerja perempuan yang dikategorikan sebagai buruh/karyawan/pegawai, meningkat dari Rp 676.611 menjadi Rp 1.098.364. Sementara itu, upah pekerja bebas perempuan di sektor nonpertanian juga meningkat, dari Rp 277.183 menjadi Rp 396.115. Walaupun besaran upah nominal perempuan tersebut meningkat, namun data menunjukkan masih adanya kesenjangan upah yang besar antara perempuan dan laki-laki. Kesenjangan upah terbesar ditunjukkan oleh upah pekerja bebas di sektor nonpertanian, dengan upah rata-rata pekerja perempuan hanya sekitar 54 persen dari upah pekerja laki-laki (**Gambar 3.6**).

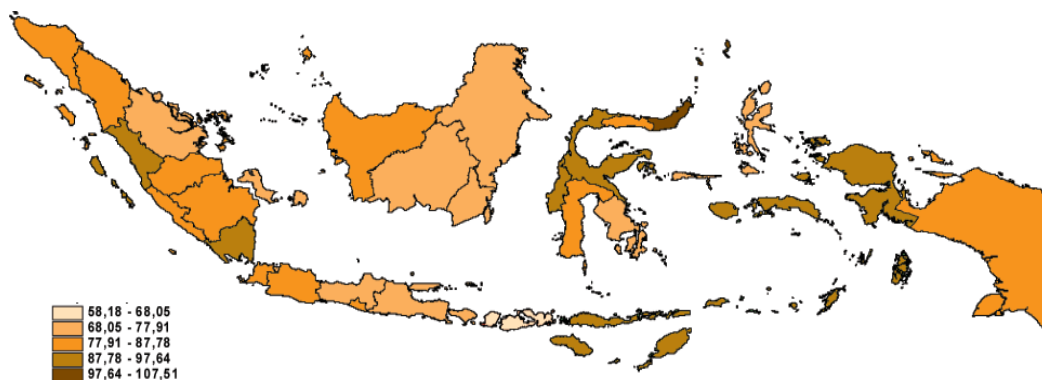
Gambar 3.6.
Upah Rata-Rata Bulanan Buruh/
Karyawan/Pegawai dan Pekerja Bebas
Nonpertanian Laki-laki dan Perempuan



Sumber:
BPS, Sakernas berbagai tahun.

Di tingkat nasional, upah bulanan rata-rata pekerja perempuan pada tahun 2009 meningkat 61 persen dibandingkan dengan tahun 2004, namun upah tersebut hanya sebesar 78 persen dari upah pekerja laki-laki. Kesenjangan upah juga terjadi di tingkat provinsi, terutama di Nusa Tenggara Barat (**Peta 3.2**). Di provinsi tersebut upah rata-rata pekerja perempuan hanya 58 persen dari upah pekerja laki-laki. Sementara itu, di Provinsi Sulawesi Utara upah rata-rata pekerja perempuan lebih tinggi daripada upah pekerja laki-laki.

Kemajuan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan juga diukur berdasarkan proporsi perempuan di lembaga-lembaga publik (legislatif, eksekutif, dan yudikatif), menunjukkan adanya peningkatan yang cukup berarti. Di bidang politik, kemajuan yang



Peta 3.2.
Persebaran Persentase Upah Rata-rata Pekerja Perempuan Terhadap Upah Rata-rata Pekerja Laki-laki, Menurut Provinsi, Agustus 2009

Sumber:
BPS. Sakernas, Agustus 2009

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. Delapan dari partai-partai tersebut mencalonkan perempuan lebih dari 40 persen untuk posisi calon anggota legislatif. Namun, hasil pemilihan umum 2009 menunjukkan keterwakilan perempuan di DPR hanya sebesar 17,9 persen. Walaupun demikian, persentase tersebut mengalami peningkatan jika dibandingkan dengan periode sebelumnya (11,3 persen pada periode 2004 – 2009). Kenaikan persentase keterwakilan perempuan di DPR tersebut merupakan hasil kompetisi tanpa perekrasan politik. Selain itu, keterwakilan perempuan di dalam komisi-komisi di DPR RI untuk periode 2009 – 2014 lebih merata. Keterwakilan tertinggi berada di komisi IX yang menangani tenaga kerja dan transmigrasi, kependudukan, kesehatan, dan agensi makanan dan obat-obatan; sementara keterwakilan terendah berada di komisi III yang menangani legislasi dan hukum/undang-undang, HAM, dan keamanan. Demikian pula halnya dengan anggota DPD perempuan, yang meningkat dari 19,8 persen pada tahun 2004 menjadi 27,3 persen pada tahun 2009.

Dalam hal pengambilan keputusan, tingkat keikutsertaan perempuan dalam posisi manajemen senior di lembaga-lembaga eksekutif dan yudikatif masih rendah. Pada tahun 2008, hanya 8,7 persen posisi senior (Eselon 1) dan 7,1 persen posisi Eselon 2 diisi oleh perempuan. Proporsi perempuan dari jumlah keseluruhan pegawai negeri adalah 44,5 persen. Di tingkat provinsi, hanya ada satu wakil gubernur perempuan, sementara di tingkat kabupaten, kurang dari 10 perempuan mengisi posisi sebagai walikota/bupati. Data dari kantor Kejaksaan



Tujuan 3: Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

Agung menunjukkan bahwa 5.490 jaksa penuntut adalah laki-laki, sedangkan perempuan hanya 2.208 orang (40,2 persen), sementara pada Pengadilan Agama terdapat 3.208 hakim laki-laki, dibandingkan dengan 559 hakim perempuan⁵. Dengan demikian, maka perwakilan perempuan dalam posisi-posisi ini penting untuk ditingkatkan.

Tantangan

Di tingkat nasional, upaya peningkatan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan telah menunjukkan kemajuan yang signifikan, terutama di bidang pendidikan. Namun demikian, tantangan yang masih dihadapi adalah masih tingginya kesenjangan gender di tingkat provinsi, terutama pada jenjang sekolah menengah, sebagaimana halnya di bidang ketenagakerjaan, dan partisipasi perempuan dalam ranah legislatif dan politik.

Meningkatkan kesetaraan gender di semua jenjang pendidikan di semua provinsi merupakan tantangan utama dalam pencapaian sasaran gender MDGs bidang pendidikan. Hampir semua provinsi telah mencapai target IPG APM di semua jenjang pendidikan (SD/MI/Paket A, SMP/MTs/Paket B, dan SM/MA/Paket C), namun di beberapa provinsi masih terdapat kesenjangan IPG APM. Di beberapa provinsi, IPG APM melebihi angka 110, yang berarti APM perempuan lebih tinggi daripada APM laki-laki. Sementara itu, di beberapa provinsi lainnya, IPG APM tersebut lebih rendah dari 90, yang berarti bahwa APM perempuan lebih rendah daripada APM laki-laki. Terjadinya disparitas IPG APM antarprovinsi dan rendahnya IPG APM di beberapa provinsi tersebut disebabkan oleh banyak faktor, terutama kemiskinan. Dengan demikian, tantangan yang dihadapi adalah tidak hanya meningkatkan APM perempuan namun juga laki-laki, tergantung keadaannya. Fokus utama diberikan pada kelompok anak yang berasal dari keluarga miskin, terutama yang berada di wilayah tertinggal dan terpencil, sementara perhatian khusus juga diperlukan untuk daerah yang secara geografis berbeda dan memiliki karakteristik serta nilai-nilai budaya yang berbeda.

Melaksanakan penegakan hukum untuk memastikan perlakuan tanpa diskriminasi antara laki-laki dan perempuan untuk memperoleh pekerjaan dan dalam pekerjaannya merupakan tantangan utama yang dihadapi di bidang ketenagakerjaan. Indonesia telah memiliki berbagai perangkat peraturan perundang-undangan untuk memastikan perlakuan yang sama antara laki-laki dan perempuan dalam pekerjaan. Indonesia telah meratifikasi Konvensi *ILO* Nomor 100 mengenai Pengupahan Sama Bagi Buruh Laki-laki dan Perempuan untuk Pekerjaan yang Sama melalui Undang-Undang (UU) Nomor 80 Tahun 1957. Konvensi lainnya yang berkaitan dengan ini, yaitu Konvensi *ILO* Nomor 111 tentang Diskriminasi dalam Pekerjaan dan Jabatan, telah diratifikasi dengan UU Nomor 21 Tahun 1999 dan ditindaklanjuti dengan dikeluarkannya Panduan Kesempatan dan Perlakuan yang Sama Dalam Pekerjaan di Indonesia (*Equal Employment Opportunity* atau *EEO*) pada tahun 2005. Undang-Undang Nomor 13

⁵ Sumber: Pengadilan Tinggi

Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan juga telah menegaskan bahwa setiap tenaga kerja memiliki kesempatan dan perlakuan yang sama tanpa diskriminasi, baik untuk memperoleh pekerjaan maupun dalam pekerjaannya. Oleh karena itu, diperlukan penegakan hukum dan koordinasi yang kuat antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah, 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.

Memberikan perlindungan bagi pekerja perempuan di tempat kerjanya untuk memastikan hak-haknya terpenuhi. Dalam hal ini perlu diperhatikan bahwa perlindungan kepada pekerja perempuan ini tidak berujung pada pemberian perlindungan yang berlebihan, sehingga dapat menimbulkan keengganan bagi pemberi kerja untuk mempekerjakan tenaga kerja perempuan. Selain itu, perluasan jaminan sosial bagi pekerja perempuan di sektor informal juga harus menjadi perhatian.

Meningkatkan partisipasi perempuan pada lembaga-lembaga legislatif dan lembaga-lembaga politik. Walaupun jumlah calon legislatif perempuan di partai-partai politik meningkat sebagaimana diamanatkan oleh Undang-undang No. 2/2008, namun 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 itu, kurangnya pelatihan yang berkualitas dalam bidang hukum dan melek politik (*political literacy*) berkontribusi terhadap rendahnya partisipasi perempuan dalam lembaga-lembaga politik. Hal ini disebabkan oleh lemahnya perencanaan yang berkaitan dengan masalah-masalah pokok gender yang diselaraskan dengan kebutuhan perempuan di bidang politik. Perempuan (pemilih dan calon legislatif) hendaknya diberi peluang untuk mempengaruhi proses pengambilan keputusan di bidang politik, ekonomi, dan sosial.

Kebijakan dan Strategi

Berdasarkan tantangan sebagaimana tersebut di atas, maka kebijakan peningkatan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan diarahkan pada: (1) peningkatan kualitas hidup dan peran perempuan dalam pembangunan, melalui harmonisasi peraturan perundangan dan pelaksanaannya di semua tingkat pemerintahan, dengan melibatkan seluruh pemangku kepentingan; (2) perlindungan perempuan terhadap berbagai tindak kekerasan, melalui upaya-upaya pencegahan, pelayanan, dan pemberdayaan; dan (3) peningkatan kapasitas kelembagaan PUG dan pemberdayaan perempuan melalui penerapan strategi PUG, termasuk mengintegrasikan perspektif gender ke dalam siklus perencanaan dan penganggaran di seluruh kementerian dan lembaga. Selain itu, upaya peningkatan kesetaraan gender di semua bidang juga harus sudah mulai mengintegrasikan isu gender ke dalam seluruh strategi bantuan dari masing-masing mitra pembangunan.



Tujuan 3: Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

Dalam rangka mencapai arah kebijakan tersebut, maka prioritas yang perlu dipilih untuk meningkatkan kesetaraan gender dikelompokkan dalam empat bidang yaitu: (i) pendidikan; (ii) ketenagakerjaan; (iii) politik, dan (iv) penyelenggaraan pemerintah daerah.

1. Strategi yang akan dilaksanakan dalam bidang pendidikan adalah sebagai berikut:

- a) **Meningkatkan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dalam rangka mengurangi kesenjangan taraf pendidikan antarwilayah, gender, dan antartingkat sosial ekonomi**, dengan meningkatkan: (i) pemihakan pada siswa dan mahasiswa yang berasal dari keluarga miskin melalui pemberian bantuan beasiswa bagi siswa dan mahasiswa miskin; (ii) pemihakan kebijakan bagi daerah dan satuan pendidikan yang tertinggal (*underprivileged*); (iii) pengalokasian sumberdaya yang lebih memihak kepada daerah dan satuan pendidikan yang tertinggal; (iv) pemihakan kebijakan pendidikan yang responsif gender di seluruh jenjang pendidikan; (v) pengembangan instrumen untuk memonitor kesenjangan antarwilayah, gender, dan antartingkat sosial ekonomi; dan (vi) peningkatan advokasi dan *capacity building* bagi daerah dan satuan pendidikan yang tertinggal.
- b) **Meningkatkan akses dan kualitas pendidikan nonformal yang responsif gender**, antara lain berupa pendidikan kecakapan hidup untuk penduduk usia sekolah yang putus sekolah atau tidak melanjutkan sekolah.

2. Strategi untuk mengatasi tantangan-tantangan dalam bidang ketenagakerjaan adalah sebagai berikut:

- 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.** Kebijakan dan peraturan di bidang ketenagakerjaan yang melindungi dan menjamin hak-hak pekerja perempuan harus proporsional untuk menghindari terjadinya perlindungan berlebihan agar pemberi kerja tidak menjadi enggan untuk mempekerjakan tenaga kerja perempuan.
- b) **Memperkuat koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah** terutama dalam penegakan undang-undang dan peraturan ketenagakerjaan.
- c) **Untuk menunjang strategi di atas, maka Pemerintah akan 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.** Hal ini dilakukan antara lain dengan memberikan subsidi iuran bagi kelompok masyarakat miskin dan rentan dalam skema jaminan sosial nasional.

- e) **Meningkatkan kualitas pekerja dan calon tenaga kerja perempuan.** Kegiatan yang dilakukan antara lain meningkatkan akses perempuan untuk memperoleh pendidikan dan pelatihan keterampilan di bidang yang diminatinya sehingga pekerja perempuan mempunyai kualitas dan kompetensi yang memadai di bidang pekerjaannya.

3. Strategi untuk menjamin kesetaraan gender dalam bidang politik dilaksanakan melalui peningkatan pendidikan dan partisipasi politik untuk perempuan, antara lain:

- Meningkatkan kerjasama dengan organisasi masyarakat sipil (OMS) dalam peningkatan partisipasi politik perempuan;
- Menyusun modul pendidikan pemilih untuk kelompok perempuan, miskin, cacat, pemilih pemula dan lansia;
- Meningkatkan pendidikan pemilih bagi calon legislatif perempuan; dan
- Meningkatkan pendidikan politik bagi kader perempuan yang menjadi anggota partai politik.

4. Strategi untuk melaksanakan pengarusutamaan gender pada penyelenggaraan pemerintah daerah, melalui pengembangan pedoman umum untuk Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) dalam 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.

Peta jalan MDG telah pula diintegrasikan ke dalam RPJMN 2010 – 2014 terutama pada bidang pendidikan, ketenagakerjaan, dan politik, yang akan dilaksanakan oleh Kementerian Pendidikan Nasional, Kementerian Agama, Komisi Pemilihan Umum, Kementerian Dalam Negeri, dan Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, dengan target sebagai berikut:

Prioritas	Output	Target 2010-2010				
		2010	2011	2012	2013	2014
Meningkatkan kualitas hidup dan peran perempuan dalam pembangunan	Bidang Pendidikan					
	Rasio APM peserta didik perempuan/laki-laki pada SD/SDLB	> 0,98	> 0,98	> 0,98	1	1
	Rasio APM peserta didik perempuan/laki-laki pada MI	> 0,98	> 0,98	> 0,98	1	1
	Rasio APM peserta didik perempuan/laki-laki pada SMP/SMPLB	> 0,97	> 0,97	> 0,98	1	1
	Rasio APM peserta didik perempuan/laki-laki pada MTs	> 0,97	> 0,97	> 0,98	1	1
	Rasio APK peserta didik perempuan/laki-laki pada SMA/SMK/SMLB	> 0,80	> 0,85	> 0,85	> 0,90	1
	Rasio APK peserta didik perempuan/laki-laki pada MA	> 0,80	> 0,85	> 0,90	> 0,95	1

Tabel 3.1.
Prioritas, *Output*, dan Indikator Kinerja Bidang Pendidikan, Ketenagakerjaan dan Politik, Tahun 2010-2014



Tujuan 3: Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

Lanjutan Tabel 3.1.

Prioritas	Output	Target				
		2010	2011	2012	2013	2014
	Rasio APK peserta didik perempuan/ laki-laki pada Perguruan Tinggi	1,12	1,08	1,05	1,05	1,04
	Rasio APK peserta didik perempuan/ laki-laki pada Perguruan Tinggi Agama (PTA)	1,12	1,12	1,12	1,12	1,04
	Rasio kesetaraan gender penuntasan buta aksara	97,6	97,8	98,0	98,0	98,0
	Rasio guru perempuan : laki-laki yang bersertifikat pendidik di sekolah umum	60%	68%	75%	85%	95%
	Rasio guru perempuan : laki-laki yang bersertifikat pendidik di madrasah	50%	60%	70%	80%	85%
	Bidang Politik					
	Jumlah paket kerjasama dengan organisasi masyarakat sipil dalam peningkatan partisipasi politik perempuan	-	100	100	100	400 ^{k)}
	Jumlah modul pendidikan pemilih untuk kelompok perempuan, miskin, cacat, pemilih pemula, dan lansia	5	5	5	5	25 ^{k)}
	Jumlah kegiatan pendidikan pemilih bagi caleg perempuan	-	10	10	10	40 ^{k)}
	Jumlah kader parpol perempuan yang mendapatkan pendidikan politik	-	100	150	200	500 ^{k)}
Meningkatkan perlindungan perempuan terhadap berbagai tindak kekerasan	Bidang Ketenagakerjaan					
	Persentase perusahaan yang memenuhi norma kerja perempuan dan anak	10%	20%	25%	30%	40%
	Jumlah pengawas ketenagakerjaan dalam pengawasan norma kerja perempuan dan anak yang ditingkatkan kapasitasnya	120	150	180	240	990 ^{k)}

Keterangan: k) kumulatif.

Sumber:
RPJMN 2010-2014, Renstra Kemdiknas 2010-2014, Renstra Kementerian Agama 2010-2014, Renstra KPU 2010-2014, Renstra Kemdagri 2010-2014, dan Renstra Kemnakertrans 2010-2014.



"Antre Mendapatkan Vitamin A"

Tujuan 4:
Menurunkan
Angka Kematian Anak



Target 4A:

Menurunkan Angka Kematian Balita (AKBA) hingga dua-pertiga dalam kurun waktu 1990-2015

Indikator

4.1. Angka Kematian Balita per 1.000 kelahiran hidup:

Acuan dasar (1991)	: 97 (SDKI)
Saat ini (2007)	: 44 (SDKI)
Target (2015)	: 32

4.2. Angka Kematian Bayi⁶ (AKB) per 1.000 kelahiran hidup:

Acuan dasar (1991)	: 68 (SDKI)
Saat ini (2007)	: 34 (SDKI)
Target Nasional (2014)	: 24 (RPJMN 2010-2014)
Target (2015)	: 23

⁶ Angka Kematian Bayi: tingkat kematian antara kelahiran hingga umur satu tahun dalam 1.000 kelahiran hidup.



Tujuan 4: Menurunkan Angka Kematian Anak

4.2a. Angka kematian neonatal per 1.000 kelahiran hidup:

Acuan dasar (1991)	: 32 (SDKI)
Saat ini (2007)	: 19 (SDKI)
Target nasional (2014)	: 15 (RPJMN 2010-2014)

4.3. Persentase anak usia 1 tahun yang diimunisasi campak:

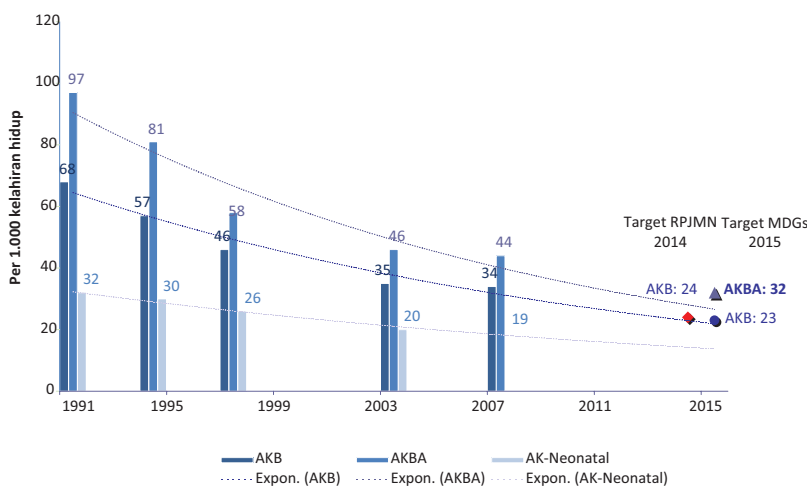
Acuan dasar (1991)	: 44,5 persen (SDKI)
Saat ini (2007)	: 67,0 persen (SDKI)
Target Nasional (2014)	: 93 persen (RKP 2011)

Status Saat Ini

Kesehatan anak di Indonesia terus mengalami peningkatan dari waktu ke waktu sebagai akibat dari perbaikan layanan kesehatan dan higiene, yang diiringi dengan penurunan angka kematian bayi dan anak. Pada tahun 1991, angka kematian bayi (AKB) mencapai 68 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2002-2003, angka tersebut menurun menjadi 35 kematian per 1.000 kelahiran hidup, dan pada tahun 2007 AKB tercatat 34 kematian per 1.000 kelahiran hidup (SDKI berbagai tahun). Dengan tingkat penurunan seperti ini, Indonesia diharapkan mampu mencapai target MDG untuk menurunkan angka kematian bayi. Tingkat kematian anak balita juga memperlihatkan penurunan. Pada tahun 1991, angka kematian balita (AKBA) mencapai 97 kematian per 1.000 kelahiran hidup; pada tahun 2002/2003 angka kematian tersebut jauh menurun menjadi 46 kematian per 1.000 kelahiran hidup, dan pada tahun 2007 turun menjadi 44 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

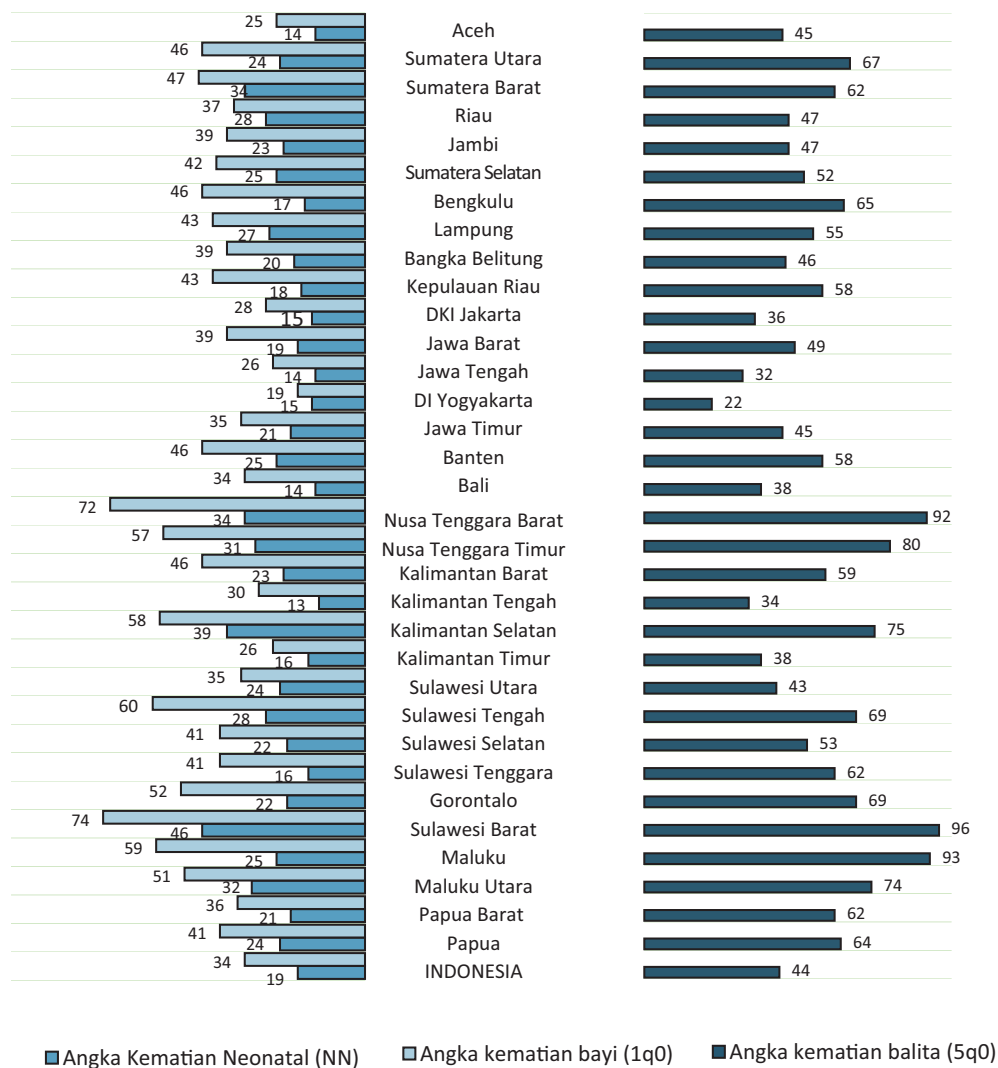


Sumber:

BPS, SDKI berbagai tahun.

Terdapat perbedaan signifikan pada angka kematian bayi antarprovinsi, di mana provinsi dengan AKB tertinggi memperlihatkan angka kematian bayi hampir empat kali lebih tinggi dibandingkan dengan provinsi yang memiliki angka kematian terendah. Perbedaan drastis seperti ini mengindikasikan bahwa penyebab kematian bayi bersifat unik di masing-masing daerah. Angka kematian bayi tertinggi ditemui di Sulawesi Barat (74), Nusa Tenggara Barat

(72), Sulawesi Tengah (60), dan Maluku (59). Sedangkan provinsi dengan AKB terendah adalah DI Yogyakarta (19), Aceh (25), Jawa Tengah dan Kalimantan Timur (26 masing-masing) dan DKI Jakarta (28) seperti terlihat pada **Gambar 4.2**.



Gambar 4.2.
Disparitas Angka Kematian Neonatal, Bayi dan Balita Antarprovinsi, Tahun 2007

Sumber:
BPS, SDKI 2007.

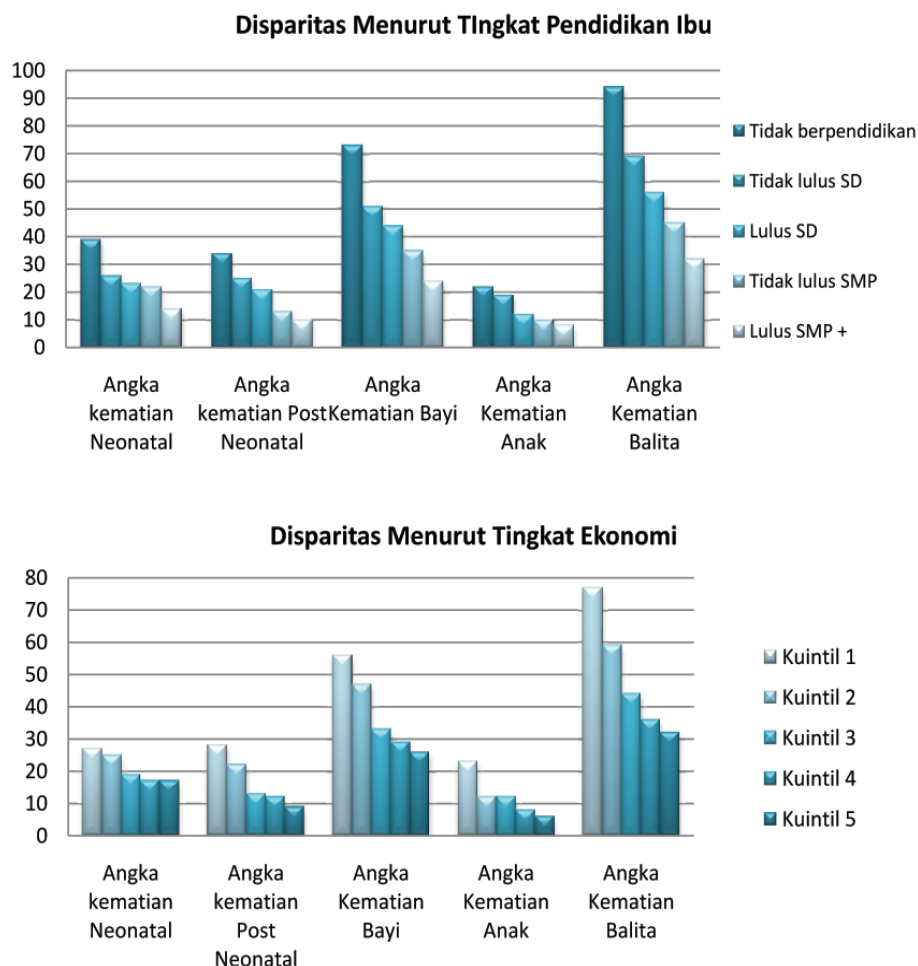
Sementara itu, terdapat kesenjangan yang tinggi pada angka kematian balita di Indonesia. Tidak hanya antarwilayah dan antarprovinsi, tetapi juga di dalam provinsi, kesenjangan sosial ekonomi sangat menentukan kelangsungan hidup anak. Berdasarkan latar belakang karakteristik demografis, angka kematian balita, bayi dan neonatal diperlihatkan pada **Gambar 4.3**



Tujuan 4: Menurunkan Angka Kematian Anak

Gambar 4.3.

Kematian Dini pada Anak-
Anak Menurut Latar Belakang
Karakteristik Demografi, Tahun
2007



Sumber:
BPS, SDKI 2007.

Angka kematian balita, bayi dan neonatal dipengaruhi oleh keadaan demografi serta status sosial dan ekonomi. Usia ibu mempengaruhi faktor-faktor biologis yang dapat menyebabkan komplikasi selama masa kehamilan dan pada saat persalinan yang pada gilirannya akan mempengaruhi peluang anak untuk bertahan hidup. Ditemui korelasi positif antara jumlah dan jarak kelahiran dan peluang terjadinya kematian, AKBA akan menurun seiring dengan bertambahnya interval kelahiran. Makin tinggi persentase ibu dengan ANC yang adekuat dan jumlah kelahiran ditolong tenaga kesehatan profesional, makin rendah angka kematian balita dan bayi. **Gambar 4.3** memperlihatkan perbandingan terbalik antara tingkat pendidikan ibu dengan angka kematian anak. Anak-anak dari ibu dengan tingkat pendidikan rendah pada umumnya mempunyai tingkat kematian lebih tinggi dibanding anak-anak dari ibu yang berpendidikan lebih tinggi. Status ekonomi keluarga juga berkorelasi negatif, di mana angka kematian anak pada keluarga kaya lebih rendah jika dibandingkan dengan angka pada rumah tangga miskin. Sekitar 35 persen kematian balita mempunyai latar belakang yang berkaitan dengan kejadian kekurangan gizi.⁷ Di samping itu, kendala geografi, transportasi, akses

⁷ WHO. *The Global Burden of Disease: 2004 update* 2008; (2). *For under nutrition: Black et al. Lancet*, 2008.

informasi, ketersediaan air bersih dan sanitasi, keterbukaan daerah (adanya listrik, pasar dan fasilitas dasar lain), memberikan kontribusi yang besar terhadap penurunan kematian anak.

Penyebab utama kematian anak berhubungan dengan masalah perinatal, neonatal, diare dan pneumonia. Secara umum, keempat faktor ini berkontribusi pada sekitar 75 persen kematian bayi. Tingginya angka kesakitan merupakan risiko utama, terutama pada penduduk miskin di mana prevalensi penyakit infeksi cukup tinggi. Penyakit utama penyebab kematian pada anak adalah pneumonia, diare, malaria dan campak. Risiko utama lainnya adalah kurangnya asupan gizi dan gizi buruk, termasuk kekurangan zat gizi mikro, yang berakibat sebagai gangguan pertumbuhan, perkembangan kognitif yang terhambat, dan kerentanan terhadap penyakit. Bahkan kekurangan gizi yang ringan dan sedang sekalipun merupakan ancaman terhadap keberlangsungan hidup dan merupakan penyebab utama sebagian besar kematian anak. Tingginya angka kematian neonatal juga mencerminkan buruknya kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, yang berawal dari pelayanan keluarga berencana, pelayanan antenatal, pelayanan persalinan, dan postnatal.

Kematian akibat penyakit menular ‘tradisional’ telah berhasil diturunkan secara signifikan. Penyebab kematian neonatal merupakan penyebab utama kematian pada bayi, seperti asfiksia, permasalahan terkait berat badan lahir rendah, prematuritas dan infeksi. Seiring dengan semakin tingginya kematian yang disebabkan oleh faktor-faktor penyebab yang dapat dicegah, dan mengingat tenggat untuk mencapai tujuan MDGs ini semakin dekat, maka perubahan perilaku dan intervensi yang bersifat preventif untuk menurunkan kematian neonatal ini perlu dikembangkan, dikomunikasikan, dan diterapkan lebih intensif.

Kematian neonatal menjadi prioritas dalam strategi pembangunan kesehatan Indonesia karena masalah neonatal merupakan penyebab lebih dari sepertiga kematian anak dan hampir separuh dari total kematian bayi, diikuti oleh diare dan pneumonia (Gambar 4.4 dan 4.5). Tujuan mengurangi angka kematian anak tidak dapat dicapai tanpa kerja keras menurunkan kematian neonatal - yakni kematian yang terjadi selama masa empat minggu pertama kehidupan bayi. Dalam penetapan strategi, harus diperhatikan secara seksama bahwa penyebab utama kematian neonatal sangat erat kaitannya dengan permasalahan selama masa kehamilan, pada saat persalinan, serta perawatan bayi baru lahir terutama pada usia satu bulan pertama kehidupan.

Pemahaman berbagai intervensi teknis dasar untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak serta pemahaman tentang hubungan keseluruhan intervensi merupakan prasyarat untuk menentukan pilihan strategis kebijakan dan program di sektor kesehatan, seperti tercermin pada Gambar 4.6 yang menggambarkan *continuum of care* selama siklus kehidupan.

Konsep dari pelayanan *continuum of care* pada kesehatan ibu dan anak didasarkan pada asumsi bahwa kesehatan dan kesejahteraan perempuan, bayi yang baru lahir, dan anak-anak berhubungan erat dan harus dikelola secara terpadu. Model ini menuntut ketersediaan dan



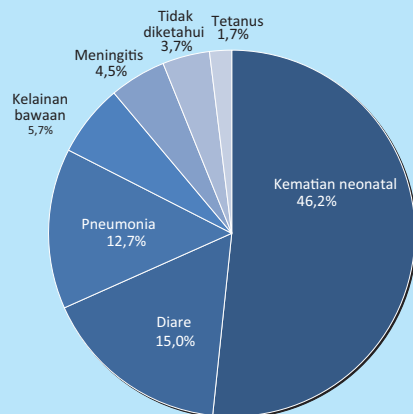
Tujuan 4: Menurunkan Angka Kematian Anak

Pemantauan Tumbuh Kembang Bayi
di Posyandu



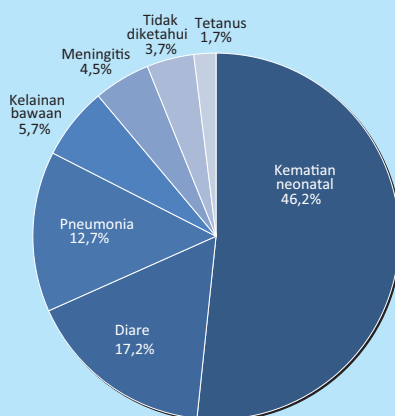
Gambar 4.4.

Penyebab Utama Kematian Bayi
(0-11 bulan) di Indonesia,
Tahun 2007

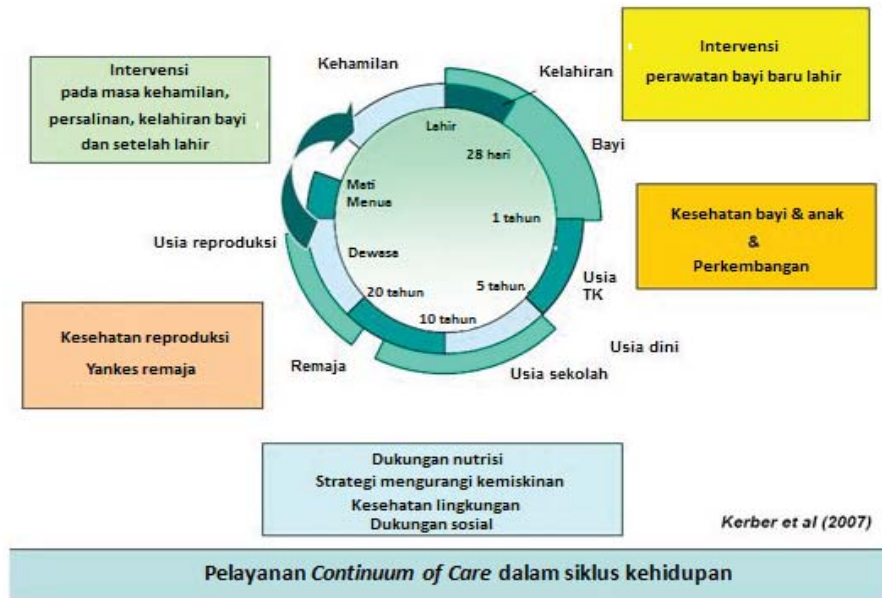


Gambar 4.5.

Penyebab Utama Kematian Balita
(0-59 bulan) di Indonesia,
Tahun 2007



Sumber:
Kemkes, Riskesdas 2007.

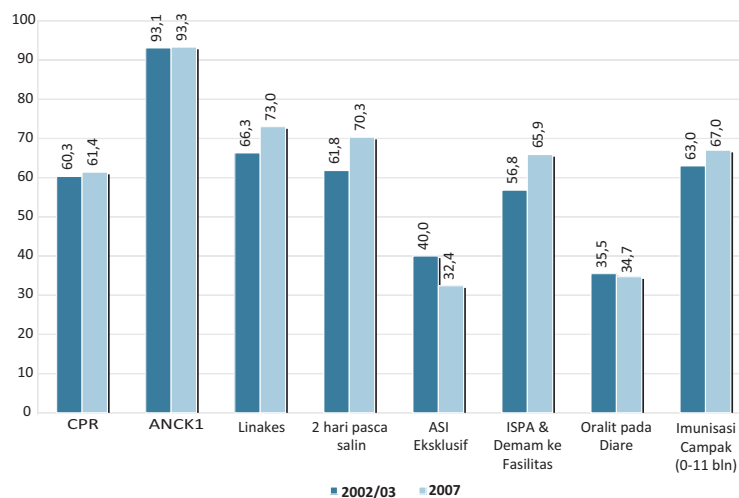


Gambar 4.6.
Pelayanan Continuum of Care dalam Siklus Kehidupan

Sumber:
Kerber et al (2007).

akses terhadap pelayanan kesehatan esensial dan kesehatan reproduksi (a) untuk perempuan dari remaja hingga kehamilan, persalinan, dan seterusnya; dan (b) untuk bayi yang baru lahir dalam masa kanak-kanak, dewasa muda dan seterusnya, karena awal yang sehat menghasilkan kehidupan yang lebih sehat dan produktif.

Pencapaian indikator *continuum of care* di Indonesia pada kurun waktu 2002/3–2007 menunjukkan sedikit peningkatan pada semua komponen, namun terdapat penurunan ASI eksklusif dan penggunaan oralit pada diare (Gambar 4.7).



Gambar 4.7.
Pencapaian Indikator Continuum of Care

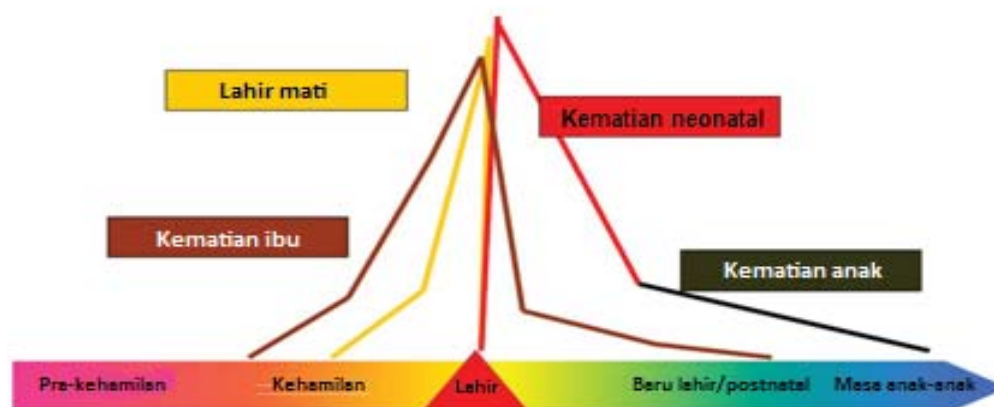
Sumber:
BPS, SDKI 2002/03-2007.



Tujuan 4: Menurunkan Angka Kematian Anak

Suatu studi tentang kelangsungan hidup anak memperkirakan bahwa cakupan universal (99 persen) dari 16 intervensi kesehatan bayi baru lahir terbukti bisa mencegah sampai 72 persen dari seluruh kematian bayi yang baru lahir. Intervensi tersebut termasuk seperti imunisasi tetanus toksoid, persalinan dibantu tenaga kesehatan, akses pelayanan darurat obstetri dan neonatal (PONED dan PONEK), inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif, mengeringkan dan menjaga kehangatan bayi baru lahir, dan jika diperlukan, resusitasi, perawatan bayi dengan berat badan lahir rendah, serta pengobatan infeksi. Serangkaian intervensi ini memperkirakan bahwa 63 persen kematian anak dapat dicegah melalui cakupan 99 persen ketersediaan intervensi yang efektif. Selain intervensi pada bayi baru lahir; akses air bersih dan sanitasi yang baik; imunisasi; pengelolaan diare, pneumonia dan malaria; praktik pemberian makan yang adekuat; dan akses pelayanan perawatan, secara signifikan dapat mengurangi kematian anak (Gambar 4.8).

Gambar 4.8.
Puncak Risiko Kematian
pada Masa Sekitar Kelahiran



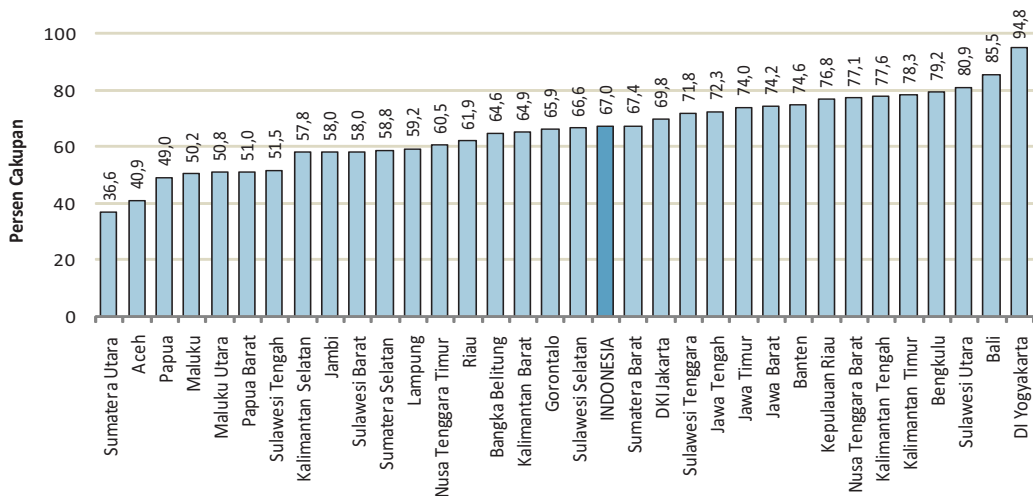
Sumber:
Kementerian Kesehatan RI.

Meningkatkan cakupan imunisasi dapat menurunkan angka kematian anak. Imunisasi campak mempunyai dampak langsung terhadap kematian anak, dan persentase anak usia 1 tahun yang telah diimunisasi dapat digunakan sebagai indikator yang baik terhadap kualitas sistem pelayanan kesehatan anak. Peningkatan sebesar 3 persen poin pada cakupan imunisasi dapat menurunkan jumlah kematian anak balita sebesar satu per seribu kelahiran hidup (UNSD 2009, ADB)⁸. Imunisasi campak hanya merupakan salah satu program penanggulangan kematian anak. Program lainnya antara lain mencakup peningkatan akses air minum layak dan sanitasi layak, penyediaan kelambu berinsektisida anti malaria, dan asupan gizi yang baik.

Data SDKI 2007 menunjukkan bahwa terdapat 18 provinsi dengan cakupan imunisasi campak lebih rendah dari rata-rata nasional, yaitu di bawah 67,0 persen. 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 DIY dengan cakupan 94,8 persen (Gambar 4.9). Berdasarkan data dari Susenas 2009, balita yang diimunisasi campak pada tahun 2004 dan 2007 menurut tempat tinggal di perkotaan dan perdesaan, menunjukkan bahwa cakupan di perdesaan cenderung tertinggal dibandingkan dengan di perkotaan. Provinsi yang menunjukkan kesenjangan yang besar antara wilayah perdesaan dan perkotaan meliputi Papua, Gorontalo dan Sulawesi Barat. Sementara beberapa provinsi lain menunjukkan cakupan

⁸ Hasil hubungan regresi imunisasi campak oleh UNSD-ADB, 2009.

di perdesaan lebih tinggi daripada di perkotaan seperti Sulawesi Utara, Bali, Kalimantan Timur, Jambi dan Kalimantan Tengah.



Gambar 4.9.
Persentase Anak Usia 1 Tahun yang Diimunisasi Campak, Menurut Provinsi, Tahun 2007

Sumber:
BPS, SDKI 2007.

Imunisasi campak pada daerah yang tidak dapat mencapai target cakupan, dilakukan melalui program *Back Log Fighting* (BLF), yaitu pemberian vaksinasi campak untuk meningkatkan cakupan terhadap anak-anak usia 12-36 bulan yang belum divaksinasi – yang hanya akan dilakukan bagi anak-anak yang belum divaksinasi sampai usia satu tahun. Untuk melengkapi imunisasi campak pada anak usia 1 tahun, di Indonesia mulai tahun 2008 telah dilakukan pemberian dosis kedua campak pada anak sekolah. Di samping itu, dilaksanakan *Crash Program* Campak yang merupakan kampanye vaksinasi yang dilakukan untuk mencakup semua anak berusia 6-59 bulan, tanpa memperhitungkan status vaksinasi anak-anak usia tersebut di kawasan dimaksud, yaitu di area yang selama 3 tahun berturut-turut tidak dapat mencapai target yang ditetapkan. Sedangkan cakupan imunisasi campak untuk anak usia 12-23 bulan hanya akan merupakan sampel pada survei yang dilakukan untuk menilai cakupan imunisasi campak untuk bayi (<12 bulan) dari program tahun sebelumnya.

Secara keseluruhan, jangkauan cakupan program imunisasi telah meningkat secara bertahap. Namun demikian, jangkauan cakupan beberapa jenis imunisasi mengalami penurunan. Selama periode 2002-2005, jangkauan beberapa program imunisasi utama - yaitu TB, DPT3, dan hepatitis - masing-masing telah meningkat sebanyak 6, 17, dan 7 persen, sehingga mencapai 82 persen, 88 persen, dan 72 persen. Kendati demikian, hal ini diikuti oleh turunnya tingkat pemberian imunisasi polio, dan campak dari masing-masing 74 dan 76 persen menjadi 70 persen. Jangkauan cakupan imunisasi lengkap masih tercatat di bawah 50 persen. Hal itu menunjukkan bahwa saat ini Indonesia tengah menggalakkan kampanye kesehatan terbesar



Tujuan 4: Menurunkan Angka Kematian Anak

dalam sejarah untuk mengatasi ancaman wabah polio yang tersebar di seluruh daerah. Setiap balita - yang secara keseluruhan berjumlah 24 juta anak - akan menerima vaksin oral polio.

Kebijakan dan strategi kesehatan di Indonesia difokuskan pada intervensi-intervensi inti meliputi antara lain: imunisasi, manajemen terpadu balita sakit (MTBS), dan intervensi gizi pada anak seraya memperhatikan faktor-faktor risiko lingkungan, terutama dalam penyediaan air, sanitasi dan polusi dalam ruangan. Kemajuan yang dicapai dalam menurunkan angka kematian anak dan bayi mencerminkan perluasan cakupan dan perbaikan mutu layanan yang berkesinambungan, mencakup imunisasi, pelayanan antenatal, perawatan medis sederhana, serta promosi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) di tingkat keluarga dan masyarakat.

Indonesia telah mengadopsi pendekatan MTBS untuk mengatasi diare, pneumonia, malaria, campak, dan gizi buruk - yang merupakan penyebab kematian yang utama. Pendekatan ini meliputi perawatan terpadu penyakit utama pada balita dengan elemen-elemen gizi, imunisasi, dan pencegahan penyakit, serta unsur promosi kesehatan. Pendekatan ini juga meliputi penyuluhan perawatan bayi/anak dan peningkatan kualitas pelayanan rujukan bagi balita sakit. Di tingkat keluarga, pendekatan difokuskan pada perbaikan gizi dan upaya pencegahan, perilaku pencarian pelayanan kesehatan yang sesuai, serta pelaksanaan pengobatan yang tepat. MTBS merupakan salah satu cara yang paling *cost-effective* untuk penanganan penyakit pada balita.

Gizi yang baik sangat dibutuhkan bagi kesehatan dan kelangsungan hidup anak-anak dengan strategi efektif berdasarkan *infant feeding practices*. Intervensi gizi yang *cost-effective*, layak, dan dapat diterapkan secara luas adalah pemberian ASI eksklusif selama kurang lebih 6 bulan yang bersifat melindungi, meningkatkan dan mendukung peningkatan gizi; pemberian makanan pelengkap yang sesuai dan melanjutkan pemberian ASI selama 2 tahun; penyediaan asupan gizi yang memadai pada saat sakit dan saat menderita gizi buruk; serta penyediaan asupan vitamin A, zat besi, dan yodium yang memadai. Strategi utama untuk mencapai hasil-hasil ini mencakup penggalakan pemberian ASI, pemantauan tumbuh kembang anak, serta peningkatan komunikasi untuk perubahan perilaku. Kondisi saat ini, 18,4 persen balita masih mengalami kekurangan gizi, sementara kekurangan zat gizi mikro, seperti yang ditunjukkan oleh konsumsi suplemen vitamin A pada anak usia 6-59 bulan selama 6 bulan terakhir turun dari 75 persen pada tahun 2002/2003 menjadi 68,5 persen pada tahun 2007 (SDKI).

Pemberian Air Susu Ibu (ASI) sudah terbukti dapat menurunkan AKB. Manfaat pemberian ASI baik bagi ibu maupun anak tak terbantahkan dan hasilnya dipengaruhi oleh durasi dan intensitas menyusui. Usia anak mulai menerima makanan pelengkap juga mempengaruhi status gizi mereka. Menyusui telah dipraktikkan hampir secara menyeluruh di Indonesia, di mana 95 persen anak balita yang mendapatkan ASI untuk beberapa waktu. Namun, hanya 44 persen bayi yang diletakkan pada dada/payudara Ibu dalam kurun waktu satu jam setelah melahirkan (sesuai rekomendasi), dan hanya 62 persen bayi mulai menyusui pada hari pertama setelah lahir.

Kotak 4.1. Kontak kulit ke kulit dan inisiasi menyusui dini mengurangi kematian bayi hingga 22 persen

Indonesia adalah salah satu negara di Asia yang mengalami kemajuan paling pesat dalam hal pengurangan kematian balita. Namun hingga kini, angka kematian bayi baru lahir dan bayi masih tetap memperlambat keseluruhan kemajuan Indonesia dalam mengurangi angka kematian balita, sehingga diperlukan akselerasi perawatan bagi bayi baru lahir. Salah satu metode yang efektif adalah kontak kulit ke kulit dan inisiasi menyusui dini bagi bayi baru lahir dalam masa satu jam pertama sejak bayi dilahirkan. Sebuah studi yang dipublikasikan di *Pediatrics* tahun 2006 menunjukkan bahwa praktik ini dapat mengurangi kematian bayi baru lahir hingga 22 persen. Manfaat inisiasi menyusui dini yaitu melindungi bayi baru lahir dari infeksi, diare, hipotermia dan masalah pernafasan.

Angka inisiasi menyusui dini dan pemberian ASI eksklusif di Indonesia masih rendah; survei terakhir (SDKI 2007) menemukan bahwa bayi yang diberi ASI eksklusif hanya terjadi pada 32 persen dari total keseluruhan bayi yang dilahirkan, hal ini lebih rendah dibandingkan hasil survei serupa (SDKI 2002/03), yaitu 40 persen. Dengan demikian, promosi pemberian ASI eksklusif bisa menjadi kebijakan yang penting dalam menurunkan angka kematian bayi baru lahir, dan informasi tentang ini harus ditujukan kepada para pembuat kebijakan, penyedia layanan dan masyarakat luas.

Untuk mensasar para pembuat kebijakan mengenai promosi pemberian ASI eksklusif, maka Indonesia harus mengikuti peraturan Internasional mengenai Pemasaran Bahan Pengganti Air Susu Ibu atau *International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes*. Upaya advokasi harus ditujukan kepada anggota parlemen, pemerintah, direktur rumah sakit, asosiasi profesi dan LSM untuk meningkatkan kepedulian mereka tentang pentingnya pemberian ASI dan memotivasi semua pihak untuk mentaati peraturan internasional tersebut.

Dengan mengadopsi protokol WHO-UNICEF untuk Rumah Sakit Sayang Bayi (*Baby-Friendly-Hospitals*), protokol klinik mengenai perawatan bayi baru lahir satu jam sejak dilahirkan telah direvisi dengan penambahan untuk segera menempatkan bayi di atas dada ibu untuk kontak kulit ke kulit dan membantu ibu mengenali kemampuan alamiah bayinya untuk menyusui. Jaringan Nasional Pelatihan Klinik (JNPK) dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) telah mengembangkan video pelatihan klinis tentang menyusui dini untuk para petugas kesehatan.

Pada tingkat masyarakat, Kementerian Kesehatan sudah merancang kegiatan berbasis masyarakat untuk menekankan perlunya dukungan sebaya (*peer*) dan keluarga untuk kegiatan menyusui.

Kebijakan tentang Pemberian Air Susu Ibu (ASI)

Untuk mengurangi tingkat kesakitan dan kematian anak-anak, Badan PBB untuk Dana Anak-anak (UNICEF) dan Badan Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan bahwa bayi harus diberi ASI sedikitnya selama 6 bulan setelah dilahirkan. Makanan padat hanya boleh dikenalkan setelah bayi berusia 6 bulan, dan bayi tetap disusui hingga tahun kedua usianya (WHO, 2005). Pada tahun 2003, pemerintah Indonesia mengganti rekomendasi lamanya tentang pemberian ASI dari empat bulan menjadi 6 bulan (Kementerian Kesehatan, 2002c).

Pada tahun 2008, telah diterbitkan Surat Keputusan Bersama antara Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi, dan Menteri Kesehatan; Nomor 48/Men.PP/XI/2008, Nomor PER.27/MEN/XII/2008, dan Nomor 1177/Menkes/PB/XII/2008; tentang Pemberian ASI Selama Jam Kerja di Tempat Kerja untuk Meningkatkan Pemberian ASI pada Bayi. Dan pada tahun 2010, Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak memberlakukan Peraturan Menteri No. 3 / 2010 tentang Pelaksanaan Sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui.

Untuk mempromosikan pemberian ASI, yang dikenal sebagai intervensi yang paling efektif dalam mengurangi kematian bayi baru lahir (*Pediatric*, 2006), pada tahun 2010, Instruksi Presiden RI No. 3/2010 diterbitkan dan merekomendasikan perlunya menerbitkan peraturan untuk mempromosikan ASI eksklusif dengan melibatkan kementerian terkait. Instruksi ini mendorong pemerintah untuk membuat peraturan cara mempromosikan ASI eksklusif. Peraturan ini akan menyertai upaya klinis dalam mempromosikan inisiasi menyusui dini, misalnya dalam satu jam pertama sejak bayi dilahirkan. Promosi pemberian ASI dengan inisiasi dini kontak kulit ke kulit juga mensasar para pembuat kebijakan, petugas kesehatan dan masyarakat.



Tujuan 4: Menurunkan Angka Kematian Anak

Meningkatkan penyediaan layanan kesehatan dasar dan memperkuat sistem rujukan merupakan bagian dari strategi utama, yang sebagian prakarsanya telah diperkenalkan yaitu: Pada pelayanan kesehatan dasar: revitalisasi pelayanan kesehatan primer, terutama penggerakan tenaga kesehatan untuk memperluas cakupan KIA dan Desa Siaga⁹; revitalisasi posyandu¹⁰ dalam meningkatkan promosi kesehatan dan program pencegahan; meningkatkan fasilitas dan prasarana PONE¹¹ di puskesmas-puskesmas; dan pemberian prioritas pembangunan di daerah yang tertinggal, perbatasan dan kepulauan. Sedangkan pada sistem rujukan: PONEK¹² di rumah sakit akan ditingkatkan jumlahnya (hingga lebih dari 300 rumah sakit pada tahun 2010), kualitas pembinaan akan ditingkatkan; rumah sakit akan didorong untuk menciptakan lingkungan sayang bayi dan ibu; peningkatan sistem informasi pada layanan KIA; serta memperluas ketersediaan layanan bank darah di rumah sakit.

Tantangan

Meskipun kemajuan dalam penurunan kematian anak (dan bayi) telah cukup menggembirakan, Indonesia masih menghadapi berbagai tantangan penting di semua aspek kebijakan dan program utama terkait kesehatan anak. Untuk mempertahankan dan memperluas upaya cakupan imunisasi, deteksi dini dan perawatan segera bagi balita sakit atau Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)¹³, perbaikan gizi, dan keterlibatan keluarga, peran serta masyarakat, pengendalian faktor risiko lingkungan (akses terhadap air bersih dan sanitasi) – semua memerlukan penguatan jaringan sistem pelayanan kesehatan, meliputi sumber daya manusia, keuangan, serta sumber daya materiil lainnya yang dapat dialokasikan ataupun direlokasi sesuai kebutuhan untuk menjaga momentum penting dalam pelaksanaan intervensi kunci. Yang termasuk tantangan utama antara lain: (i) pengawasan program, sinkronisasi pada intervensi efektif yang berbasis fakta menuju *universal coverage*, perencanaan sektoral terintegrasi, serta kecukupan anggaran, yang tanpa ini semua akan menghambat pencapaian cakupan imunisasi dan memperlambat upaya perluasan jangkauan; (ii) tata kelola, pelatihan staf, pendanaan dan promosi MTBS di tingkat akar rumput; (iii) penekanan pada intervensi gizi yang *cost-effective*, layak, dan dapat diterapkan secara luas yang dilaksanakan oleh penyedia layanan yang terlatih dengan dukungan sumber daya yang kuat; dan (iv) keluarga - merancang program informasi dan perubahan perilaku yang memanfaatkan peran keluarga dan melibatkannya dalam meningkatkan kesejahteraan anak (seperti inisiasi menyusui dini, cuci tangan, dan lain sebagainya).

Masalah dalam pelayanan kesehatan. Riset kesehatan dasar (Riskesdas 2007) melaporkan bahwa sekitar 20 persen kelahiran tidak memiliki akses ke layanan kesehatan yang layak, sementara pada saat yang sama kebanyakan bayi lahir di Indonesia berisiko tinggi. Dilaporkan juga bahwa 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, sementara sekitar 30 - 45 persen tinggal di lingkungan berisiko tinggi, dan hanya sekitar 30 persen dari ibu

⁹ Desa Siaga adalah desa yang memiliki kapasitas sumber daya dan kesiapan untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan dan mencapai status desa sehat.

¹⁰ PosYanDu – Pos Pelayanan Terpadu, layanan pemeriksaan kesehatan masyarakat di tingkat desa, berbasis masyarakat.

¹¹ PONE: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar.

¹² PONEK: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif.

¹³ MTBS - Manajemen Terpadu Balita Sakit

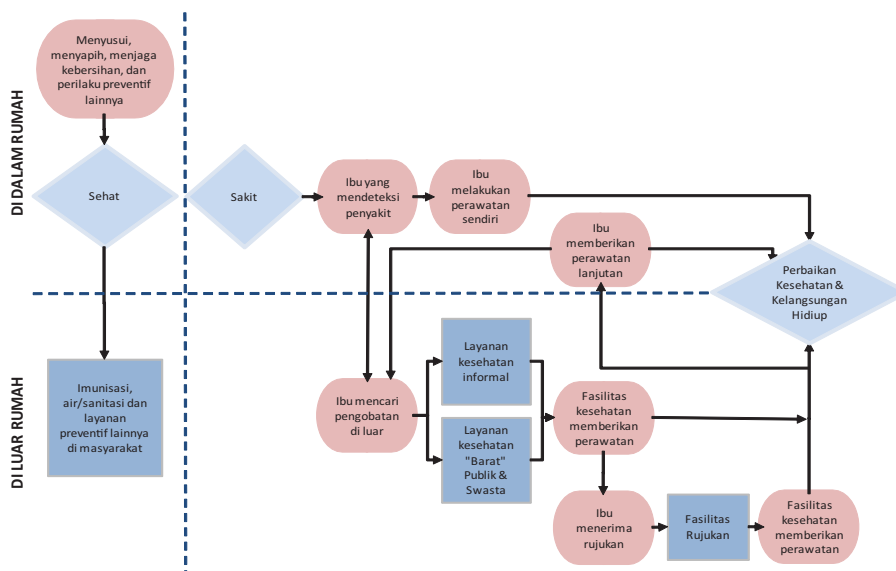
menerapkan praktik kesehatan yang baik. Faktor risiko kematian bayi dan anak sangat terkait dengan kesehatan lingkungan - air bersih, sanitasi dasar dan tingkat polusi dalam ruangan. Riskesdas tahun 2007 menemukan bahwa 65 persen bayi dan anak-anak memiliki akses terhadap air bersih dan 71 persen terhadap sanitasi dasar. Sekitar 54 persen rumah tangga menggunakan bahan bakar padat penyebab polusi dalam rumah tangga.

Tantangan lain yang memerlukan perhatian dalam pembangunan kesehatan dan mempercepat pencapaian target MDG adalah dampak perubahan iklim global terkait dengan kesehatan, kebijakan perdagangan dan pasar bebas, sistem desentralisasi kesehatan, serta kesenjangan status kesehatan antar daerah, serta aspek sosial-ekonomi dan gender.

Kebijakan dan Strategi

Perhatian khusus diberikan pada pengembangan dan perluasan intervensi-intervensi kunci sebagai berikut: (i) konsolidasi program vaksinasi; (ii) menerapkan strategi MTBS; (iii) menjamin penguatan program gizi yang terfokus; (iv) memperkuat peran keluarga, termasuk strategi komunikasi untuk perubahan perilaku dan PHBS¹⁴; (v) membenahi berbagai fasilitas kesehatan; dan (vi) memperkuat strategi terkait kesehatan neonatal dan ibu (vii) mengurangi kesenjangan geografis, sosial-ekonomi maupun aspek gender terhadap status kesehatan anak dan gizi.

Upaya pencapaian indikator *continuum of care* dipandang penting untuk difokuskan pada peningkatan akses pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin serta penduduk yang berada di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan (DTPK) dengan tujuan akhir mencapai ekuitas dan cakupan semesta, melalui pendekatan kelangsungan hidup anak (Gambar 4.10).



Gambar 4.10.
Panduan Program Alur
Kelangsungan Hidup

Sumber:
USAID/BASICS Project, 1996.

¹⁴ Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) meliputi 10 indikator: (i) persalinan dibantu oleh tenaga kesehatan terampil; (ii) pemberian ASI secara eksklusif untuk bayi 0-6 bulan; (iii) kebiasaan merokok; (iv) aktivitas fisik; (v) konsumsi buah-buahan dan sayuran; (vi) penggunaan sanitasi yang baik; (vii) akses ke air minum meningkat; (viii) kepadatan penduduk per area lantai; (ix) jenis lantai dari rumah bukan tanah (lantai tahan air); dan (x) kepemilikan asuransi kesehatan. Target pencapaian PHBS di tingkat rumah tangga masih rendah yaitu 36,3 persen pada tahun 2007.



Tujuan 4: Menurunkan Angka Kematian Anak

1. **Strategi untuk mengatasi masalah-masalah utama imunisasi untuk mencapai target cakupan imunisasi campak 93 persen pada tahun 2014 sesuai RKP 2011 dan cakupan nasional imunisasi lengkap 90 persen pada 2014 (meliputi semua desa) antara lain meliputi:**
 - a) **Memastikan program imunisasi dengan sumber daya yang memadai.** Hasil-hasil program imunisasi dapat tetap dipertahankan jika program tersebut mempunyai dukungan sumber daya memadai dan tidak hanya mencakup vaksin atau perangkat dan mata rantai pendingin (*cold chains*), tetapi juga biaya operasional dan perawatan, staf dan pelatihannya serta biaya-biaya yang dibebankan oleh fasilitas kesehatan guna menjamin prasarana vaksinasi. Biaya-biaya ini akan meningkat seiring dengan meluasnya jangkauan.
 - b) **Mempertahankan sentralisasi pelaksanaan program hingga tingkat tertentu—** dalam penyusunan kebijakan, penetapan norma dan standar, pengadaan vaksin dan peralatan, serta perencanaan upaya surveilans penyakit;
 - c) **Mempertahankan peran pemerintah pusat dalam analisis dan pelaksanaan pemantauan penyakit** (menyadari bahwa penyakit-penyakit yang dapat dicegah oleh vaksin tidak mengenal batas-batas politik - batas wilayah provinsi dan kabupaten);
 - d) **Memastikan bahwa petugas teknis imunisasi dilibatkan dalam penyusunan skema reformasi** sehingga fitur-fitur yang sangat penting bagi kualitas imunisasi serta pertimbangan-pertimbangan efektivitas turut dimasukkan;
 - e) **Pemerintah, dalam rencana pembangunan jangka menengah telah menyusun target nasional tahunan** untuk dimonitor pencapaiannya mencakup imunisasi campak dan imunisasi lengkap bagi bayi (usia 0-11 bulan) sebagaimana tercantum pada tabel pentahapan pencapaian target tahunan RPJMN (**Tabel 4.1**);
2. **Strategi untuk mengatasi masalah-masalah dalam pelaksanaan MTBS adalah sebagai berikut:**
 - a) **Melakukan pelatihan berfokus pada MTBS** bagi petugas kesehatan yang melayani anak-anak di fasilitas kesehatan tingkat pertama, yang dapat meningkatkan kinerja secara cepat dan berkesinambungan;
 - b) **Memperkuat struktur manajemen di tingkat pusat dan daerah;** mengurangi tingkat *turnover* pegawai; meningkatkan pendanaan MTBS; memperkuat koordinasi dengan program-program kesehatan anak lainnya dan mengharmonisasikan peraturan-peraturan yang ada; serta meningkatkan pembinaan di tingkat fasilitas;
 - c) **Menjamin Ketersediaan obat esensial terkait MTBS;**
 - d) **Melaksanakan MTBS di tingkat keluarga dan masyarakat** guna mengoptimalkan upaya mencari pelayanan dan pemanfaatan layanan kesehatan.
 - e) **Menyelenggarakan konseling bagi Ibu dan *caregivers*** mengenai bagaimana cara merawat balita sakit, cara pemberian ASI atau memberi makanan, serta bagaimana dan kapan harus kembali ke pelayanan kesehatan untuk kunjungan ulang.

3. **Strategi untuk menangani permasalahan gizi utama dalam mencapai target nasional untuk menurunkan *stunting* pada balita dari 36,8 persen menjadi 32 persen pada 2014¹⁵ meliputi:**

- a) **Menekankan pemberian ASI secara eksklusif dan pemberian makanan pelengkap yang sesuai;** gizi yang memadai selama masa sakit dan menderita gizi buruk; serta penyediaan asupan gizi mikro yang cukup;
- b) **Mendukung tumbuh kembang anak melalui penyediaan informasi bagi keluarga dan masyarakat tentang pemberian makanan, perawatan anak, dan upaya memperoleh layanan kesehatan.** Hal dilakukan melalui: (i) penyediaan rekomendasi tentang perawatan individu anak-anak; (ii) pengembangan rencana kegiatan masyarakat untuk mendukung keluarga dalam menjaga proses tumbuh kembang anak;
- c) **Memperkenalkan komunikasi untuk perubahan perilaku (*Behavior Change Communication-BCC*).** Meski upaya penyuluhan dapat menyampaikan pesan pendidikan gizi yang benar secara teknis dan mudah dipahami, masyarakat belum tentu mempraktikkannya sesering atau sebaik yang diharapkan. Hal itu disebabkan baik oleh keyakinan mereka sendiri maupun persepsi kalangan yang dekat dengan mereka, atau karena masalah praktis lain yang ada. Sebaliknya, *BCC* merupakan cara untuk menyikapi berbagai alasan tentang mengapa perilaku tertentu tidak boleh dilakukan - baik yang bersifat praktis semata maupun yang berupa norma sosial atau persepsi budaya - dan menunjukkan cara mengatasi penolakan dan memotivasi praktik yang diinginkan, melalui komunikasi antarpribadi atau melalui media massa;
- d) **Mengupayakan intervensi gizi mikro.** Ini merupakan salah satu intervensi kesehatan anak yang paling murah, dan perpaduan tiga strategi utama - peningkatan asupan makanan, ketahanan pangan, dan pemberian suplemen langsung – yang dapat memberikan pengaruh signifikan pada morbiditas maupun mortalitas anak; dan
- e) **Mengupayakan strategi pemberian makanan tambahan.** Pemberian makanan tambahan merupakan tindakan penting dalam situasi keterbatasan akses memperoleh makanan di kalangan kelompok rentan dalam keluarga rawan pangan yang berpotensi menjadi penyebab timbulnya gizi buruk. Meskipun demikian, hal itu dinilai sebagai intervensi yang relatif mahal sehingga digunakan sebagai pelengkap bagi intervensi-intervensi lainnya.

4. **Berbagai permasalahan penting yang dapat ditangani keluarga antara lain sebagai berikut:**

- a) **Melindungi anak-anak di daerah endemis malaria dengan kelambu yang mengandung insektisida.** Suatu meta-analisis¹⁶ menunjukkan bahwa kelambu yang mengandung insektisida berhubungan dengan penurunan angka kematian anak sebesar 17 persen bila dibandingkan dengan populasi kontrol yang tidak memakai kelambu atau memakai kelambu yang tidak mengandung insektisida;

¹⁵ Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014.

¹⁶ Meta-analisis dari 4 uji kontrol acak di Afrika.



Tujuan 4: Menurunkan Angka Kematian Anak

- b) **Memastikan bahwa anak-anak menerima imunisasi lengkap (Hepatitis, BCG, difteri, tetanus, pertusis, vaksin polio oral, dan campak) sebelum berusia satu tahun;**
 - c) **Mengenali anak sakit yang memerlukan perawatan dan mencari perawatan pada fasilitas/tenaga kesehatan yang tepat.** Berbagai penelitian yang mengkaji faktor-faktor penyebab kematian anak menemukan bahwa keterlambatan upaya pencarian perawatan berkontribusi pada 70 persen kasus kematian anak;
 - d) **Memberikan lebih banyak makanan dan minuman, termasuk ASI, kepada anak-anak sakit.** Anak-anak membutuhkan makanan, ASI dan cairan lebih banyak saat sedang sakit, namun 16-65 persen *caregivers* tidak memberikannya. Uji kontrol acak menemukan bahwa pemberian makanan bergizi lengkap kepada anak yang sedang menderita muntaber dapat meningkatkan asupan energi dan penyerapan gizi;
 - e) **Memberikan perawatan yang tepat di rumah kepada anak yang menderita infeksi. Muntaber, malaria, dan infeksi tanpa komplikasi dapat ditangani di rumah dengan perawatan baik.** Terapi rehidrasi oral dapat mencegah kematian akibat diare dalam semua kasus diare, kecuali kasus yang sangat berat. Pelatihan bagi para ibu dalam perawatan demam malaria di rumah dan peningkatan akses perawatan akan dapat memberikan dampak yang signifikan.
 - f) **Mengikuti saran petugas kesehatan dalam perawatan, tindak lanjut, dan rujukan.** Tidak mematuhi anjuran petugas kesehatan tentang perawatan dan rujukan dapat mengakibatkan perawatan yang tidak lengkap, kegagalan terapi, resistensi terhadap obat, dan penyalahgunaan sisa obat.
5. **Penguatan masyarakat melalui perubahan perilaku melalui peningkatan PHBS di tingkat rumah tangga dari 50 persen menjadi 70 persen pada tahun 2014 (RPJMN 2010-2014).** Beberapa strategi telah diperkenalkan di Indonesia untuk 5 tahun ke depan, melalui program komunikasi perubahan perilaku dan KIE meliputi cuci tangan, ASI eksklusif, pemberian makanan pelengkap untuk bayi berusia 6-24 bulan, program perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), dan sebagainya.
6. **Memperkuat Pelayanan Kesehatan Neonatal dan Ibu, melalui:**
- a) **Dukungan untuk menerapkan strategi kelangsungan hidup untuk bayi baru lahir dan anak-anak** dengan menekankan pelayanan kehamilan dan persalinan, pelayanan dasar bagi semua bayi yang baru lahir (termasuk inisiasi menyusui dini dan ASI eksklusif, menjaga kehangatan, dan perawatan tali pusat), deteksi dan pengobatan infeksi, serta perawatan khusus bagi bayi yang baru lahir dengan berat badan di bawah normal.
 - b) **Dukungan yang berfokus pada pendekatan pelayanan esensial obstetrik dan neonatal** untuk pencegahan dan perawatan segera pada komplikasi kehamilan, persalinan maupun masa neonatal (yang meliputi pelatihan, bimbingan, dan sebagainya).

- c) **Sasaran masalah komplikasi kehamilan dan kelahiran dan masa neonatal yang berfokus pada penyebab utama kematian ibu dan neonatal** (asfiksia, BBLR/prematuritas, sepsis dan kelainan kongenital); peningkatan kualitas untuk mempromosikan higiene; pelatihan bagi petugas kesehatan masyarakat mengenai praktik persalinan yang bersih; vaksinasi dan dukungan pemberian suplemen zat besi untuk mencegah anemia selama masa kehamilan.
7. **Memperkuat dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan**, memperkenalkan strategi-strategi untuk mempromosikan pelayanan kesehatan dasar dan revitalisasi Posyandu, peningkatan fasilitas hingga menjadi PONEK dan PONEK; dan menjamin tersedianya biaya operasional kesehatan untuk rumah sakit dan puskesmas yang disebut BOK (Biaya Operasional Kesehatan).
8. **Partisipasi masyarakat melalui kegiatan posyandu**: pemantauan status gizi bayi dan balita setiap bulan melalui penimbangan berat badan, imunisasi dasar lengkap dan layanan kesehatan lainnya yang disediakan di Posyandu.
9. **Advokasi kebijakan** bagi provinsi-provinsi dengan tingkat pencapaian target MDGs goal 4 yang masih rendah untuk:
- a) Meningkatkan lokasi sumber daya yang memadai dengan mempertimbangkan daya serap.
 - b) Meningkatkan penyediaan anggaran publik untuk kesehatan dalam mengurangi risiko finansial khususnya masyarakat miskin.
 - c) Mengembangkan instrumen monitoring.
 - d) Meningkatkan advokasi dan kemampuan tenaga kesehatan (*capacity building*).
 - e) Mengembangkan strategi dalam penyediaan tenaga kesehatan strategis di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan dan kepulauan.

Untuk mendukung strategi tersebut, strategi lintas sektoral perlu dipadukan untuk mempercepat pencapaian target MDG; yaitu pelayanan yang terintegrasi/terpadu, penanggulangan penyakit menular, mekanisme distribusi, surveilans serta teknologi KIE, dengan kegiatan-kegiatan di bidang air dan sanitasi, lingkungan, pendidikan, gender dan pemberdayaan perempuan, dan program perlindungan sosial.

Untuk memastikan kemajuan, target nasional untuk bayi yang baru lahir, bayi dan pola pengasuhan anak telah ditetapkan dalam rencana pembangunan nasional jangka menengah sebagaimana yang disajikan dalam tabel berikut:



Tujuan 4: Menurunkan Angka Kematian Anak

Tabel 4.1.

Prioritas, Output, dan Target Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Anak, Tahun 2010—2014

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan anak	Cakupan KN1	84%	86%	88%	89%	90%
	Cakupan KN4	80%	82%	84%	86%	88%
	Cakupan pengobatan pada komplikasi neonatal	60%	65%	70%	75%	80%
	Cakupan pelayanan kesehatan bagi bayi	84%	85%	86%	87%	90%
	Cakupan pelayanan kesehatan bagi balita	78%	80%	81%	83%	85%
	Cakupan imunisasi lengkap anak usia 1 tahun	80%	82%	85%	88%	90%
	Cakupan imunisasi campak anak usia 1 tahun	80%	85%	88%	90%	93%

Sumber:
RPJMN 2010-2014 dan
RKP 2011.

Dalam rangka mempercepat pengurangan kematian bayi baru lahir khususnya dengan pencapaian kemajuan yang lambat, melalui Instruksi Presiden RI Nomor 3 tahun 2010 telah ditetapkan target yang akan dicapai dalam dua tahun pertama dari rencana pembangunan jangka menengah, termasuk prioritas intervensinya, antara lain: (i) meningkatkan cakupan imunisasi campak anak usia 0-11 bulan dengan fokus pada peningkatan cakupan di provinsi-provinsi dengan cakupan lebih rendah dari rata-rata nasional (76,4 persen): Aceh, Sumatera Utara, Papua Barat, Maluku, Jambi, Kalimantan Selatan, Papua, Kalimantan Barat, Riau, Bangka Belitung, Sulawesi Selatan, Gorontalo, Maluku Utara, Sulawesi Tengah, Sumatera Barat, Sumatera Selatan dan Sulawesi Barat. Upaya ini akan dikoordinasikan oleh Kementerian Kesehatan bekerja sama dengan Kementerian Dalam Negeri, dan akan mengerahkan seluruh pemerintah daerah dalam mencapai prioritas ini; dan (ii) menetapkan peraturan untuk mempromosikan pemberian ASI secara eksklusif, dengan melibatkan kementerian terkait (lihat teks **Kotak 4.1**).



Tujuan 5: Meningkatkan Kesehatan Ibu



Target 5A:

Menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga-perempat dalam kurun waktu 1990 - 2015

Indikator

5.1. Angka Kematian Ibu per 100.000 kelahiran hidup:

Acuan dasar (1991)	: 390 (SDKI)
Saat ini (2007)	: 228 (SDKI)
Target Nasional (2014)	: 118 (RPJMN 2010-2014)
Target (2015)	: 102

5.2. Proporsi kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan terlatih (%):

Acuan dasar (1992)	: 40,70 persen (Susenas)
Saat ini (2009)	: 77,34 persen (Susenas)
Target Nasional (2014)	: 90,00 persen (RPJMN 2010-2014)



5

Tujuan 5: Meningkatkan Kesehatan Ibu

Target 5B:

Mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015

Indikator

5.3. Angka pemakaian kontrasepsi/Contraceptive Prevalence Rate (CPR) pada perempuan menikah usia 15-49 tahun, semua cara:

Acuan dasar (1991): 49,7 persen (SDKI)
Saat ini (2007): 61,4 persen (SDKI)

5.3a. Angka pemakaian kontrasepsi (CPR) pada perempuan menikah usia 15-49 tahun, cara modern:

Acuan dasar (1991): 47,1 persen (SDKI)
Saat ini (2007): 57,4 persen (SDKI)
Target Nasional (2014): 65,0 persen (RPJMN 2010-2014)

5.4. Angka kelahiran remaja (perempuan usia 15-19 tahun):

Acuan dasar (1991): 67 kelahiran per 1000 perempuan menikah usia 15-19 tahun (SDKI)
Saat ini (2007): 35 kelahiran per 1000 perempuan menikah usia 15-19 tahun (SDKI)¹⁷
Target Nasional (2014): 30 kelahiran per 1000 perempuan menikah usia 15-19 tahun (RPJMN 2010-2014)

5.5. Cakupan pelayanan Antenatal (sedikitnya satu kali kunjungan¹⁸ dan empat kali kunjungan¹⁹):

Acuan dasar (1991): 1 kali kunjungan: 75,0 persen, 4 kali kunjungan: 56,0 persen (SDKI)
Saat ini (2007): 1 kali kunjungan: 93,3 persen, 4 kali kunjungan: 81,5 persen (SDKI)

5.6. Unmet Need (kebutuhan keluarga berencana/KB) yang tidak terpenuhi:

Acuan dasar (1991): 12,7 persen (SDKI)
Saat ini (2007): 9,1 persen (SDKI)
Target Nasional (2014): 5,0 persen (RPJMN 2010-2014)

Status Saat Ini

Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia masih tetap tinggi. Kecenderungan yang ada, AKI terus menurun, namun perlu upaya dan kerja keras untuk mencapai target MDG sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015²⁰. Meskipun perkiraan angka kematian

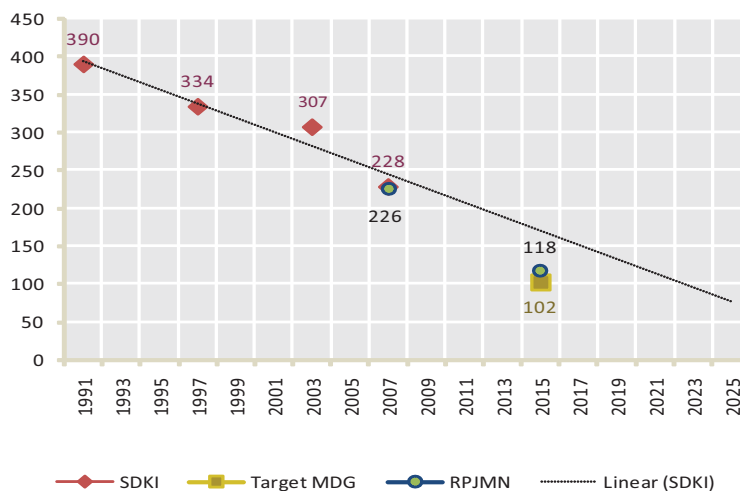
¹⁷ Angka fertilitas (SDKI 2007) dikoreksi dengan memperhitungkan perempuan tidak menikah yang memiliki anak.

¹⁸ Lihat definisi pada Annex.

¹⁹ Lihat definisi pada Annex.

²⁰ Indonesia belum memiliki sistem statistik secara langsung untuk mengumpulkan informasi terkait indikator ini. Perkiraan usia spesifik yang bersifat langsung terkait kematian ibu didapat dari laporan dari sanak saudara ibu yang masih hidup yang dikumpulkan dari laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) secara serial.

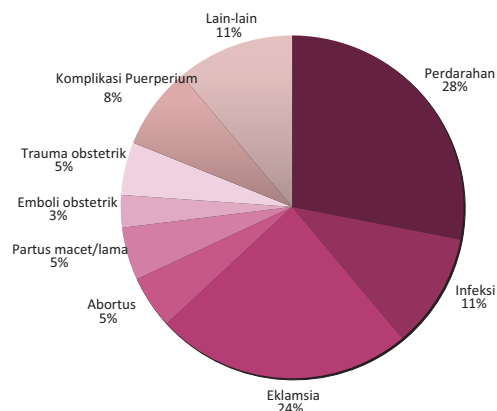
ibu bervariasi berdasarkan sumbernya, data SDKI 2007 mengungkapkan 228 kematian per 100.000 kelahiran hidup untuk periode 2004-2007. Data ini menunjukkan penurunan secara bertahap dari 307 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada 1998-2002 dan 390 kematian per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1991 (**Gambar 5.1**). Sebagaimana diperkirakan oleh WHO, 15-20 persen ibu hamil baik di negara maju maupun berkembang akan mengalami risiko tinggi (risti) dan/atau komplikasi, maka diperkirakan setiap tahun sekitar 711.111 hingga 948.148 perempuan dan remaja putri Indonesia akan mengalami risti/komplikasi pada masa kehamilan, persalinan dan nifas.



Gambar 5.1.
Tren Nasional dan Proyeksi Angka Kematian Ibu, Tahun 1991-2025

Sumber:
BPS, SDKI berbagai tahun.

Di Indonesia, sekitar 80 persen kematian ibu disebabkan komplikasi langsung obstetri, terutama perdarahan, sepsis, aborsi tidak aman, pra-eklampsia dan eklampsia, serta partus lama atau partus macet (**Gambar 5.2**). Sisanya yaitu 20 persen kematian ibu disebabkan oleh penyebab tidak langsung, yaitu, akibat kondisi medis yang diperburuk oleh kehamilan atau persalinan. Meskipun sebagian besar penyebab kematian ibu dapat ditangani, namun karena kurangnya pengetahuan dan stigma sosial, serta terbatasnya akses terhadap pelayanan kesehatan, jutaan perempuan mengalami beban penyebab kematian karena melahirkan tanpa disadari (Donnay dan Weil 2004).



Gambar 5.2.
Penyebab Utama Kematian Ibu, Tahun 2001

Sumber:
BPS, Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001.

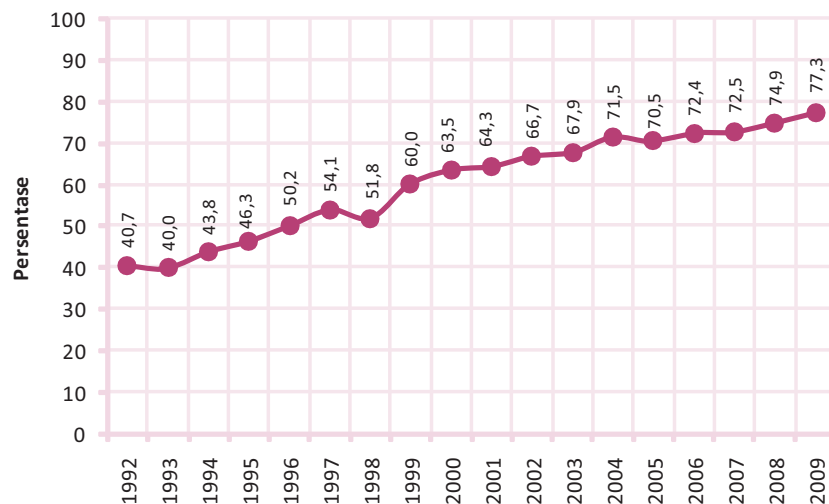


Intervensi kunci yang mempengaruhi AKI mencakup pelayanan antenatal yang adekuat, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, perawatan yang tepat untuk kehamilan risiko tinggi, program keluarga berencana untuk menghindari kehamilan dini, mengurangi tingkat aborsi tidak aman dan *post abortion care*, serta program-program perubahan perilaku (meningkatkan kesadaran) di kalangan perempuan usia subur.

Salah satu cara yang paling efektif untuk menurunkan angka kematian ibu adalah mendapatkan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih. Sebesar 77,34 persen persalinan saat ini ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih (Susenas 2009), dibandingkan dengan 72,5 persen (Susenas 2007) dan 66,7 persen (Susenas 2002). Sementara target Kementerian Kesehatan pada tahun 2010 adalah 90 persen.

Gambar 5.3.
Kecenderungan Nasional
Persalinan Ditolong Oleh Tenaga
Kesehatan Terlatih,
Tahun 1992-2009

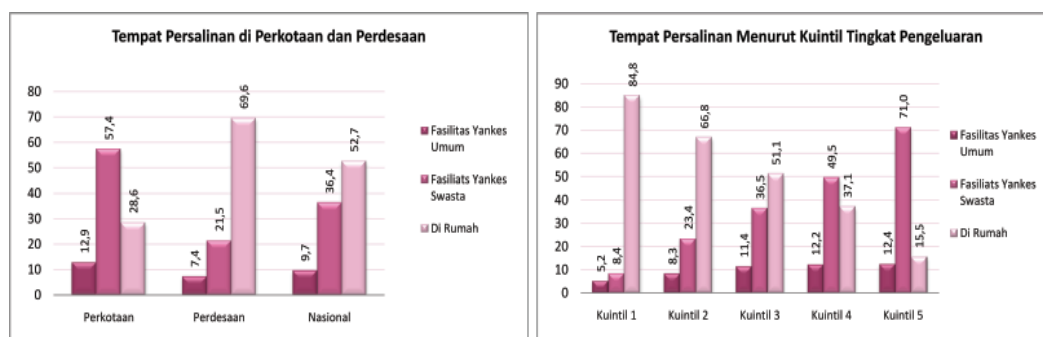
Sumber:
BPS, Susenas 1992-2009.



Berdasarkan SDKI 2007, proses persalinan di fasilitas kesehatan mengalami peningkatan secara bertahap dan mencapai 46,1 persen dari total persalinan pada tahun 2007. Secara umum, pemanfaatan fasilitas kesehatan swasta mengalami peningkatan, yaitu sebesar 36,4 persen persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan swasta dibandingkan dengan hanya 9,7 persen persalinan di fasilitas kesehatan pemerintah. Persentase proses persalinan di fasilitas kesehatan mengalami peningkatan sesuai dengan usia, tingkat pendidikan, dan tingkat pengeluaran ibu. Hanya 13,6 persen perempuan miskin yang melakukan persalinan di fasilitas kesehatan, dibandingkan dengan 83,4 persen di kalangan perempuan kaya.²¹ Secara total, hanya 46,1 persen ibu yang bersalin di fasilitas kesehatan, dan sisanya, separuh lebih memilih bersalin di rumah. Disparitas antarwilayah persalinan di fasilitas kesehatan, berkisar dari tertinggi di Bali sebesar 90,8 persen sampai dengan yang terendah di Sulawesi Tenggara sebesar 8,4 persen. Tempat persalinan -di rumah atau di fasilitas kesehatan- juga menunjukkan adanya kesenjangan ketersediaan fasilitas baik di antarwilayah maupun antarkota-desa.

²¹ Kuintil tingkat pengeluaran terendah dibandingkan dengan kuintil tertinggi.

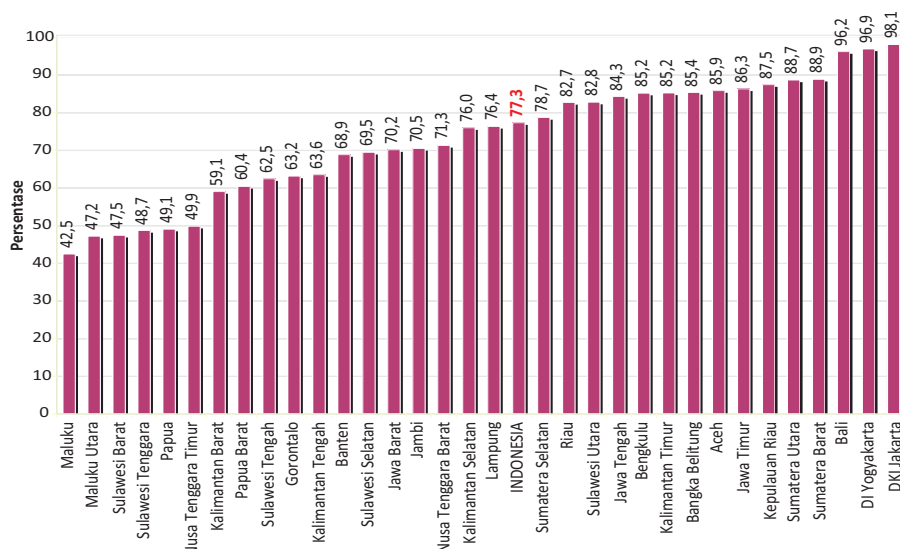
Persentase persalinan di fasilitas kesehatan (pemerintah dan swasta) lebih tinggi di daerah perkotaan (70,3 persen) dibanding di daerah perdesaan (28,9 persen). Ibu yang berpendidikan rendah lebih cenderung bersalin di rumah dibandingkan dengan ibu yang berpendidikan lebih tinggi (masing-masing 81,4 dibanding 28,2 persen). Para ibu yang tidak mendapatkan pelayanan antenatal lebih cenderung melahirkan di rumah (86,7 persen) daripada ibu yang melakukan empat kali kunjungan pelayanan antenatal atau lebih (45,2 persen). Sementara itu, persentase 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). Terdapat kesenjangan yang substansial pada pemilihan tempat persalinan antarprovinsi maupun antardesa-kota.



Gambar 5.4.
Persentase Persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Menurut Karakteristik, Tahun 2007

Sumber:
BPS, SDKI 2007.

Sementara itu, disparitas antarwilayah juga terlihat pada pertolongan persalinan oleh tenaga terlatih, yaitu berkisar dari tertinggi 98,14 persen di DKI Jakarta sampai yang terendah 42,48 persen di Maluku, seperti ditunjukkan oleh Gambar 5.5.



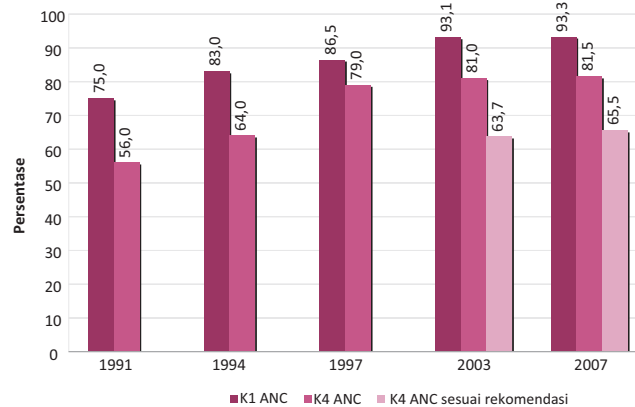
Gambar 5.5.
Persentase Pertolongan Persalinan oleh Tenaga Kesehatan Terlatih, Menurut Provinsi, Tahun 2009

Sumber:
BPS, Susenas 2009

Sekitar sembilan puluh tiga persen ibu hamil memperoleh pelayanan antenatal (*antenatal care* atau disebut *ANC*) dari tenaga kesehatan profesional selama masa kehamilan (Gambar 5.6). Sementara itu, 4,2 persen ibu hamil tidak menerima layanan ANC (SDKI 2007), dan angka ini tetap stagnan selama dekade terakhir. Terdapat 81,5 persen ibu hamil yang melakukan paling sedikit empat kali kunjungan pemeriksaan selama masa kehamilan, namun yang melakukan empat kali kunjungan pelayanan ANC atau lebih sesuai (jadual) yang dianjurkan baru mencapai 65,5 persen, dibanding target 90 persen yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan (RPJMN 2010-2014).

Hasil survei tahun 2007, menunjukkan peningkatan angka kunjungan ANC (K1) oleh tenaga kesehatan profesional yang cukup signifikan dari 75,0 persen pada tahun 1991 menjadi 93,3 persen, namun angka tersebut hanya sedikit lebih tinggi jika dibandingkan dengan capaian tahun 2003, yaitu sebesar 93,1 persen (Gambar 5.6). Data SDKI menunjukkan bahwa 3 dari 4 ibu hamil telah melakukan kunjungan ANC pertama pada trimester awal (kunjungan *antenatal care* sesuai jadual)²² sesuai rekomendasi program (Gambar 5.7).

Gambar 5.6.
Pelayanan Antenatal K1
dan K4, Tahun 1991-2007



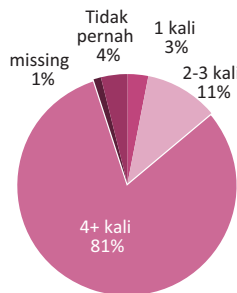
Sumber:
BPS, SDKI berbagai tahun.

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. Data SDKI (2007) menunjukkan bahwa pelayanan yang umumnya diterima pada saat kunjungan ANC, antara lain pemeriksaan tinggi fundus (96,0 persen), pengukuran tekanan darah (91,9 persen), dan penimbangan berat badan (90,7 persen), serta menerima tablet besi sebesar 77,3 persen. Sementara itu, beberapa pelayanan standar seperti pemeriksaan sampel urin dan darah, serta penjelasan tanda-tanda komplikasi kehamilan masih jarang diterima ibu hamil, masing-masing baru mencapai 38,8 persen, 40,1 persen dan 29,2 persen.²³

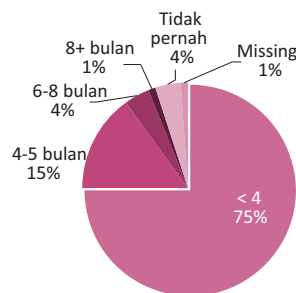
²² Setidaknya satu kali kunjungan pada trimester pertama, sedikitnya satu kali di trimester kedua, dan dua kali di trimester ketiga.

²³ Di Indonesia, direkomendasikan bahwa setiap ibu hamil mendapatkan layanan sbb: pengukuran tinggi dan berat badan, tekanan darah, tablet zat besi, imunisasi tetanus TT, dan pemeriksaan tinggi fundus (Kemkes, 2001a). Dalam setiap kunjungan antenatal care, ibu hamil harus diinformasikan tentang tanda-tanda komplikasi kehamilan, diukur berat badannya, serta diambil sampel darah dan air seni.

Frekuensi kunjungan ANC



Usia kandungan pada kunjungan pertama ANC

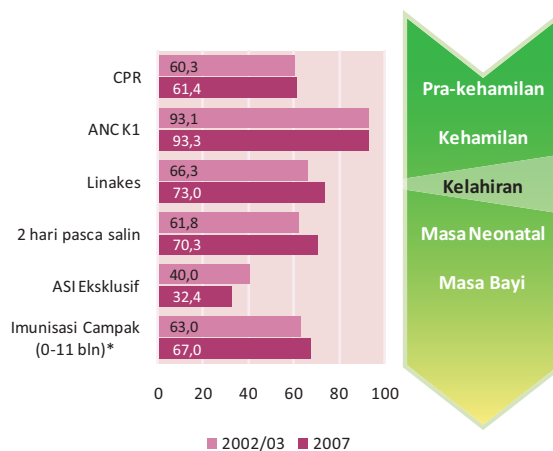


Gambar 5.7.
Kunjungan Pelayanan Antenatal, Tahun 2007

Sumber:
BPS, SDKI 2007.

Persentase ibu hamil yang memperoleh pelayanan ANC di daerah perkotaan cenderung lebih tinggi daripada di perdesaan (masing-masing 97,7 dan 90,1 persen), sedangkan untuk minimal 4 kali kunjungan sesuai jadwal, perbedaan antara perdesaan dan perkotaan mencapai 57,5 persen di perdesaan dan 76,5 persen di perkotaan. Sementara itu, para ibu hamil di perkotaan sebagian besar berkunjung sedikitnya empat kali kunjungan ANC, yaitu 89,9 persen, lebih tinggi dibandingkan di perdesaan yaitu sebesar 75,5 persen. Ibu yang tidak mengenyam pendidikan memeriksakan kehamilannya ke dukun beranak/paraji mencapai 10,6 persen, sedangkan yang tidak periksa ANC mencapai 26,0 persen. Disparitas antarwilayah untuk ibu hamil yang memperoleh pelayanan ANC oleh tenaga kesehatan profesional (K1) sangat signifikan, berkisar mulai 100 persen di DKI Jakarta sampai sekitar 70 persen di daerah Maluku dan Papua (SDKI, 2007).

Sebesar 83,4 persen ibu memperoleh pelayanan postnatal (*postnatal care* atau *PNC*). Dari jumlah tersebut, 70,3 persen ibu mendapatkan perawatan selama dua hari pertama yang paling kritis setelah melahirkan.²⁴ Pelayanan *postnatal* berbanding lurus dengan tingkat pendidikan dan tingkat pengeluaran ibu. Sebesar 39,9 persen ibu yang tidak berpendidikan dan 22,7 persen ibu yang berada di kuintil pengeluaran terendah tidak mendapatkan pelayanan *postnatal* ini.



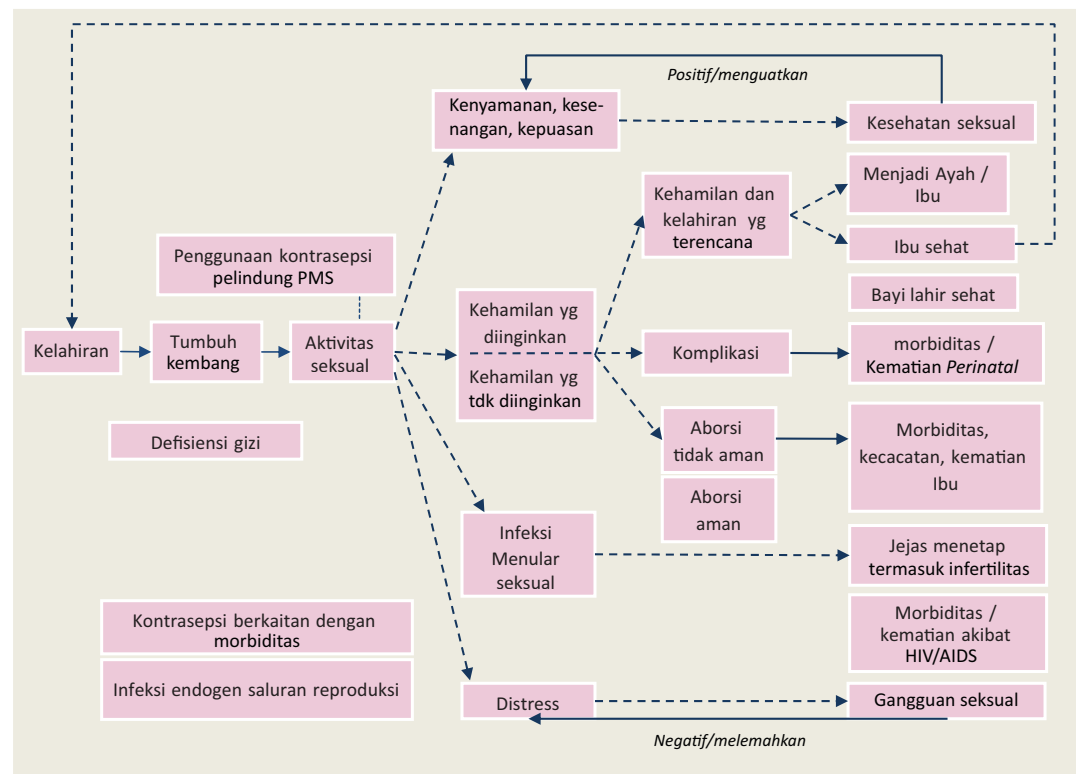
Gambar 5.8.
Continuum of Care

Sumber:
BPS, SDKI 2007.

²⁴ Pelayanan *postnatal* (*PNC*) memberikan kesempatan penanganan komplikasi yang timbul pascapersalinan dengan informasi penting kepada ibu tentang cara merawat bayi dan dirinya sendiri. Periode *postnatal* adalah waktu antara keluarnya plasenta hingga 42 hari (enam minggu) pasca persalinan. Dua hari pertama pascapersalinan merupakan masa kritis, karena sebagian besar kematian ibu dan kematian neonatal terjadi pada masa ini.

Karena *continuum of care* merupakan sebuah tindakan/upaya untuk ibu melahirkan yang aman, dan merupakan elemen penting untuk strategi peningkatan status kesehatan ibu dan anak yang dapat menurunkan angka kematian ibu dan anak. Maka, pelayanan kesehatan pra-kehamilan, kehamilan, kelahiran, periode neonatal dan bayi, seharusnya merupakan serangkaian upaya terpadu dalam pencapaian target kesehatan ibu, neonatal dan anak (**Gambar 5.8**). Selama periode pra-kehamilan, pelayanan kontrasepsi dan kesehatan reproduksi menjadi upaya penting yang perlu ditingkatkan. (**Gambar 5.9**).

Gambar 5.9.
Konsep Dasar Kesehatan Seksual dan Reproduksi

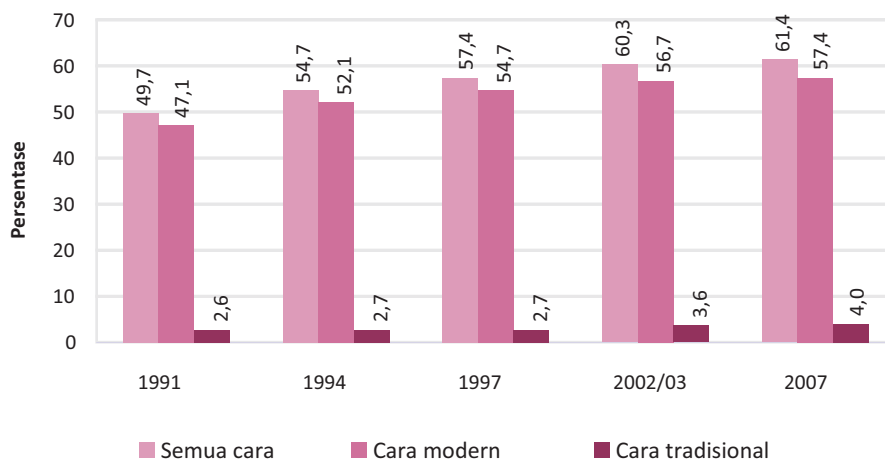


Sumber:
UN Millennium Project 2005,
diadaptasi dari Cottingham and
Myntti, 2002.

Peningkatan angka pemakaian kontrasepsi tidak signifikan dalam 5 tahun terakhir (**Gambar 5.10**). Capaian *Contraceptive Prevalence Rate (CPR)* secara nasional relatif masih rendah, yaitu 57,4 persen untuk cara modern dan 61,4 persen untuk semua cara (SDKI 2007). Selama periode 2002/2003 sampai dengan 2007, angka pemakaian kontrasepsi tidak menunjukkan peningkatan yang berarti, terutama jika dibandingkan dengan peningkatan angka pemakaian kontrasepsi pada periode tahun 1991 sampai dengan 2002/2003. Pada periode 2002/2003 sampai dengan 2007, *CPR* meningkat sebesar 1,1 persen untuk semua cara dan 0,7 persen untuk cara modern, sementara pada periode 1991 sampai dengan 2002/2003, rata-rata peningkatan *CPR* adalah 3,5 persen untuk semua cara dan 3,2 persen untuk cara modern. **Gambar 5.11** menunjukkan bahwa pada tahun 2007 di antara cara modern, KB suntik merupakan cara yang paling banyak digunakan (32 persen), diikuti pil KB (13 persen).



Penyuluhan KB



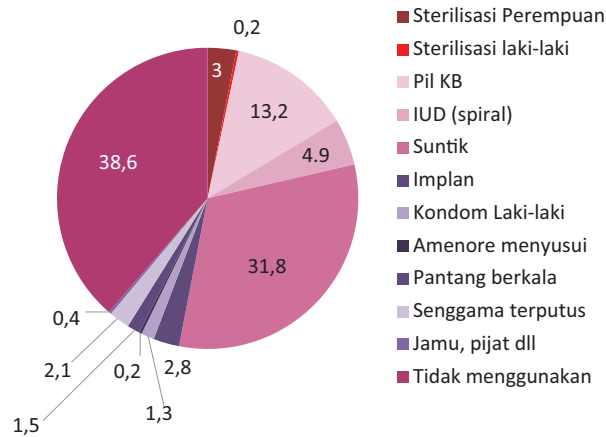
Gambar 5.10.
Kecenderungan CPR pada Perempuan Menikah Usia 15-49 Tahun, Tahun 1991-2007

Sumber:
BPS, SDKI 2007.

Gambar 5.11.

Distribusi Persentase Perempuan Menikah Usia 15-49 Tahun Menurut Cara Kontrasepsi yang Digunakan, Tahun 2007

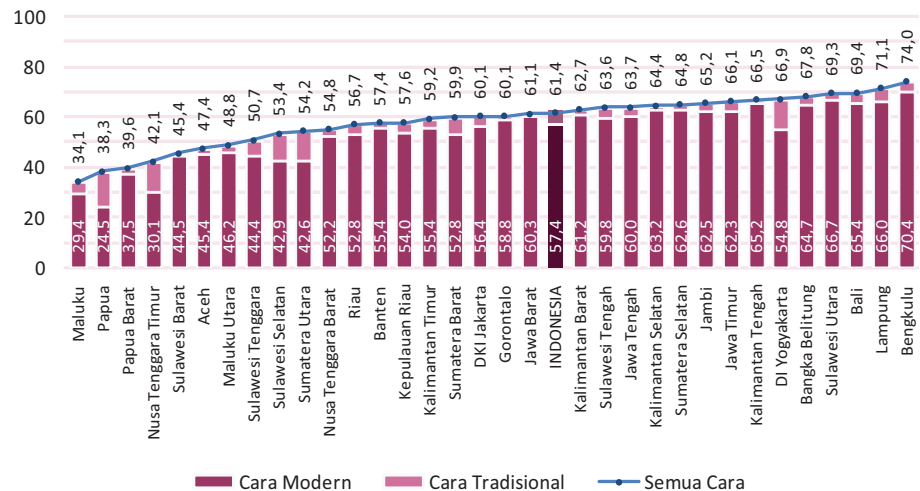
Sumber:
BPS, SDKI 2007.



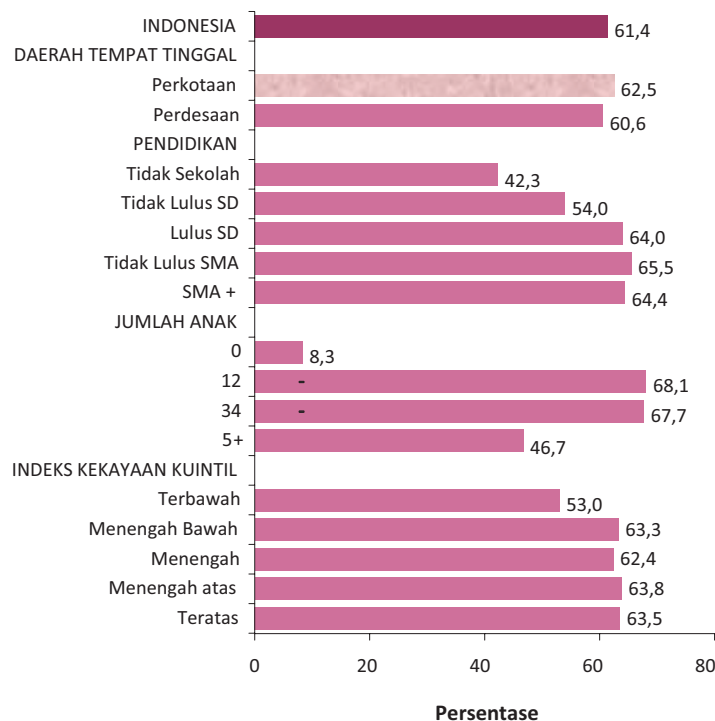
Angka pemakaian kontrasepsi bervariasi antarprovinsi, antartingkat pendidikan, dan antartingkat sosial-ekonomi. Angka pemakaian kontrasepsi terendah untuk semua cara terdapat di Maluku (34,1 persen) dan terendah untuk cara modern terdapat di Papua (24,5 persen). Sementara itu, *CPR* tertinggi untuk semua 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 kurang merata di seluruh daerah (Gambar 5.12).

Gambar 5.12.
Contraceptive Prevalence Rate Menurut Cara, Menurut Provinsi, Tahun 2007

Sumber:
BPS, SDKI 2007.



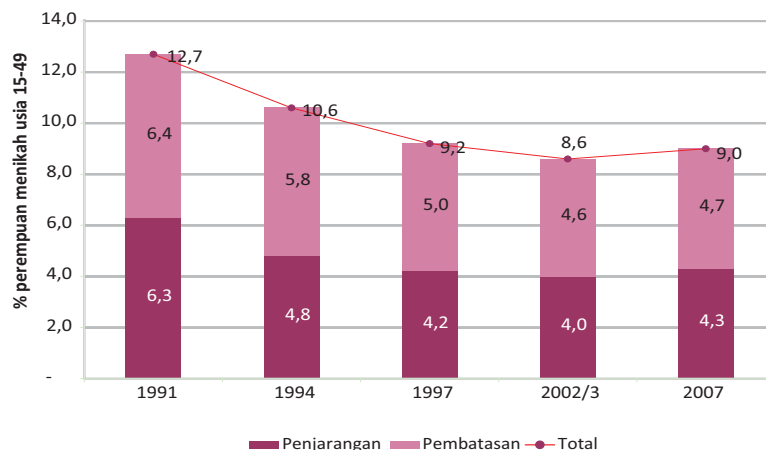
Gambar 5.13 menunjukkan bahwa penggunaan kontrasepsi di daerah perkotaan sedikit lebih tinggi daripada di perdesaan (masing-masing sebesar 63 dan 61 persen). SDKI 2007 menunjukkan bahwa penggunaan KB cara modern relatif sama di kedua daerah tersebut (masing-masing sebesar 57 dan 58 persen). Angka pemakaian 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.



Gambar 5.13.
Contraceptive Prevalence Rate
Pada Perempuan Menikah
Usia 15-49 Tahun Menurut
Karakteristik Latar Belakang,
Tahun 2007

Sumber:
BPS, SDKI 2007.

Jumlah pasangan usia subur yang ingin menjarangkan kehamilan atau membatasi jumlah anak, tetapi tidak menggunakan kontrasepsi (*unmet need*)²⁵ meningkat dari 8,6 persen (SDKI 2002/2003) menjadi 9,1 persen (4,3 persen untuk menjarangkan kelahiran dan 4,7 persen untuk membatasi kelahiran) (SDKI 2007). Penurunan *unmet need* cenderung stagnan sejak tahun 1997 (Gambar 5.14).



Gambar 5.14.
Kecenderungan *Unmet Need*,
Tahun 1991-2007

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

²⁵ *Unmet need* didefinisikan di sini sebagai persentase perempuan menikah yang tidak menginginkan tambahan anak atau ingin menunda kehamilan, tapi tidak menggunakan KB cara apapun. Perempuan dengan *unmet need* untuk "penjarangan" termasuk perempuan hamil yang kehamilannya di waktu yang tidak tepat (*mistimed*); amenore yang persalinan terakhirnya *mistime*; dan perempuan usia subur yang tidak hamil maupun amenore, yang tidak menggunakan KB cara apapun, dan yang ingin menunda 2 tahun atau lebih untuk kehamilan berikutnya. Yang juga termasuk dalam *unmet need* "penjarangan" adalah perempuan subur yang tidak menggunakan KB cara apapun dan tidak yakin apakah mereka menginginkan tambahan anak atau yang menginginkan tambahan anak tapi tidak yakin kapan. *Unmet need* "pembatasan" mengacu kepada perempuan hamil yang kehamilannya tidak diinginkan; perempuan amenore yang kelahiran anak terakhirnya tidak diinginkan; dan perempuan yang tidak hamil maupun amenore, yang tidak menggunakan KB, dan yang tidak menginginkan tambahan anak. Pengukuran *unmet need* untuk KB digunakan untuk mengevaluasi sejauh mana program telah memenuhi permintaan. Perempuan yang telah disterilkan dianggap tidak ingin anak lagi (SDKI 2007).



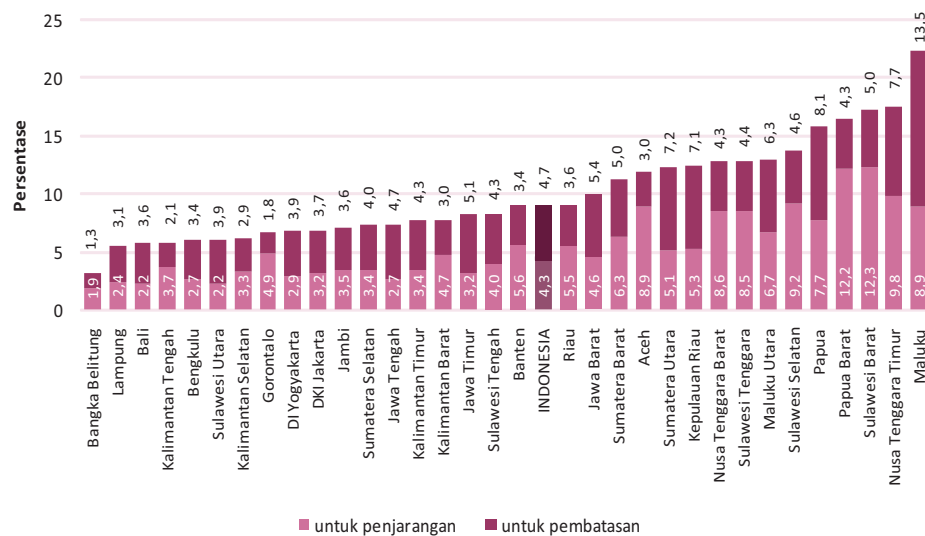
5

Tujuan 5: Meningkatkan Kesehatan Ibu

Unmet need cenderung bervariasi antarprovinsi, antardaerah dan antarstatus sosial-ekonomi. Gambar 5.15 menunjukkan provinsi dengan *unmet need* terendah terdapat di Bangka Belitung (3,2 persen) dan tertinggi di Maluku (22,4 persen). Sekitar 15 provinsi memiliki persentase *unmet need* di atas rata-rata nasional, 6 provinsi di antaranya memiliki *unmet need* di atas 15 persen dan semuanya terletak di Indonesia bagian timur. Selain itu, *unmet need* yang tinggi juga ditemukan di daerah perdesaan (9,2 persen), dan pada kelompok yang tidak berpendidikan (10,7 persen). *Unmet need* juga cenderung berbanding terbalik dengan peningkatan kuintil pendidikan dan kuintil pengeluaran, yaitu 11 persen untuk perempuan yang tidak berpendidikan dan 8 persen untuk perempuan berpendidikan tinggi (SMA ke atas); serta 13 persen untuk perempuan di kuintil terendah dan 8 persen untuk perempuan di kuintil tertinggi (**Gambar 5.16**). 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.

Gambar 5.15.
*Unmet Need Menurut Tujuan
Penggunaan, Menurut Provinsi,
Tahun 2007*

Sumber:
BPS, SDKI 2007.



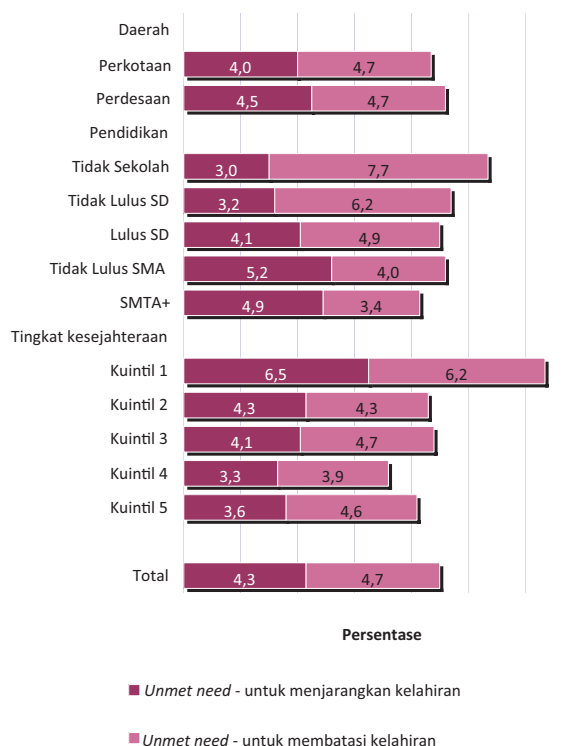
Tingginya *unmet need* juga disebabkan oleh ketakutan terhadap efek samping dan ketidaknyamanan dalam penggunaan kontrasepsi, yang mencerminkan masih rendahnya kualitas layanan KB. Data SDKI 2007 menunjukkan 60 persen perempuan menikah dengan 2 anak, 75 persen perempuan menikah dengan 3-4 anak, dan 80 persen perempuan menikah dengan 5 anak atau lebih; tidak ingin menambah anak lagi, namun tidak seluruhnya menggunakan alat kontrasepsi. Data SDKI 2007 menunjukkan bahwa 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.

Unmet need dan *CPR* akan berpengaruh pada angka kelahiran total/*Total Fertility Rate (TFR)*, demikian pula terhadap peningkatan angka kematian ibu, yang diperkirakan 6²⁶-16²⁷ persen disebabkan oleh praktik aborsi yang tidak aman. Tidak terpenuhinya kebutuhan akan layanan

²⁶ MDGs Countdown 2005, Indonesia Country Profile.

²⁷ Abortion in Indonesia Guttmacher Institute, Policy Brief, 9/2008.

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,²⁸ terutama di daerah perdesaan. Dalam beberapa pengukuran, ketidaktersediaan layanan KB juga berdampak pada akurasi data fertilitas yang terutama disebabkan oleh tidak dilaporkannya peristiwa kelahiran (lahir mati) sebagaimana hasil survei SDKI.



Gambar 5.16.
Unmet Need Menurut
Karakteristik Latar Belakang,
Tahun 2007

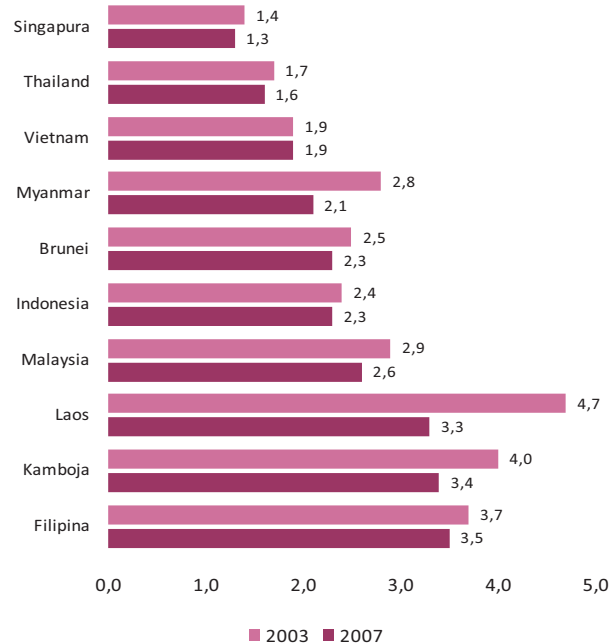
Sumber:
BPS, SDKI 2007.

Total Fertility Rate saat ini adalah **2,3 per perempuan usia reproduksi (SDKI 2007) menurun dari 3,0 pada SDKI 1991**. Penurunan angka *TFR* tersebut menunjukkan keberhasilan program KB di Indonesia. Dibandingkan dengan negara-negara Asia Tenggara lainnya, angka *TFR* di Indonesia sama dengan Brunei, dan Indonesia berada di urutan ke-5 di ASEAN setelah Myanmar (**Gambar 5.17**).

²⁸ Data *Adolescent Birth Rate* dihitung menggunakan *ASFR* usia 15-19 tahun (jumlah kelahiran pada perempuan menikah usia 15-19 tahun dibagi jumlah perempuan menikah usia 15-19 tahun).

Gambar 5.17.

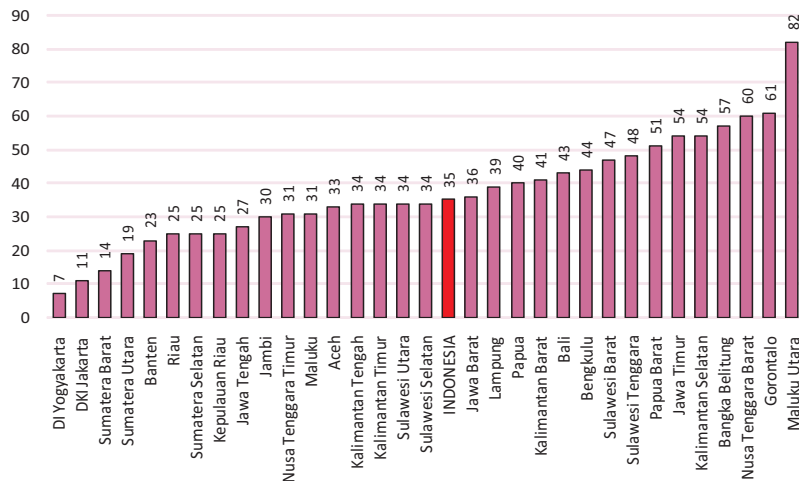
Angka Fertilitas Total di
Negara-negara Asia Tenggara,
Tahun 2002/2003 dan 2007



Sumber:
BPS, SDKI 2007.

Selanjutnya, tingginya *TFR* di beberapa provinsi di Indonesia juga disebabkan oleh kontribusi angka kelahiran remaja (*Adolescent Birth Rate*) yang relatif tinggi, yang juga menunjukkan rendahnya median usia kawin pertama pada perempuan. Di Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Selatan, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Gorontalo, Sulawesi Barat, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat, *TFR* berada di atas rata-rata nasional, yaitu 2,5; sementara itu median usia kawin pertama perempuan juga relatif masih rendah, yaitu 19,8 tahun (SDKI 2007).

Age Specific Fertility Rate (ASFR) usia 15-19 tahun menurun dari 67 kelahiran per 1000 perempuan menikah (SDKI 1991) menjadi 35 kelahiran per 1000 perempuan menikah (SDKI 2007) namun tingginya disparitas antarprovinsi, antarwilayah, dan antarsosial 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 (Gambar 5.18). Di daerah perdesaan, *ASFR* 15-19 tahun relatif tinggi yaitu 74 kelahiran per 1000 perempuan usia 15-19 tahun, sementara di daerah perkotaan *ASFR* 15-19 tahun hanya sebesar 26 kelahiran untuk kelompok yang sama. SDKI 2007 juga menunjukkan bahwa perempuan menikah usia 15-19 tahun yang pernah melahirkan lebih banyak terdapat di daerah perdesaan dibandingkan dengan di perkotaan, masing-masing sebesar 12,7 persen dan 3,9 persen. Selain itu, persentase perempuan menikah usia 15-19 tahun yang pernah melahirkan juga lebih tinggi pada perempuan dengan tingkat pendidikan dan tingkat sosial ekonomi yang lebih rendah (Gambar 5.19).

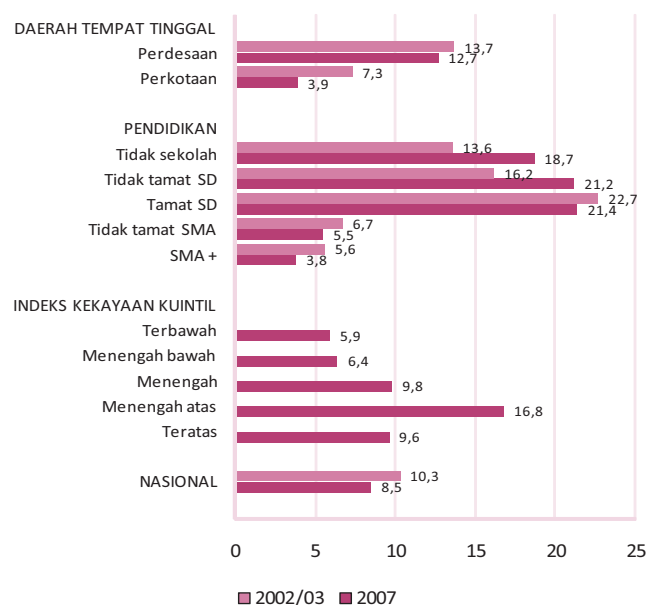


Gambar 5.18.
Age Specific Fertility Rate
(ASFR) 15-19 Tahun,
Menurut Provinsi,
Tahun 2007

Sumber:
BPS, SDKI 2007.

Tingginya angka kelahiran pada remaja disebabkan oleh terbatasnya informasi, akses, dan kualitas layanan KB dan kesehatan reproduksi. SDKI 2007 menunjukkan bahwa perempuan menikah pada kelompok usia 15-19 tahun yang menggunakan KB sebanyak 45,4 persen, terdiri dari 44,8 persen yang menggunakan cara modern dan 0,7 persen cara tradisional. Angka ini merupakan yang terendah setelah kelompok usia 45-49 tahun.

Angka kelahiran pada remaja yang pernah menikah di daerah perdesaan lebih tinggi dibandingkan dengan di perkotaan, dengan perbandingan hampir dua kali lipat di tahun 2002/2003. Di perkotaan, penurunan angka kelahiran pada remaja lebih cepat dibandingkan dengan di perdesaan (**Gambar 5.19**), yaitu dari 7,3 persen (SDKI 2002/2003) menjadi 3,9 persen (SDKI 2007), sementara di perdesaan angka kelahiran pada remaja turun dari 13,7 persen menjadi 12,7 persen untuk periode yang sama.



Gambar 5.19.
Proporsi Perempuan Usia 15-19
Tahun yang Pernah Melahirkan
Menurut Karakteristik Latar
Belakang, Tahun 2002/2003 dan
2007

Sumber:
BPS, SDKI 2002/2003 dan SDKI 2007.



Isu mengenai angka fertilitas pada remaja dapat dipandang dari aspek kesehatan maupun demografi. Dari sisi kesehatan, risiko kematian bagi ibu dan bayinya meningkat selama periode perinatal dan neonatal. Melahirkan di usia remaja, berisiko pada kerusakan sistem kesehatan reproduksi serta komplikasi kehamilan dan persalinan. Selain itu, bayi yang dilahirkan oleh ibu berusia remaja akan lebih mudah mengalami cedera saat lahir, risiko berat badan rendah, dan risiko lahir mati. Dari sisi demografi, melahirkan karena menikah di usia dini dapat meningkatkan kelahiran, sehingga dengan memperluas akses pelayanan KB dan kesehatan reproduksi dapat menurunkan tingkat fertilitas. Di samping itu, menunda kehamilan akan memperluas kesempatan untuk melanjutkan pendidikan dan memperluas akses terhadap kesempatan kerja.

Pengetahuan dan kesadaran remaja dan pasangan usia subur tentang KB dan kesehatan reproduksi masih rendah. Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Indonesia (SKRRI, BPS) tahun 2007 mengungkapkan adanya remaja yang setuju dengan hubungan seks pranikah sehingga menimbulkan potensi meningkatnya angka kehamilan yang tidak diinginkan dan angka aborsi jika tidak diikuti dengan upaya yang tepat dalam meningkatkan pemahaman tentang kesehatan reproduksi pada remaja, serta pengadaan layanan KB dan kesehatan reproduksi untuk pasangan usia subur. Tantangan ke depan adalah upaya peningkatan layanan KIE, KB dan kesehatan reproduksi bagi remaja dan pasangan usia subur.

Tantangan

Pembangunan kesehatan menghadapi sejumlah tantangan penting termasuk rendahnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan, kesadaran masyarakat, keterbatasan tenaga kesehatan, dan sistem informasi bagi perencanaan; disamping determinan sosial budaya masyarakat.

1. **Terbatasnya akses masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan yang berkualitas, terutama bagi penduduk miskin di daerah tertinggal, terpencil, perbatasan dan kepulauan (DTPK).** Fasilitas pelayanan kesehatan belum seluruhnya menjadi tempat ibu hamil melahirkan akibat terbatasnya akses, di samping masalah budaya masyarakat. Selain itu, 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 dan hambatan transportasi yang seringkali menjadi hambatan untuk mengakses fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan.

2. **Terbatasnya ketersediaan tenaga kesehatan baik dari segi jumlah, kualitas dan persebarannya, terutama bidan.** Petugas kesehatan di DTPK sering kali tidak memperoleh pelatihan yang memadai;²⁹ dan kadang-kadang kekurangan peralatan kesehatan, obat-obatan, dan persediaan darah yang diperlukan untuk menangani keadaan darurat persalinan. Hal ini terutama terjadi di daerah terpencil dan tertinggal, di mana risiko pada kehamilan dan kelahiran masih sangat tinggi. Akses kepada tenaga kesehatan terlatih, terutama bidan sangat penting bagi keberhasilan program persalinan yang aman. Masih banyak masyarakat yang mengandalkan dukun beranak dan praktik-praktik tradisional yang sering kali membahayakan keselamatan ibu akibat kurang memadainya jumlah dan pemerataan bidan, terutama di daerah terpencil.
3. **Masih rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga kesehatan dan keselamatan ibu.** Motivasi dan mobilisasi masyarakat merupakan salah satu komponen penting untuk diintervensi, terutama ketika dihadapkan pada kondisi keterbatasan akses terhadap pelayanan kesehatan. 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 (Riskesmas 2007). Rendahnya status gizi, selain meningkatkan risiko kesehatan bagi ibu hamil juga menjadi salah satu penyebab bayi lahir dengan berat badan rendah (BBLR). Disamping itu, risiko kematian ibu bahkan lebih besar bagi ibu dengan 4 "terlalu" yaitu: (i) terlalu banyak (anak); (ii) terlalu dekat (jarak antar kehamilan); (iii) terlalu tua, atau (iv) terlalu muda (usia ibu). Risiko ini juga lebih besar bagi ibu dengan kondisi khusus (menderita anemia, penyakit menular, dan sebagainya.) yang masih merupakan masalah umum di sebagian besar daerah di Indonesia.
5. **Masih rendahnya angka pemakaian kontrasepsi dan tingginya unmet need masih menjadi tantangan utama.** Tingginya angka kematian bayi dan rasio kematian ibu, usia ibu melahirkan (terlalu tua; terlalu muda), tingginya angka aborsi, dan rendahnya angka pemakaian kontrasepsi menunjukkan masih terbatasnya layanan KB yang merupakan salah satu faktor untuk menurunkan risiko kematian ibu.
6. **Pengukuran AKI masih belum tepat, karena sistem pencatatan penyebab kematian ibu masih belum adekuat.** AKI saat ini diperoleh dari perkiraan usia spesifik yang bersifat langsung terkait kematian ibu yang didapat dari laporan dari saudara kandung ibu yang masih hidup, diperoleh dari laporan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) secara serial sejak tahun 1994. Untuk mendapatkan angka kematian yang akurat dan penyebab kematian yang tepat, model statistik vital lengkap (yang dapat dilakukan melalui registrasi kematian ataupun sensus penduduk) dengan pencatatan penyebab kematian yang akurat, perlu segera diterapkan.

²⁹ 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 di mana keterampilan tersebut sangat dibutuhkan.



Kebijakan dan Strategi

Penekanan kebijakan di bidang kesehatan ibu adalah memperluas jaringan pelayanan, meningkatkan kualitas layanan serta kesadaran masyarakat. Dokumen strategi - *Healthy Indonesia 2010: Making Pregnancy Safer (MPS)* – telah diterbitkan untuk meningkatkan akses ibu dan bayi terhadap layanan kesehatan yang layak, termasuk melalui program kerjasama lintas sektor yang efektif, program pemberdayaan perempuan dan keluarganya, serta dengan upaya stimulasi keterlibatan masyarakat dalam menciptakan rumah tangga dan lingkungan yang sehat. Kebijakan untuk menempatkan bidan desa di daerah terpencil merupakan elemen kunci dalam upaya menurunkan angka kematian ibu.

Program penurunan kematian ibu harus didasarkan pada prinsip bahwa setiap ibu hamil berisiko terhadap komplikasi yang mengancam jiwa.

Untuk menurunkan rasio kematian ibu secara dramatis, semua perempuan harus memiliki akses ke pelayanan persalinan yang berkualitas. Pelayanan tersebut memiliki tiga unsur kunci:

- persalinan dibantu tenaga kesehatan terlatih,
- akses ke pelayanan obstetri darurat, dan
- sistem rujukan yang berfungsi

Memperhatikan kecenderungan penurunan kematian ibu yang berjalan lambat dan begitu kompleksnya permasalahan dan tantangan yang dihadapi dalam rangka mencapai target AKI tahun 2015, yaitu 102 per 100.000 kelahiran hidup, maka upaya-upaya ke depan harus menjamin peningkatan: (a) frekuensi dan kualitas pelayanan ANC oleh tenaga kesehatan profesional, (b) cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan terlatih; (c) akses layanan obstetri darurat (dasar dan komprehensif) pada kehamilan dan persalinan berisiko tinggi; dan (d) persentase persalinan di fasilitas kesehatan. Untuk itu, kebijakan dan strategi yang diambil meliputi:

- 1) **Peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, dengan:**
 - meningkatkan pelayanan *outreach* berbasis fasilitas yang disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat, dengan menjadikan puskesmas sebagai penyedia layanan primer; PONEK, PONEK³⁰, rumah sakit sayang ibu dan bayi serta revitalisasi posyandu;
 - meningkatkan akses layanan keluarga berencana, terutama bagi ibu pasca melahirkan dan kelompok dengan kebutuhan KB tidak terpenuhi (*unmet need group*) dengan mengembangkan 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. **Pembinaan dan peningkatan kemandirian keluarga berencana melalui:**
 - a. meningkatkan 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 (alokan) dan pelayanan KB gratis bagi masyarakat miskin;
 - b. meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku remaja tentang kesehatan reproduksi remaja, HIV/AIDS, Napza, pendidikan keterampilan hidup, serta pendidikan kehidupan berkeluarga bagi remaja;

³⁰ Panduan PBB merekomendasikan minimum satu fasilitas PONEK dan empat PONEK untuk tiap 500.000 penduduk.

- c. meningkatkan kapasitas sumber daya penyelenggara program KB di semua tingkatan, di 23.500 klinik yang perlu bantuan, partisipasi dan kemandirian ber-KB.

2. Peningkatan promosi dan penggerakan masyarakat melalui:

- a. mengembangkan media komunikasi dan intensifikasi komunikasi, informasi dan edukasi tentang pengendalian penduduk serta keluarga berencana;
- b. meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat terkait pengendalian jumlah penduduk, KB dan kesehatan reproduksi;
- c. meningkatkan komitmen dan peran serta lintas sektor dan pemerintah daerah dalam penyelenggaraan program kependudukan dan KB;
- d. menggali dan memperkuat kemitraan dengan lembaga swadaya masyarakat (LSM), swasta, dan masyarakat dalam penyelenggaraan program kependudukan dan KB.

Sumber : RPJMN 2010 - 2014

- **memperkuat fungsi bidan desa, termasuk kemitraan dengan tenaga kesehatan swasta dan dukun bayi**, terutama di daerah di mana mereka memiliki peran penting dalam kesehatan ibu, memperkuat pelayanan kesehatan berbasis masyarakat seperti melalui posyandu dan poskesdes.
- **memperkuat sistem rujukan**, untuk mengatasi masalah ‘tiga terlambat’, yang terdiri dari: (i) terlambat dalam memutuskan untuk mencari pelayanan, (ii) terlambat mencapai fasilitas pelayanan, dan (iii) terlambat dalam mendapatkan penanganan di fasilitas. Hal ini sangat penting mengingat kunci untuk menyelamatkan nyawa ibu ketika terjadi komplikasi adalah melalui perawatan yang memadai tepat pada waktunya.
- **mengurangi hambatan finansial** melalui: PKH (Program Keluarga Harapan), Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat), dan BOK (Bantuan Operasional Kesehatan), dan sebagainya.

2) **Peningkatan pelayanan *continuum of care***. *Continuum of Care* merupakan elemen penting dalam strategi peningkatan kesehatan ibu dan bayi. Program ini menempatkan persalinan yang aman sebagai elemen utama dalam kesehatan ibu dan bayi. Hal ini mencakup penyediaan layanan terpadu bagi ibu dan bayi dari kehamilan hingga persalinan, periode postnatal dan masa kanak-kanak.

3) **Peningkatan 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. Untuk meningkatkan keterampilan tenaga kesehatan, *pre-service* dan *in-services training* bagi tenaga kesehatan strategis perlu terus ditingkatkan. Keterampilan tersebut meliputi: (i) di tingkat masyarakat dan puskesmas, ditekankan pada keterampilan komunikasi kemasyarakatan maupun komunikasi interpersonal; mengenali kasus-kasus yang membutuhkan pelayanan obstetri darurat; dan keterampilan *live saving*; (ii) di tingkat rumah sakit, ditekankan pada keterampilan *live saving* dan perawatan obstetri komprehensif; dan (iii) di tingkat masyarakat, puskesmas dan rumah sakit, ditekankan pada peningkatan kualitas pelayanan, dan mendorong demand lebih tinggi. Di samping itu, untuk menjamin ketersediaan tenaga kesehatan di daerah-daerah terpencil, dapat dilakukan beberapa intervensi antara lain penerapan skema tenaga kesehatan kontrak.

Strategi pembangunan kesehatan perlu untuk membangun “koalisi yang kuat di seluruh pemangku kepentingan” ... dan ... Perencanaan proaktif tenaga kesehatan dibutuhkan pula untuk menciptakan sebuah sistem sistem kesehatan yang inklusif dan adil.



- 4) **Peningkatan pendidikan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan kesadaran tentang kesehatan dan keselamatan ibu di tingkat masyarakat dan rumah tangga** melalui pelaksanaan program perubahan perilaku yang lebih intensif dan KIE yang dirancang sesuai kondisi lokal dalam rangka mendorong upaya promosi dan pencegahan serta memperkuat pesan mengenai *safe motherhood* dalam program Suami Siaga dan Desa Siaga, program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) serta kelas ibu.
- 5) **Perbaikan status gizi ibu hamil dengan menjamin kecukupan asupan gizi.** Pemberian zat besi kepada ibu selama masa kehamilan melindungi ibu dan anak dari anemia. Diperkirakan sekitar 20 persen kematian perinatal dan 10 persen kematian ibu diakibatkan oleh anemia kurang zat besi. Anemia juga menyebabkan peningkatan risiko kelahiran prematur dan mengakibatkan berat badan bayi lahir rendah. Demikian pula, kasus kekurangan yodium dapat menyebabkan sejumlah kondisi kehamilan yang berisiko. Pemberian vitamin A pada ibu menyusui juga dipandang perlu dengan manfaat baik bagi ibu maupun sang bayi.
- 6) **Penciptaan lingkungan kondusif yang mendukung manajemen dan partisipasi stakeholder dalam pengembangan kebijakan dan proses perencanaan,** melalui: (i) penyesuaian strategi intervensi dari sisi penyedia layanan (keluarga berencana, pelayanan kesehatan ibu dan kesehatan reproduksi) dengan kondisi geografis dan sosial ekonomi yang ada;³¹ (ii) meningkatkan kesehatan neonatal sebagai bagian tak terpisahkan dari program kesehatan ibu; (iii) memperkuat perencanaan dan manajemen kesehatan di tingkat daerah untuk pelayanan kesehatan ibu dan neonatal; dan (iv) mendorong kemitraan lintas program, lintas sektor, swasta dan masyarakat guna menerapkan sinergi dalam advokasi dan penyediaan layanan.
- 7) **Penguatan sistem informasi,** khususnya dengan: (i) memperkenalkan metode-metode analitis untuk mengukur kematian ibu dengan memanfaatkan berbagai sumber data yang memiliki kualitas berbeda; (ii) memberikan fokus pada kelompok dan daerah yang memiliki risiko kematian ibu terbesar; dan (iii) menyusun berbagai model untuk mengidentifikasi strategi-strategi *safe motherhood* yang efektif.
- 8) **Penguatan koordinasi dengan memperjelas peran dan tanggung jawab pusat dan daerah** dalam rangka memperkuat surveilans, *monitoring*, evaluasi, serta pembiayaan, di mana penentuan prioritas dan alokasi sumber daya tetap memperhatikan penekanan intensitas sasaran pada daerah tertinggal dan miskin. Di samping itu, kemitraan lintas program dan lintas sektor yang efektif dengan dukungan dari lembaga swadaya masyarakat (LSM) dan sektor swasta lainnya, sangat diperlukan guna menjamin terjadinya sinergi dalam pelaksanaan program.
- 9) **Selain itu, perlu dipertajam pelaksanaan pencapaian indikator-indikator Standar Pelayanan Minimum (SPM) bidang kesehatan** yang juga merupakan indikator sasaran MDGs, dalam rangka menjamin pencapaian tujuan pembangunan kesehatan di tingkat pusat dan daerah (kabupaten/kota).

³¹ Program persalinan yang aman sering kali bersifat rumit dan hasilnya sangat bergantung pada kondisi di daerah program tersebut dilaksanakan.

Untuk menekankan strategi tersebut, RPJMN 2010-2014 telah menetapkan target tahunan sebagai berikut:

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi	Persentase ibu bersalin yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih (cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (PN))	84%	86%	88%	89%	90%
	Persentase ibu hamil yang mendapatkan pelayanan antenatal (cakupan kunjungan kehamilan ke empat (K4))	84%	86%	90%	93%	95%
	Persentase fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan KB sesuai standar.	10%	40%	75%	90%	100%

Tabel 5.1.
Prioritas, Output, dan Target Peningkatan Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu dan Reproduksi, Tahun 2010-2014

Sumber:
RPJMN 2010-2014.

Dalam upaya mencapai target keluaran (*output*) tahunan yang telah dijabarkan sebelumnya, beberapa target *output* dari tiap-tiap masukan (*input*) telah ditetapkan sebagai berikut:

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Meningkatkan pengembangan layanan persalinan dan kebidanan	Jumlah puskesmas yang menerapkan layanan kebidanan standar sesuai pedoman	70	140	210	280	350
Meningkatkan dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis pada program Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak	Jumlah Poskesdes (Pos Kesehatan Desa)	70.000	72.000	74.000	76.000	78.000

Tabel 5.2.
Prioritas, Output, dan Target Peningkatan Layanan Persalinan Kebidanan dan Dukungan Manajemen Program Gizi dan KIA, Tahun 2010-2014

Sumber:
RPJMN 2010-2014.

Sasaran yang akan dicapai dalam pembangunan KB untuk mendukung universal akses kesehatan reproduksi pada tahun 2014 antara lain: (i) menurunkan *unmet need* dari 9,1 persen menjadi 5,0 persen; (ii) meningkatkan angka pemakaian kontrasepsi (*CPR*) cara modern dari 57,4 persen menjadi 65 persen; (iii) menurunkan *Age Specific Fertility Rate (ASFR)* usia 15–19 tahun per 1.000 perempuan menikah, dari 35 menjadi 30; dan (iv) menurunkan disparitas *CPR* dan *unmet need* antarwilayah dan antartingkat sosial ekonomi. Sasaran-sasaran tersebut

dicapai dengan melaksanakan revitalisasi KB melalui program kependudukan dan keluarga berencana dengan kegiatan utama, *output*, dan target antara lain sebagai berikut:

Tabel 5.3.
Prioritas, *Output*,
dan Target untuk Program
Kependudukan dan KB
(KKB), tahun 2010-2014

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Program Kependudukan dan KB	<i>Contraceptive Prevalence Rate/CPR (%)</i>	57,4	-	-	-	65
	Jumlah peserta KB baru/PB (juta)	7,1	7,2	7,3	7,5	7,6
	Jumlah peserta KB aktif/PA (juta)	26,7	27,5	28,2	29	29,8
	Jumlah peserta KB baru mandiri (ribu)	3,4	3,4	3,4	3,5	3,6
	Persentase peserta KB aktif mandiri	48,4	49,6	49,7	50,9	51
	Persentase peserta KB baru Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)	12,1	12,5	12,9	13,2	13,6
	Persentase peserta KB aktif MKJP	24,2	25,1	25,9	26,7	27,5
	Persentase peserta KB baru laki-laki	3,6	4,0	4,3	4,6	5,0
Meningkatkan pembinaan, kesertaan, dan kemandirian ber-KB melalui 23.500 klinik KB pemerintah dan swasta	Jumlah klinik KB pemerintah dan swasta yang melayani KB	23.500	23.500	23.500	23.500	23.500
	Jumlah peserta KB baru miskin (Keluarga Prasejahtera/KPS dan Keluarga Sejahtera I/KS-I) dan rentan lainnya yang mendapatkan pembinaan dan alokon gratis melalui 23.500 klinik KB pemerintah dan swasta (juta)	3,75	3,8	3,89	3,97	4,05
	Jumlah peserta KB aktif miskin (KPS dan KS-1) dan rentan lainnya yang mendapatkan pembinaan dan alokon gratis melalui 23.500 klinik KB pemerintah dan swasta (juta)	11,9	12,2	12,5	12,8	13,1
	Jumlah klinik KB pemerintah dan swasta yang mendapat dukungan sarana prasarana	4.700	4.700	4.700	4.700	4.700
Meningkatkan kapasitas sumber daya penyelenggara program KB di 23.500 klinik KB pemerintah dan swasta dalam rangka pembinaan, kesertaan, dan kemandirian ber-KB	Persentase tenaga pelayanan KB terlatih di 23.500 klinik KB pemerintah dan swasta	35	45	75	90	100
	Persentase klinik KB yang melayani KB sesuai <i>Standard Operating Procedure (SOP)</i> dari 23.500 klinik KB pemerintah dan swasta	20	35	50	70	85
Meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku remaja tentang penyiapan kehidupan berkeluarga bagi remaja (PKBR)	Persentase pengetahuan remaja tentang:					
	· Kesehatan reproduksi remaja	50	53	56	59	62
	· HIV/AIDS	64	67	70	72	76
	· Perencanaan kehidupan berkeluarga	10	15	20	25	30
	Jumlah pelatih PKBR dilatih	-	115	30	30	30
	Jumlah <i>center of excellent</i> PKBR (per provinsi)	1	2	3	4	5
	Jumlah Pusat Informasi dan Konseling (PIK) remaja/mahasiswa yang dibentuk dan dibina	9.373	12.253	13.195	14.140	15.016

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat tentang pengendalian penduduk dan KB	Persentase media dan materi Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) yang diproduksi	38	65	84	100	100
	Persentase Pasangan Usia Subur (PUS), Wanita Usia Subur (WUS), dan remaja yang mengetahui informasi KKB melalui media massa (cetak dan elektronik) dan media luar ruang	95	95	95	95	95
Meningkatkan peran serta LSM, swasta, dan masyarakat dalam penyelenggaraan program KKB	Jumlah tenaga lini lapangan KB (Petugas Lapangan Keluarga Berencana/PLKB; Penyuluh Keluarga Berencana/PKB) yang terlatih:					
	· Latihan dasar umum (LDU)	1.065	1.343	1.342	-	-
	· <i>Refreshing</i>	1.350	2.500	2.750	2.700	1.700
	· Pelatihan teknis	3.018	3.300	3.450	2.157	950

Lanjutan Tabel 5.3.

Sumber:
RPJMN 2010-2014.

Dalam mempercepat pencapaian program kesehatan ibu, mengurangi angka kematian ibu dan meningkatkan akses untuk mendapatkan layanan kesehatan reproduksi, rencana aksi dan target telah ditetapkan dalam Instruksi Presiden RI Nomor 3/2010, yang memprioritaskan dan mengarah pada beberapa kegiatan seperti: (i) peningkatan layanan kesehatan ibu (PONEK/PONED); (ii) penempatan sumber daya manusia kesehatan strategis, terutama di daerah bermasalah kesehatan (DBK) dan daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan (DTPK); dan (iii) peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan KB dalam rangka menurunkan *unmet need* dan meningkatkan angka pemakaian kontrasepsi. Seluruh target di atas dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan, BKKBN, pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten/kota dan peran aktif masyarakat.



"Stop AIDS, Start Running".

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



Target 6A :
Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV/AIDS hingga tahun 2015³²

Indikator

6.1. Prevalensi HIV/AIDS (persen)³³ dari total populasi:

Acuan dasar: -

Saat ini (2009) : 0,2 persen (estimasi populasi rawan tertular HIV, Kemkes, 2006)

Target (2015) : menurunkan penyebaran HIV/AIDS

Target nasional : mengendalikan prevalensi HIV/AIDS hingga < 0,5 persen pada tahun 2014

6.2. Penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi terakhir³⁴:

Acuan dasar (2002/03) : 12,8 persen (SKRRI)

Saat ini (2007) : perempuan 10,3 persen; laki-laki 18,4 persen (SKRRI)

³² Pembahasan Target 6A menjadi satu uraian dalam Target 6B.

³³ Dimodifikasi dari panduan MDGs untuk indikator prevalensi HIV pada perempuan hamil usia 15-24 tahun menjadi prevalensi HIV per jumlah penduduk, dalam persen karena data untuk indikator-indikator ini tidak tersedia di Indonesia, kecuali jumlah kasus per kelompok usia.

³⁴ Definisi untuk indikator ini: penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi terakhir adalah persentase laki-laki dan perempuan berusia 15-24 tahun yang melaporkan penggunaan kondom pada hubungan seks dengan pasangan yang bukan pasangan hidup bersama, maupun pasangan pernikahan dalam kurun 12 bulan terakhir (*Metadata, UNSTATS, Millennium Indicators*).



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

6.3. Proporsi jumlah penduduk usia 15-24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS:

Acuan dasar : -

Saat ini (2007): (menikah) perempuan 9,5 persen; laki-laki 14,7 persen (SDKI)
(belum menikah) perempuan 2,6 persen; laki-laki 1,4 persen (SKRRI)

Target 6B:

Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2010

Indikator

6.5. Proporsi penduduk terinfeksi HIV lanjut yang memiliki akses pada obat-obatan antiretroviral:

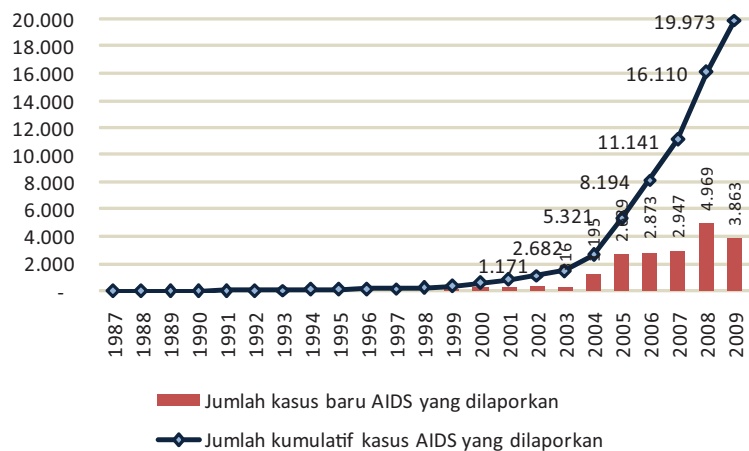
Acuan dasar : -

Saat ini (2009): 38,4 persen (Kemkes 2010, per 30 November 2009)

Status Saat Ini

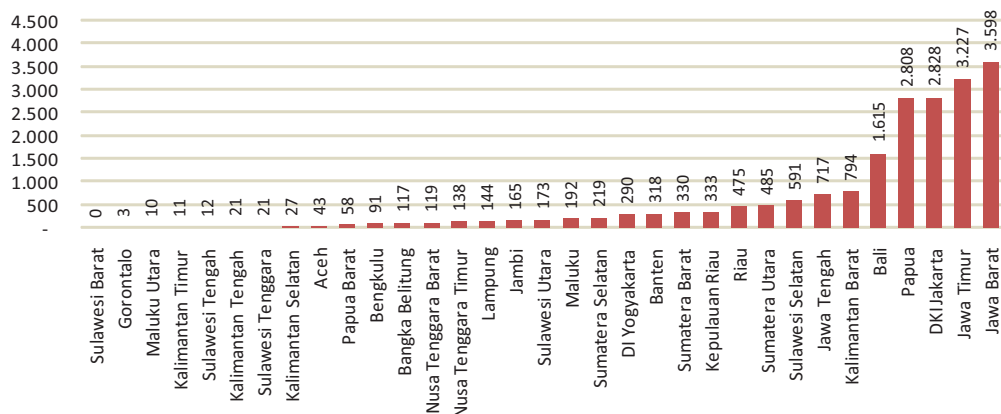
Jumlah infeksi HIV baru di Indonesia menunjukkan adanya peningkatan. Walaupun angka keseluruhan populasi yang terinfeksi HIV di Indonesia relatif masih rendah yaitu 0,17 persen dari seluruh penduduknya, namun laju kenaikannya masih cukup tinggi. Sepanjang periode 1996 sampai dengan 2006, angka kasus HIV meningkat sebesar 17,5 persen dan diperkirakan bahwa ada sekitar 193.000 orang yang saat ini hidup dengan HIV di Indonesia.

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.**) Berdasarkan jumlah kumulatif kasus AIDS tersebut, daerah dengan jumlah kasus AIDS tertinggi adalah Jawa Barat (3.598 kasus), Jawa Timur (3.227 kasus), DKI Jakarta (2.828 kasus), Papua (2.808 kasus), dan Bali (1.615 kasus), seperti terlihat pada **Gambar 6.2.**



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

Sumber:
Kemkes, Ditjen P2PL, 2009.



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

Sumber:
Kemkes, Ditjen P2PL, 2009.

Meskipun di sebagian besar daerah di Indonesia epidemi AIDS umumnya terkonsentrasi pada populasi berisiko tinggi dengan estimasi nasional prevalensi orang dewasa 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). Cara penularan HIV/AIDS di Indonesia ditunjukkan pada **Gambar 6.3**. Kasus AIDS yang dilaporkan sampai dengan Desember 2009 menunjukkan bahwa AIDS sebagian besar ditemukan pada kelompok heteroseksual (50,3 persen), yaitu para perempuan pekerja seks komersial (PSK) dan para transeksual, serta pasangan mereka; diikuti oleh pengguna narkoba dengan jarum suntik (IDU) sekitar 39,3 persen dan 3,3 persen dari



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

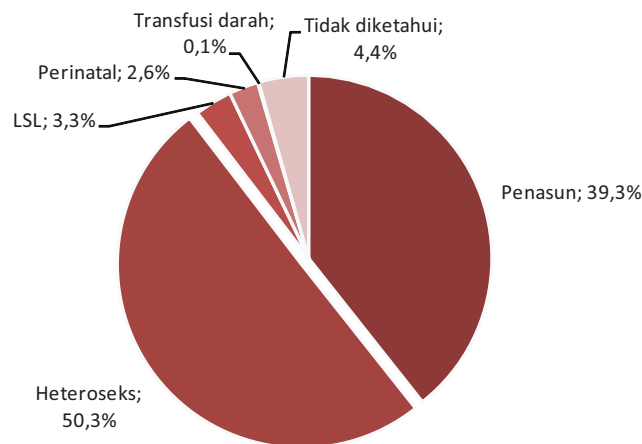
kelompok homoseksual (laki-laki berhubungan seks dengan laki-laki, LSL), penularan dari ibu ke anak menyebabkan 2,6 persen kasus pada perinatal dan infeksi HIV yang ditularkan melalui transfusi darah sekitar 0,1 persen.

Jika dilihat berdasarkan penularan kasus AIDS (Gambar 6.4), sebagian besar (91 persen) kasus AIDS diderita oleh kelompok usia produktif 15 - 49 tahun. Angka kematian di antara orang yang hidup dengan AIDS dilaporkan sebesar 21 persen pada 2007 dan 17 persen di akhir Desember 2008. Setiap tahun sekitar 3.000 sampai 5.000 orang meninggal akibat AIDS di Indonesia atau sekitar hampir 10 orang setiap hari meninggal akibat AIDS (Kemkes, 2009).

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

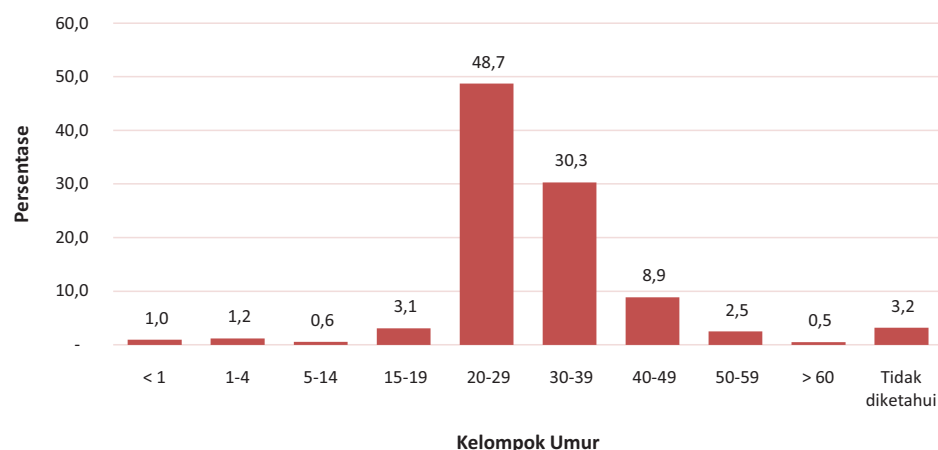
Keterangan :
Penasun : pengguna
narkoba jarum suntik
LSL : Laki-laki berhubungan
seks dengan laki-laki

Sumber:
Laporan Surveilans,
Program AIDS Nasional,
Kemkes, Indonesia.

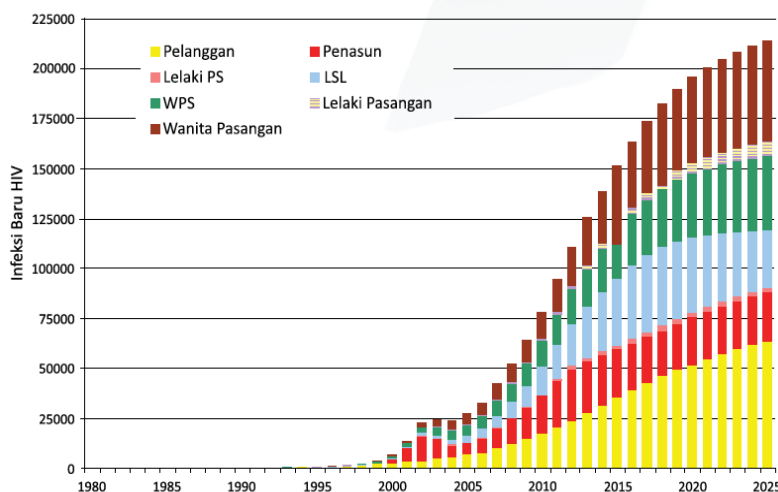


Gambar 6.4.
Persentase Kumulatif
Kasus AIDS di Indonesia,
Menurut Kelompok Usia,
Tahun 2009

Sumber:
Kemkes, Ditjen P2PL, 2009.



Penularan HIV di Indonesia cenderung akan meningkat dalam lima tahun mendatang dengan semakin banyaknya orang yang melakukan hubungan seks tanpa pelindung, dan tingkat penyebaran HIV melalui pemakaian narkoba dengan jarum suntik meningkat pesat. Kecenderungan epidemi HIV ke depan dengan pemodelan memberikan gambaran yang lebih jelas tentang penularan HIV saat ini dan perubahannya hingga 2025. Proses pemodelan tersebut menggunakan data demografi, perilaku dan epidemiologi pada populasi kunci. Dari hasil proyeksi (**Gambar 6.3**) diperkirakan akan terjadi peningkatan prevalensi HIV pada populasi usia 15-49 tahun dari 0,21 persen pada tahun 2008 menjadi 0,4 persen pada tahun 2014, yang akan meningkat jumlah infeksi baru HIV pada perempuan serta anak – anak. Dengan adanya, peningkatan infeksi baru yang signifikan pada seluruh kelompok populasi kunci, diperlukan kewaspadaan terhadap potensi meningkatnya infeksi baru pada pasangan seksual (*intimate partner*) dari masing-masing populasi kunci. Sehingga diperkirakan pula, peningkatan jumlah orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dari sekitar 404.600 pada tahun 2010 menjadi 813.720 pada tahun 2014³⁵, yang berdampak pada peningkatan kebutuhan ART dari 50.400 pada tahun 2010 menjadi 86.800 pada tahun 2014³⁶, seperti terlihat pada **Gambar 6.5**.



Gambar 6.5.
Kecenderungan Jumlah Kumulatif Kasus HIV Baru di Indonesia, Menurut Kelompok Populasi, Tahun 1980—2025

Sumber:
Rencana Aksi Nasional HIV/AIDS di Indonesia, tahun 2007-2010.

Isu-isu kesehatan reproduksi dan seksual serta penyalahgunaan zat-zat adiktif adalah salah satu dari sekian banyak masalah utama kesehatan yang dihadapi oleh generasi muda. Sesuai dengan rendahnya persentase pemakaian kondom pada hubungan seksual berisiko tinggi pada kaum muda berusia antara 15-24 tahun yang mengaku menggunakan kondom ketika berhubungan seksual bukan dengan suami/istrinya, atau dengan pasangan di luar nikah dalam kurun 12 bulan terakhir ini menjadi bukti atas masalah di atas. Survei terkini (SKRRI 2007) menunjukkan bahwa pada rentang usia 15-24 tahun, perempuan yang lebih muda (15-19 tahun) mempunyai kecenderungan untuk menggunakan kondom lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok perempuan yang lebih tua (20-24 tahun), namun sebaliknya pada kelompok laki-laki, kelompok yang lebih muda menunjukkan tingkat penggunaan lebih rendah dari

³⁵ Pemodelan Matematik Epidemi HIV di Indonesia, 2010-2025, KPAN.

³⁶ Pemodelan Matematik Epidemi HIV di Indonesia, 2008-2014, Kementerian Kesehatan

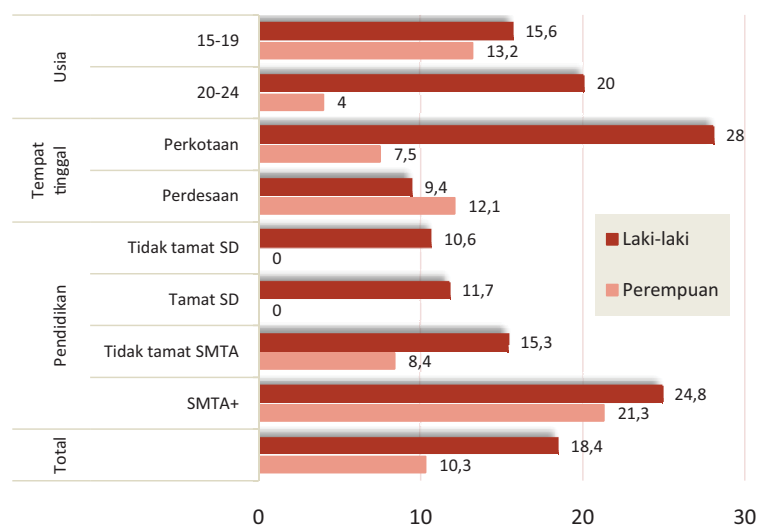


Tujuan 6: Memerangi HIV/AIDS, Malaria dan Penyakit Menular Lainnya

kelompok yang lebih tua. Berdasarkan tempat tinggal, laki-laki di daerah perkotaan lebih sering mengenakan kondom pada hubungan seksual berisiko tinggi dibandingkan dengan laki-laki yang tinggal di daerah perdesaan. Sementara itu kaum perempuan menunjukkan pola yang berbeda di mana perempuan di daerah perdesaan lebih sering mengenakan kondom pada hubungan seksual berisiko tinggi dibandingkan dengan perempuan yang tinggal di daerah perkotaan. Secara umum, banyaknya penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi juga berhubungan dengan tingkat pendidikan.

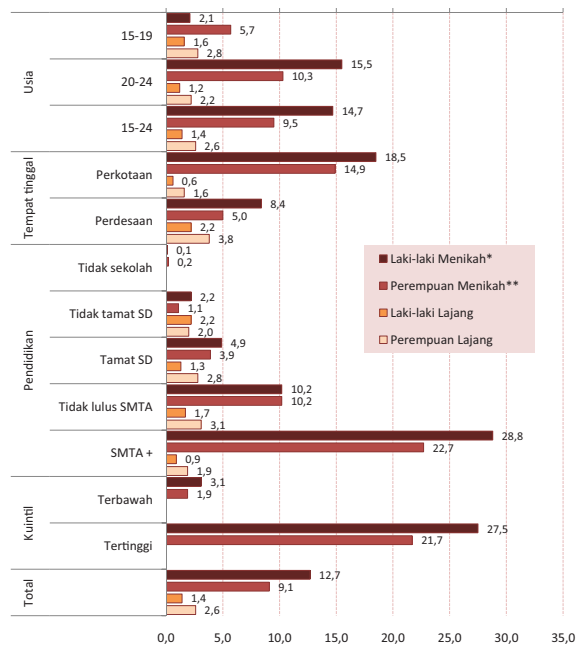
Secara nasional, hanya sekitar 10 persen kaum perempuan muda yang belum menikah yang menggunakan kondom pada hubungan seksual mereka, dan sekitar 18 persen pada kaum laki-laki muda yang belum menikah (Gambar 6.6).

Gambar 6.6.
Proporsi Perempuan dan Laki-laki Tidak Menikah yang Menggunakan Kondom Kali Terakhir Berhubungan Seksual, Menurut Karakteristik Latar Belakang, Tahun 2007



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

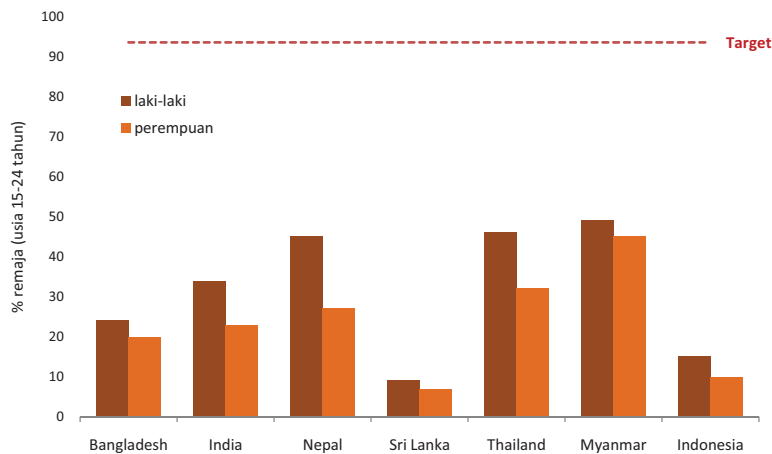
Pengetahuan tentang HIV dan pencegahannya merupakan prasyarat penting untuk menerapkan perilaku sehat. Meskipun sebagian besar generasi muda (usia 15-24 tahun) di negara ini pernah mendengar tentang HIV/AIDS, ternyata hanya 14,7 persen laki-laki menikah dan sekitar 9,5 persen perempuan menikah yang memiliki pengetahuan komprehensif dan benar mengenai AIDS. Sedangkan pada kelompok yang belum menikah, angka ini bahkan sangat rendah yakni 1,4 persen pada laki-laki yang belum menikah dan 2,6 persen pada perempuan yang belum menikah (Gambar 6.7). Angka ini jauh dari angka target sebesar 95 persen yang ditetapkan oleh PBB dan merupakan angka terendah untuk kelompok umur ini, yaitu kurang dari 50 persen³⁷ (Gambar 6.8).



Gambar 6.7.
Proporsi 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.



Gambar 6.8.
Persentase Perempuan dan Laki-laki Muda Usia 15-24 Tahun dengan Pengetahuan Komprehensif Mengenai HIV/AIDS, Wilayah Asia Tenggara, Tahun 2007.

Sumber:
UNGASS country reports, 2008.

Disparitas pengetahuan juga ditemui antarprovinsi, antarperdesaan dan perkotaan, antar tingkat pendidikan serta faktor sosio-ekonomi lainnya. Pengetahuan kaum laki-laki dan kaum perempuan yang telah menikah di perkotaan lebih tinggi dari di perdesaan. Jika dilihat berdasarkan pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka semakin tinggi persentase pengetahuan komprehensif tentang AIDS. Demikian pula jika dilihat berdasarkan tingkat sosial ekonomi, kelompok masyarakat pada kuintil tingkat pengeluaran teratas sebesar 27,5 persen (laki-laki menikah) dan 21,7 persen (perempuan menikah). Angka tersebut sangat jauh berbeda jika dibandingkan dengan kelompok masyarakat pada kuintil pengeluaran terbawah yakni 3,1 persen (laki-laki menikah) dan 1,9 persen (perempuan menikah).

³⁷ UNGASS, Country Reports: HIV / AIDS in the South-East Asia Region 2009.



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

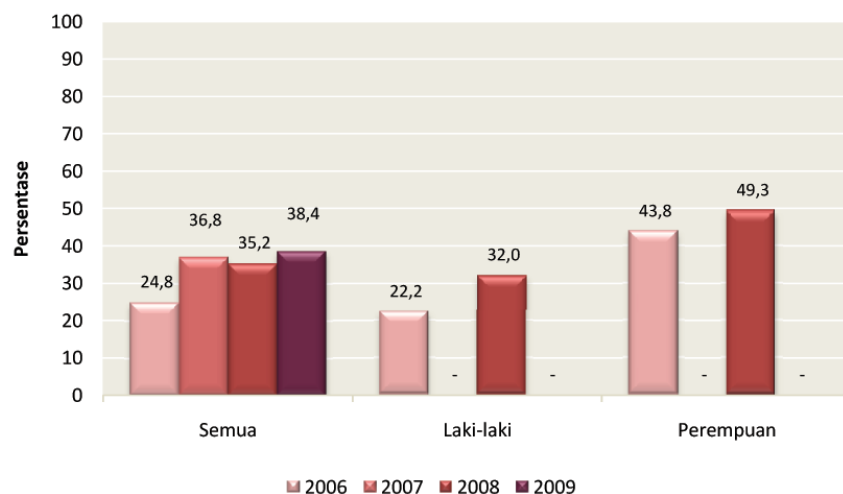
Layanan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak merupakan butir-butir catatan penting dalam pencegahan, penanganan dan perawatan HIV/AIDS bagi para perempuan, anak-anak dan keluarga mereka. Meskipun demikian, diperkirakan hanya sekitar 1-10 persen perempuan hamil yang mendapatkan pelayanan untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak. Pada tahun 2008, sebanyak 5.167 dari 5.256.203 ibu hamil (0,1 persen) telah menjalani tes HIV dan menerima hasilnya, 1.306 (25 persen) diantaranya positif HIV. Namun baru 165 perempuan terinfeksi HIV atau 12,6 persen yang memperoleh ARV profilaksis dari skala program yang terbatas saat ini (hanya 30 fasilitas kesehatan dengan layanan *PMTCT* di akhir tahun 2008). Diproyeksikan bahwa jumlah perempuan dengan HIV positif yang membutuhkan layanan *PMTCT* akan meningkat dari 5.730 orang di tahun 2010 menjadi 8.170 di tahun 2014³⁸. Pada tahun 2009, diperkirakan bahwa ada 5.170 perempuan terinfeksi HIV, di antaranya hanya 196 yang menerima ARV profilaksis. Angka ini sedikit meningkat dibanding 2008 ketika diperkirakan bahwa terdapat 4.560 perempuan HIV positif 165 di antaranya menerima ARV profilaksis. Baik perkiraan dan jumlah perempuan positif yang menerima ARV profilaksis pada tahun 2008 telah dua kali lipat dibanding angka di tahun 2006, ketika diperkirakan ada 2.563 perempuan HIV positif, 89 di antaranya menerima pengobatan (**Gambar 6.9**). Meskipun jumlah infeksi HIV baru di kalangan anak-anak tampaknya semakin meningkat (**Gambar 6.10**), namun pencegahan penularan ibu ke anak mulai mendapat perhatian lebih dari sektor yang relevan dan ada kesepakatan bahwa memperluas ketersediaan layanan *PMTCT* di Indonesia perlu percepatan pada strategi dasar yang ada.

Gambar 6.9.

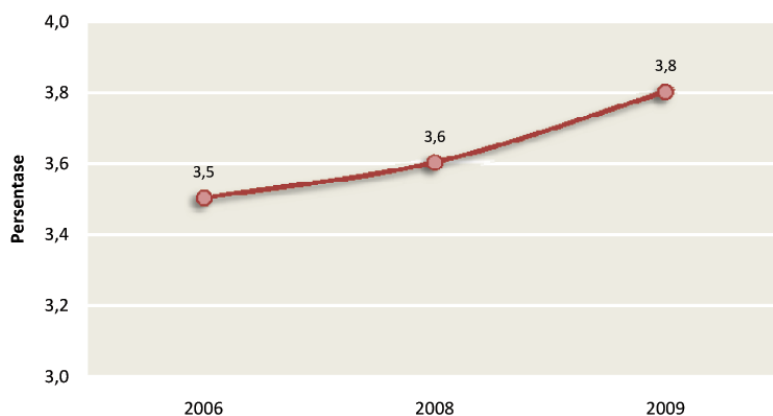
Cakupan Intervensi ART di Indonesia, Tahun 2006–2009

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

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



³⁸ Strategi Rencana Aksi Nasional HIV dan AIDS 2010-2014



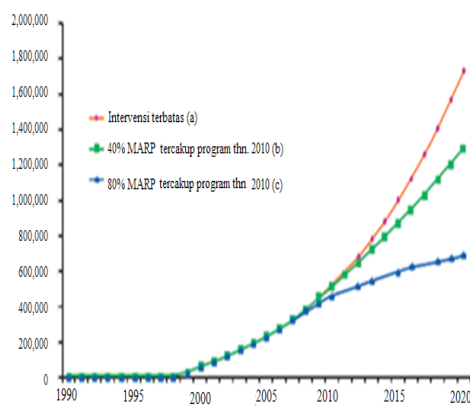
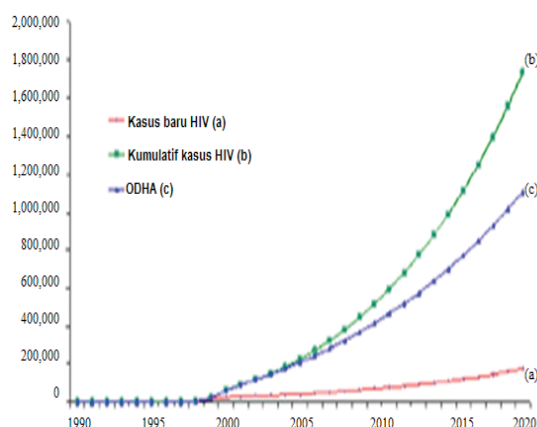
Gambar 6.10.
Cakupan ART pada Ibu Hamil untuk Mencegah Penularan dari Ibu ke Anak, Tahun 2006-2009

Catatan:
Intervensi untuk pencegahan penularan dari ibu ke janin (PMTCT) termasuk pemberian antiretroviral profilaksis untuk ibu hamil dengan infeksi HIV.

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

Di Indonesia, terapi antiretroviral telah tersedia pada 180 unit fasilitas kesehatan dengan perkiraan cakupan sebesar 38,4³⁹ persen dari total perkiraan jumlah kohort ODHA yang *eligible* (dihitung dari laporan Kemkes 2010). Dengan skala layanan yang terbatas saat ini, cakupan ART dari ODHA yang *eligible* dan akses ke layanan tersedia mencapai 71 persen pada tahun 2005, namun menurun pada tahun 2006 menjadi 45,9 persen, yang kemudian meningkat perlahan kembali hingga mencapai 61 persen pada tahun 2009. Dari laporan tersebut di atas, angka kematian dari kasus AIDS cenderung menurun dari tahun ke tahun, dari 46 persen pada tahun 2006 menjadi 19 persen pada 2009 (Kemkes, UNGASS, 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 di tahun 2014 (SRAN Penanggulangan HIV dan AIDS 2010-2014). Jumlah anak-anak yang membutuhkan ART akan meningkat dari 930 pada tahun 2008 menjadi 2.660 pada tahun 2014 (Kemkes, 2010). Tanpa intervensi yang adekuat, kecenderungan dan proyeksi kasus epidemik HIV di Indonesia diperkirakan akan mengalami peningkatan secara tidak terkendali seperti digambarkan dalam model matematis di bawah ini (**Gambar 6.11 dan 6.12**).



Gambar 6.11.
Kecenderungan (proyeksi) Kasus Epidemik HIV di Indonesia, Tahun 1990-2020

Gambar 6.12.
Kecenderungan Kasus Epidemik HIV di Indonesia dengan Opsi Cakupan Program, Tahun 2010-2020

Sumber:
"Laporan Estimasi Injeksi HIV untuk Populasi yang Berisiko Tahun 2006", Kemkes, 2010.

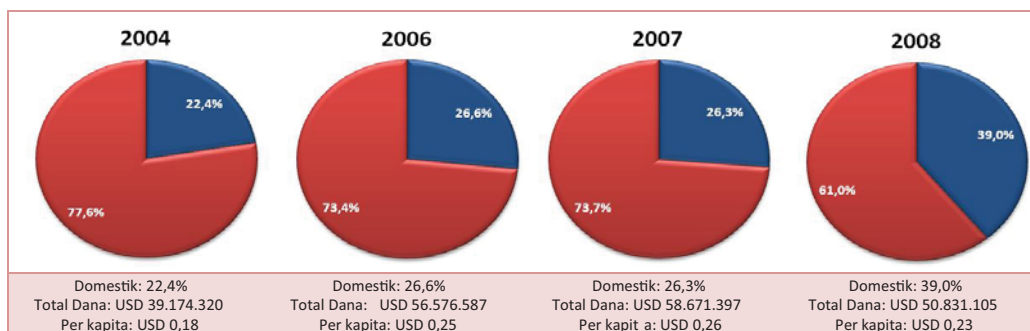
³⁹ Estimasi ODHA yang membutuhkan ARV setiap tahun diperkirakan berdasarkan "cut of point" jumlah CD4 <200/mm³ adalah 10 - 20% dari jumlah ODHA pada saat itu, sementara jumlah ODHA Asian Epidemic Model (AEM) – model matematik epidemik.



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

Dalam hal pembiayaan untuk memastikan kesinambungan program pengendalian HIV/AIDS, estimasi terakhir menunjukkan bahwa kebutuhan sumber dana Program AIDS Nasional selama kurun waktu 2007-2010 berjumlah sekitar Rp 7 triliun⁴⁰. Sementara itu, perkiraan ketersediaan dana per tahun untuk periode tersebut hanyalah sebesar Rp 483 miliar. Pada tahun 2006, pengeluaran untuk program penanganan AIDS mencapai 56,6 miliar Dolar AS di mana 27 persen dari pengeluaran itu didanai oleh pemerintah pusat dan daerah. Dari jumlah total dana internasional, 68 persen di antaranya berasal dari kontribusi mitra bilateral. Kebutuhan pendanaan diperkirakan akan meningkat secara tajam dalam tahun-tahun mendatang berdasarkan pada kecenderungan epidemiologi yang tercermin dan dijelaskan pada **Gambar 6.11** dan **6.12**. Menurut SRAN 2010-2014 dibutuhkan sekitar Rp 10,3 triliun yang setara dengan USD 1,1 miliar. Dana tersebut ditujukan pada 4 fokus program: 1) pencegahan (57 persen), 2) perawatan, dukungan dan pengobatan (28 persen), 3) mitigasi dampak (2 persen), 4) pengembangan lingkungan yang kondusif (13 persen). Kesenjangan pendanaan diperkirakan dengan asumsi terdapat peningkatan kontribusi pendanaan domestik dari 22,3 persen di 2004 menjadi 39 persen di 2008 (**Gambar 6.13**).

Gambar 6.13.
Pendanaan Program
Penanggulangan HIV
dan AIDS di Indonesia,
Tahun 2004-2008



Sumber:
SRAN Penanggulangan AIDS
2010-2014

Kemajuan signifikan yang telah diupayakan untuk meningkatkan ketersediaan pelayanan:

- **Meningkatkan jumlah fasilitas pengobatan.** Sampai dengan akhir tahun 2009 telah ada 547 unit klinik Konseling dan Tes Sukarela (*Voluntary Counseling and Testing/VCT*), terdiri dari fasilitas pemerintah (383) dan swasta atau berbasis masyarakat (164); 180 rumah sakit yang menyediakan layanan Terapi Antiretroviral (ART) gratis dan 30 (2008) rumah sakit yang memiliki program Pencegahan Penularan dari Ibu ke Anak (*PMTCT*);
- **Meningkatkan praktik pencegahan dan program uji lab.** Sekitar 52 persen pekerja seks laki-laki dan 25 persen pekerja seks perempuan, dan sekitar 36 persen pengguna narkoba dengan jarum suntik telah menjalani tes HIV dalam kurun waktu 12 bulan; sekitar 55 persen pekerja seks laki-laki dan 68 persen pekerja seks perempuan telah mengenakan kondom dengan pelanggan mereka terakhir ini, dan 57 persen laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki lain menggunakan kondom secara konsisten;

⁴⁰ Rp7 triliun didistribusikan sebagai berikut: Rp4,23 triliun untuk program pencegahan; Rp1,1 triliun untuk dukungan dan pengobatan; Rp1,59 triliun untuk manajemen; dan Rp62 miliar untuk penanggulangan. Diperkirakan dana yang tersedia per tahun adalah Rp483 miliar.

- **Persatuan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) mengoperasikan 24 layanan/klinik kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk layanan untuk penularan penyakit melalui hubungan seksual dan layanan VCT;**
- **Pada tahun 2004 program jarum bersih hanya menjangkau 20 persen dari pengguna narkoba dengan jarum suntik, namun saat ini telah menjangkau 80 persen.** Terdapat 24 klinik yang menyediakan terapi perawatan dengan metadon (*Methadone Maintenance Therapy*) di rumah sakit, puskesmas dan lembaga pemasyarakatan;
- **ART bagi ODHA telah mendapatkan subsidi penuh dari pemerintah, meskipun terapi ini tidak selalu tersedia di semua daerah.** Program tersebut dimulai pada tahun 2004 dan pada tahun 2005 ART murah telah tersedia di 50 rumah sakit. Namun demikian, hanya kurang dari 25 persen pengidap HIV yang telah menjalani ART pada tahun 2007 yang kini terus meningkat (38,4 persen pada tahun 2009); dan
- **Mobilisasi masyarakat dan swasta untuk berpartisipasi dalam penanggulangan AIDS, baik dalam upaya pencegahan, perawatan maupun pengobatan.**

Kotak 6.1. Mobilisasi masyarakat untuk meningkatkan upaya pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV/AIDS bagi populasi rentan

Sektor kesehatan perlu memainkan peranan yang lebih kuat dalam mencegah penularan HIV melalui hubungan seksual. Hal ini dapat dilakukan dengan menggabungkan inisiatif pencegahan ke dalam layanan pengobatan dan perawatan HIV/AIDS, meningkatkan akses ke layanan berkualitas, penyediaan kondom dengan harga terjangkau dan mendukung program penggunaan kondom 100 persen; memperluas layanan pengobatan Infeksi Menular Seksual (IMS) dan program kesehatan reproduksi dan juga layanan kesehatan primer. Sektor kesehatan mempunyai keterbatasan kemampuan dalam memenuhi kebutuhan kelompok paling berisiko, dan sektor ini juga perlu meningkatkan upaya yang signifikan untuk menjamin kalau layanan yang tersedia dapat diakses oleh dan diterima oleh mereka, termasuk memperkuat hubungan dengan layanan berbasis komunitas. Oleh karena itu, adalah penting meningkatkan mobilisasi masyarakat sebab: (i) pembiayaan akan merupakan permasalahan utama di masa depan dalam penanggulangan AIDS di Indonesia, dan (ii) hambatan terbesar adalah di tingkat rumah tangga serta masyarakat.

Di seluruh negeri, banyak proyek kecil yang menjanjikan menasar populasi rentan, khususnya pengguna narkoba suntik dan pekerja seks. Kebanyakan proyek tersebut menekankan pada pencegahan HIV/AIDS dengan sedikit penekanan pada pengobatan dan perawatan, namun banyak organisasi berbasiskan masyarakat dan LSM di Indonesia yang dengan baik memantau dan mendukung ODHA yang menerima pengobatan melalui mekanisme yang disebut manajemen kasus, monitoring kepatuhan minum obat, sistem dampingan (*buddy*), kunjungan rumah dan perawatan berbasis rumah. Di lain pihak sistem rujukan antara organisasi berbasis masyarakat dan LSM serta fasilitas kesehatan masih kurang optimal. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional menandatangani MOU dengan Badan Narkotika Nasional yang memberikan peluang untuk meningkatkan program pencegahan dan pengobatan HIV/AIDS bagi pengguna narkoba suntik.

Sebuah proyek uji coba untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak sudah dilaksanakan di 2 tempat. Di Jakarta, Yayasan Pelita Ilmu mendukung proyek ini dan di Kabupaten Merauke di Provinsi Papua, kantor proyek di tingkat kabupaten menargetkan 4 layanan kesehatan dan paraji/dukun beranak. Organisasi berbasis masyarakat dan LSM menyediakan layanan jauh lebih banyak bagi populasi rentan, dan organisasi tersebut sangat bergantung pada bantuan dana donor internasional.

Sumber: World Health Organization, Department of HIV/AIDS, "3 by 5" Help Desk



Tantangan

Tantangan mendasar yang dihadapi Indonesia terkait HIV/AIDS adalah menghentikan dan menurunkan tren peningkatan angka kejadian maupun prevalensi penularan penyakit. Dengan demikian, strategi pencegahan dan pengendalian penularan HIV/AIDS menjadi perhatian utama. Tantangan dalam pencegahan dan pengendalian penularan HIV/AIDS, antara lain:

- 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, di mana saat ini *VCT* belum tersedia di seluruh daerah.
- 2) **Terbatasnya alokasi anggaran dan ketersediaan dana yang berkesinambungan dalam pengendalian HIV/AIDS.** Masalah pendanaan masih menjadi kendala utama dalam menangani epidemi HIV/AIDS. Langkah-langkah pencegahan perlu dikembangkan dan diintensifkan, sementara kebutuhan akan pengobatan diharapkan untuk meningkat secara pesat. Mengatasi dampak tidak langsung dari AIDS, terutama dampak yang timbul dalam keluarga, juga akan meningkatkan biaya.
- 3) **Masih lemahnya koordinasi lintas sektor serta sistem monitoring dan evaluasi.** Meskipun banyak upaya telah ditempuh untuk mewujudkan praktik-praktik *good governance* di tingkat nasional, namun koordinasi Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPAN) sendiri masih harus ditingkatkan. Pemberantasan HIV/AIDS membutuhkan peran serta berbagai sektoral – seperti kesehatan, pendidikan, militer, sistem lembaga pemasyarakatan, transportasi, migrasi – yang akan menuntut adanya koordinasi yang efektif dalam mendesain dan menerapkan strategi dan intervensi. Hal ini masih menjadi kelemahan dalam hubungan antar instansi maupun dalam instansi itu sendiri, seperti harmonisasi kebijakan, perencanaan dan implementasi, monitoring dan evaluasi, termasuk penyediaan informasi strategis (SRAN 2010-2014). Optimalisasi sumber daya melalui kemitraan dan pola kerja sama yang lebih baik dengan pemerintah daerah perlu mendapatkan perhatian khusus. Sangat dibutuhkan penguatan sistem informasi serta *good governance* secara umum karena: HIV/AIDS belum menjadi arus utama dalam lingkungan kerja, masih lemahnya sistem surveilans dan lemahnya sistem monitoring dan evaluasi yang juga masih terfragmentasi.
- 4) **Masih adanya hambatan terkait stigmatisasi dan diskriminasi ODHA di masyarakat serta adanya ketidaksetaraan gender dan pelanggaran Hak Asasi Manusia.** Norma masyarakat membentuk perilaku dan sikap yang konservatif menjadi hambatan yang cukup besar dalam upaya penanggulangan epidemi HIV/AIDS. Walaupun program komunikasi perubahan perilaku dan KIE tetap diupayakan terus sebagai bagian dari strategi pengendalian HIV/AIDS, namun program tersebut belum cukup efektif dan belum tepat sasaran secara sosio-geografis, serta belum mampu mengimbangi cepatnya penyebaran infeksi HIV/AIDS ke seluruh penjuru negeri.

- 5) Masih terbatasnya fasilitas dan tenaga kesehatan baik dalam hal kualitas maupun kapasitas, serta ketersediaan obat anti retroviral baik dalam hal kuantitas maupun kualitas.

Kebijakan dan Strategi

Satu prinsip utama dalam menangani HIV/AIDS adalah perlunya pendekatan yang menyeluruh yang meliputi pencegahan, pengendalian infeksi dan perawatan; pengarusutamaan HIV dalam sistem kesehatan dan terselenggara melalui sistem tersebut; didukung melalui media dan program HIV/AIDS di sektor lain yang berperan dalam masalah penularan penyakit. Walaupun target MDG untuk masalah HIV/AIDS menekankan pada upaya pencegahan, IMS yang tidak diobati akan meningkatkan risiko penularan HIV sesuai dengan tingkat keparahannya.

Perhatian utama kebijakan nasional adalah pada pencegahan, pengendalian penularan, dan pengobatannya. Strategi utama dalam pengendalian HIV/AIDS antara lain:

- 1) **Meningkatkan akses melalui penguatan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kemampuan dan sumber daya yang memadai untuk mengantisipasi dan menghadapi epidemi yang ada.** Pelayanan kesehatan harus mampu menyediakan *continuum of care* yang mudah dijangkau melalui: (i) peningkatan jumlah fasilitas perawatan, pengobatan serta konseling dan testing HIV yang berkelanjutan; (ii) penguatan kemampuan menerapkan upaya pencegahan, protokol-protokol pengendalian penyakit dan infeksi⁴¹; dan (iii) peningkatan cakupan seluruh program pencegahan dan pengobatan termasuk peningkatan cakupan ART; (iv) mengembangkan panduan nasional untuk pengarusutamaan HIV/AIDS dan penyesuaian terhadap kondisi lokal; (v) peningkatan kapasitas sumber daya manusia dalam pengendalian HIV/AIDS; (vi) perencanaan sumber daya manusia untuk mengantisipasi meluasnya epidemi HIV/AIDS yang akan menuntut terpenuhinya keterampilan manajemen dan peningkatan permintaan akan layanan kesehatan.
- 2) **Meningkatkan mobilisasi masyarakat untuk meningkatkan upaya pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV/AIDS pada populasi rentan** melalui: (i) penyediaan layanan KIE terhadap infeksi HIV dan mencegah penularannya; (ii) pelaksanaan penjangkauan terhadap masyarakat pada kelompok paling berisiko serta mencakup tes HIV, konseling dan layanan pengobatan serta perawatan di pusat rawat jalan dan lokasi-lokasi serupa, termasuk fasilitas kesehatan keliling dan mendorong peran serta masyarakat; (iii) peningkatan cakupan penggunaan kondom; (iv) mengurangi prasangka di lingkungan para petugas kesehatan, di masyarakat, dan di antara para pasien; (v) pengembangan lingkungan yang lebih kondusif untuk mengurangi stigma dan diskriminasi, ketidaksetaraan gender, dan pelanggaran Hak Asasi Manusia demi terlaksananya program penanggulangan HIV/AIDS.

⁴¹ Protokol penatalaksanaan IMS, pencegahan penularan dari ibu ke janin (PMTCT), *harm reduction* bagi penasun, VCT dan pencegahan progresifitas dari HIV menjadi AIDS, serta untuk manajemen klinik untuk perawatan dan pengobatan pada ODHA.



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

- 3) **Mobilisasi sumber dana untuk penanggulangan HIV/AIDS**, melalui: (i) pengintegrasian program penanggulangan HIV/AIDS ke dalam program-program pembangunan baik di tingkat nasional (yang dibiayai melalui APBN) maupun daerah (yang dibiayai melalui APBD); (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) membangun sebuah sistem dalam pemerintahan yang menyatukan berbagai jajaran organisasi dan kelembagaan yang dapat berkontribusi terhadap sebuah strategi terpadu; (ii) penguatan peran KPAN dan KPA daerah; (iii) penguatan kemitraan dengan berbagai sektor melalui penguatan peran forum perencanaan dan penganggaran penanggulangan HIV/AIDS; (iv) menetapkan peran pemerintah pusat dan daerah dalam menangani epidemi HIV/AIDS; (v) merumuskan pedoman nasional untuk pengarusutamaan HIV/AIDS dan menyesuaikannya dengan situasi yang ada (tahapan epidemi, kelompok risiko tinggi, kapasitas, sumber daya); dan (vi) mengupayakan pendekatan inklusif yang mendorong keselarasan antara pemerintah, organisasi nonpemerintah dan sektor swasta, serta mempertahankan suatu mekanisme koordinasi yang efektif (KPAN);
- 5) **Memperkuat sistem informasi dan sistem monitoring dan evaluasi**. Sistem informasi kesehatan yang berfungsi dengan baik untuk monitoring, evaluasi dan pengembangan program HIV/AIDS diperlukan untuk memastikan hasil, analisis, diseminasi dan penggunaan informasi yang diperlukan untuk perbaikan kinerja sistem kesehatan, dan status kesehatan. Walaupun pengumpulan dan analisis data harus dilakukan di semua tingkat, monitoring yang terpusat akan sangat penting untuk memberi masukan bagi strategi AIDS nasional. Surveilans generasi kedua termasuk pelaporan kasus HIV/AIDS dengan model penularan dan survei terpadu biologis dan perilaku para pengguna narkoba dengan jarum suntik, laki-laki homoseksual, perempuan pekerja seks, waria, dan laki-laki berisiko tinggi, serta sentinel survei yang dilakukan oleh petugas di penjara-penjara tertentu, masih perlu ditingkatkan. Mengukur hasil termasuk pengumpulan dan diseminasi fakta-fakta untuk menetapkan kebijakan, strategi, dan tindakan: (i) melaksanakan monitoring dan analisis kesehatan, khususnya surveilans generasi kedua; dan (ii) menyediakan informasi kepada para pembuat kebijakan mengenai beban sosio-ekonomi akibat HIV/AIDS dan upaya peningkatan intervensi.

Untuk mempercepat pencapaian target penurunan prevalensi HIV/AIDS, Presiden Republik Indonesia memberikan perhatian khusus dengan mengeluarkan Inpres Nomor 3/2010 tentang program pembangunan berkeadilan, khususnya tentang penanggulangan HIV/AIDS melalui peningkatan konseling dan testing, peningkatan akses terhadap ART, peningkatan upaya penanggulangan HIV/AIDS di tingkat Kabupaten, serta peningkatan penggunaan kondom pada kelompok kunci.

Menggaris-bawahi strategi di atas, Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2010-2014 telah menargetkan beberapa *output* berikut dalam mengendalikan penyebaran HIV/AIDS:

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas penyakit menular (HIV/AIDS)	Prevalensi HIV	0,2	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5
	Persentase penduduk usia di atas 15 tahun yang mempunyai pengetahuan yang benar dan komprehensif mengenai HIV dan AIDS	65%	75%	85%	90%	95%
	Jumlah orang yang berumur 15 tahun atau lebih yang menerima konseling dan testing HIV	300.000	400.000	500.000	600.000	700.000
	Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan pencegahan penularan HIV sesuai pedoman	50%	60%	70%	80%	100%
	Penggunaan kondom pada kelompok hubungan seks berisiko tinggi (berdasarkan pengakuan pemakai)	-	35% (pr) 20% (lk)	45% (pr) 30% (lk)	55% (pr) 40% (lk)	65% (pr) 50% (lk)
	Persentase ODHA yang menerima terapi antiretroviral (ART)	30%	35%	40%	45%	50%
	Persentase RS Pemerintah menyelenggarakan pelayanan rujukan bagi Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA)	60%	70%	80%	90%	100%

Tabel 6.1.
Prioritas, Output, dan Target Pengendalian Penyebaran HIV/AIDS, Tahun 2010-2014

Sumber:
RPJMN 2010-2014, Inpres Nomor 3 Tahun 2010, Renstra Kementerian Kesehatan 2010-2014



Target 6C:

Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru Malaria dan penyakit utama lainnya hingga tahun 2015

Malaria

Indikator

6.6. Angka kejadian dan tingkat kematian akibat Malaria:

6.6a. Angka kejadian Malaria:

Acuan dasar (1990)	: 4,68 per 1.000 penduduk ⁴² (MOH)
Saat ini (2009)	: 1,85 per 1.000 penduduk (MOH, 2009)
Target (2015)	: Mengendalikan dan mulai menurunkan kasus baru
Target Nasional 2014	: Angka penemuan kasus Malaria per 1.000 penduduk: 1,0 (RPJMN 2010-2014)
Target Nasional	: Menekan jumlah kasus menjadi kurang dari 1 per 1000 kasus malaria positif yang ditemukan melalui pelayanan rutin, dan target nasional Indonesia bebas malaria pada tahun 2030 (Kemkes)

6.7. Proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida:

Acuan dasar	: -
Saat ini (2007)	: 3,3 persen, perdesaan 4,5 persen; perkotaan 1,6 persen (SDKI)

Status Saat Ini

Sebagai sebuah negara kepulauan beriklim tropis dengan curah hujan yang tinggi, Indonesia merupakan habitat yang ideal bagi perkembangbiakan nyamuk vektor malaria. Hampir setengah penduduknya tinggal di daerah endemis, dan sekitar 35 persen dari penduduk positif terjangkit malaria. Berdasarkan situasi angka kesakitan malaria selama tahun 2000-2009 kasus malaria cenderung menurun yaitu pada tahun 2000 angka kesakitan malaria sebesar 3,62 per 1.000 penduduk dan menurun secara berarti menjadi 1,85 per 1000 penduduk pada tahun 2009. Sementara itu, pola penyebab kematian akibat malaria pada semua umur pada tahun 2007 sebesar 1,3 persen.

Pada tahun 1990, angka kesakitan malaria di Indonesia diukur melalui dua indikator, yaitu: (i) kasus per 1000 penduduk berdasarkan diagnosis klinis atau disebut AMI (*Annual Malaria Incidence*), yang digunakan untuk provinsi di luar Jawa dan Bali; (ii) jumlah kasus per 1000 penduduk yang dikonfirmasi dengan uji parasit positif atau disebut API (*Annual Parasites*

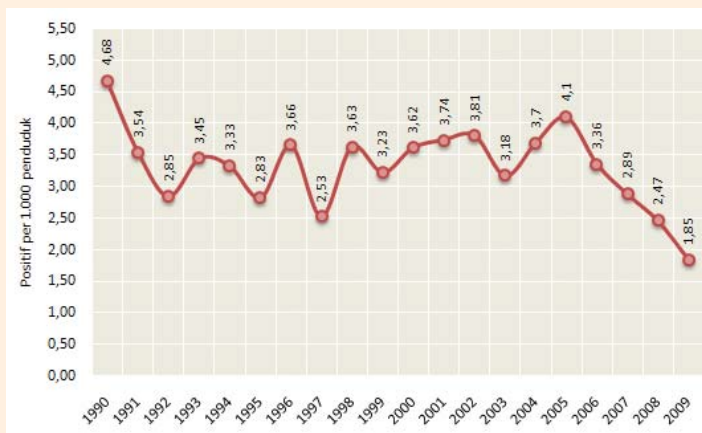
⁴² Konversi dari AMI (di luar Jawa dan Bali) dan API (untuk Jawa dan Bali) di Indonesia tahun 1990, dengan asumsi bahwa cakupan penemuan kasus berdasarkan pemeriksaan usap darah telah dilakukan pada hampir 60 persen dari semua penemuan kasus berdasarkan klinis.

Incidence) yang digunakan untuk daerah Jawa dan Bali. Namun demikian, 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 usap darah dan semua kasus positif harus diobati dengan pengobatan kombinasi berbasis artemisinin atau *ACT (Artemisinin-based Combination Therapies)*.

Berdasarkan kebijakan satu indikator pengukuran di atas, beberapa ahli bersama WHO mengkonversikan serangkaian angka kejadian malaria dari pengukuran dengan *AMI* dan *API* untuk tiap wilayah, menjadi angka kejadian nasional dengan *API* untuk memberikan estimasi dan penyesuaian angka kecenderungan nasional selama kurun waktu dari 1990 hingga 2009, seperti yang ditampilkan pada **Gambar 6.14**

Gambar 6.14.

Angka Kejadian Malaria (API) di Indonesia, Tahun 1990-2009



Sumber: Kementerian Kesehatan, 2010.

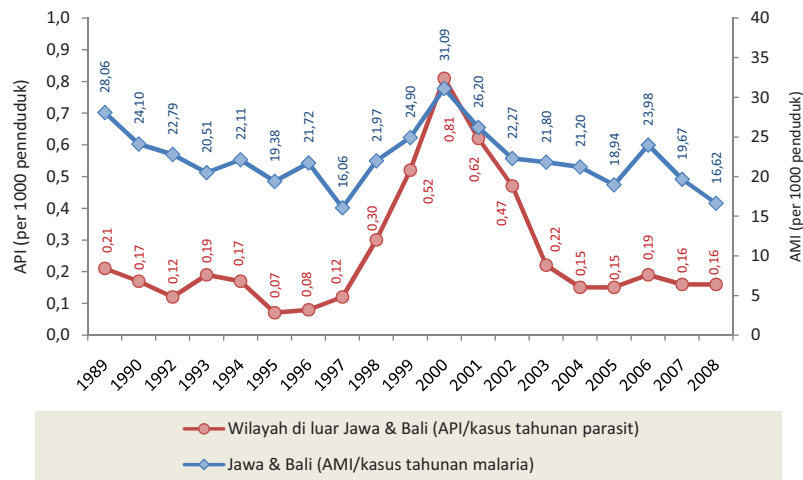
Prevalensi nasional berdasarkan diagnosa klinis adalah 2,89 persen (Riskesdas 2007), angka prevalensi bervariasi antarwilayah berkisar antara 0,2 persen dan 26,1 persen. Hanya sekitar 20 persen penderita dengan gejala malaria yang mencari pengobatan di fasilitas kesehatan publik, membuat hal ini sulit untuk memperkirakan angka kejadian malaria di masyarakat. Terdapat 15 provinsi dengan prevalensi di atas angka rata-rata nasional (Aceh, Sumatera Utara, Jambi, Bengkulu, Bangka Belitung, Nusa Tenggara Timur, Nusa Tenggara Barat, Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Sulawesi Tengah, Gorontalo, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat dan Papua). Tingkat prevalensi tertinggi ditemukan di wilayah Timur Indonesia, dan prevalensi tertinggi terdapat di Papua Barat (26,1 persen), Papua (18,4 persen) dan NTT (12 persen). Provinsi-provinsi di pulau Jawa dan Bali memiliki tingkat prevalensi (klinis) terendah, yaitu sekitar 0,5 persen. Akibatnya, malaria di Jawa dan Bali bersifat hipo-endemik, dan malaria *plasmodium vivax* yang resisten terhadap obat-obatan pun merajalela. Di pulau-pulau terluar, di mana angka kejadian tertinggi malaria dilaporkan, pada umumnya *plasmodium falciparum* dan *plasmodium vivax* masih sensitif terhadap obat-obatan (suseptibel).



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

Angka statistik nasional menunjukkan adanya peningkatan jumlah kasus malaria dalam tiga tahun terakhir. Walaupun, di satu pihak, ini dapat mencerminkan adanya peningkatan penemuan kasus yang merupakan dampak adanya dukungan dari *Global Fund*, timbulnya dan meluasnya resistensi terhadap obat antimalaria bisa menjadi faktor penentu utama. Penelitian baru-baru ini, dari bagian Utara maupun Selatan Papua menunjukkan bahwa *plasmodium vivax* yang resisten terhadap berbagai obat-obatan *MDR (Multidrug-Resistant)* telah mengakibatkan berjangkitnya malaria kronis dan bahkan berujung pada kematian.

Gambar 6.15.
Angka Kasus Malaria dan
Parasit Menurut Wilayah
di Indonesia, Tahun 2008



Sumber:
Kementerian Kesehatan, 2008

Saat ini, malaria bisa dicegah, didiagnosa dan diobati dengan perpaduan perangkat yang ada. Perangkat pencegahan primer adalah kelambu dengan insektisida tahan lama (*Long- Lasting Insecticidal Nets/LLIN*), penyemprotan ruangan dengan insektisida (*Indoor Residual Spraying/IRS*), dan tindakan pencegahan berkala (*intermittent preventive treatment/IPTp*) untuk perempuan hamil. Langkah pengendalian vektor lainnya (misalnya, penggunaan larvasida dan manajemen lingkungan) juga diterapkan. Manajemen kasus (diagnosa dan pengobatan) menekankan pentingnya intervensi sesegera mungkin.

Sekitar 30 persen rumah tangga memiliki kelambu antinyamuk, namun kepemilikan kelambu dengan insektisida masih sangat sedikit - hanya 4 persen rumah tangga yang memiliki sekurang-kurangnya satu kelambu berinsektisida *ITN (Insecticide-Treated bedNets)*, dan hanya 3,3 persen memiliki *ITN* yang memenuhi syarat⁴³. Rumah tangga di perdesaan memiliki kelambu berinsektisida lebih tinggi, hampir tiga kali lipat dari rumah tangga di perkotaan, masing-masing sebesar 4,5 persen dan 1,6 persen. Dalam upaya pencegahan malaria, pemakaian kelambu berinsektisida merupakan faktor yang penting. Namun, pemakaian kelambu berinsektisida masih sangat kurang di Indonesia.

Secara keseluruhan, 31 persen anak balita tidur dengan kelambu pada malam sebelum survei (SDKI 2007). Rumah tangga di perdesaan tampaknya memiliki kelambu lebih tinggi dari

⁴³ *ITN* 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.

rumah tangga di perkotaan (berturut-turut sebesar 40 persen dan 19 persen). Kepemilikan kelambu mempunyai korelasi negatif terhadap tingkat kesejahteraan; di mana rumah tangga pada kuintil terendah (46 persen) lebih banyak ditemui memiliki kelambu ketimbang rumah tangga dengan kuintil tertinggi (12 persen). Sementara itu, hasil survei di 7 provinsi oleh Kementerian Kesehatan terkini (Profil Kesehatan 2008) menunjukkan bahwa 86,7 persen dari anak balita tidur dengan kelambu berinsektisida. Hal itu menunjukkan program distribusi *ITN* ke masyarakat yang diikuti dengan promosi/KIE cukup signifikan dalam mempercepat pencapaian hasil.

Penyediaan obat-obatan anti malaria di pusat-pusat pelayanan kesehatan semakin meningkat seiring berjalannya waktu, namun akses pada pengobatan, terutama ACT, masih belum memadai. Pengobatan segera terhadap malaria (dalam kurun 24 jam) terjadi hanya pada 48 persen kasus dan kesadaran masyarakat akan pengobatan tepat waktu sangat penting. Menggaris-bawahi keadaan ini, angka perkiraan Kemkes di atas terbukti dari hasil survei SDKI 2007 yang melaporkan hanya sekitar 50 persen masyarakat secara nasional yang sadar akan pentingnya strategi pengobatan malaria. Faktor pendanaan menjadi penting dalam memastikan ketersediaan, pendistribusian, dan monitoring evaluasi penyediaan obat-obatan malaria.

Kebijakan saat ini menerapkan strategi Gebrak Malaria yang menetapkan target-target berikut ini:

- hingga tahun 2010, memastikan bahwa 80 persen dari masyarakat yang berisiko terjangkit malaria mendapatkan perlindungan melalui metode pengendalian vektor yang sesuai keadaan setempat; 80 persen dari penderita malaria didiagnosis dan diobati dengan menggunakan antimalaria yang adekuat;⁴⁴ 80 persen perempuan hamil di daerah penularan yang stabil mendapat perawatan pencegahan berkala (*IPTp*); dan beban akibat penyakit malaria berkurang sampai 50 persen; dan
- pada tahun 2015, penyakit dan kematian akibat malaria berkurang sebesar 75 persen dibandingkan dengan tahun 2005; tercapainya target MDG; dan intervensi efektif diterapkan secara universal.

Strategi Utama	Tujuan Utama
Memobilisasi dan memberdayakan masyarakat menuju hidup sehat.	Semua desa menjadi “desa siaga” – pemberdayaan dan pelibatan masyarakat dalam pemberantasan dan pengendalian ‘malaria’ dan penyakit lain yang merupakan masalah utama kesehatan
Meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan yang berkualitas.	Setiap bayi, anak dan kelompok risiko tinggi terlindung dari penyakit-penyakit
Memperbaiki sistem surveilans, monitoring dan informasi.	Setiap kejadian penyakit dilaporkan secara tepat waktu dan akurat kepada dinas kesehatan terdekat. Setiap kejadian luar biasa/wabah dikendalikan secara cepat dan tepat
Peningkatan ketersediaan pendanaan malaria.	

Tabel 6.2.
Strategi Kampanye Gebrak Malaria

Sumber:
Kemkes, Direktorat Pengendalian Penyakit Berbasis Vektor, Ditjen P2PL, 2007.

⁴⁴ ACT: Artemisinin-based combination therapy (terapi kombinasi berbasis artemisinin).

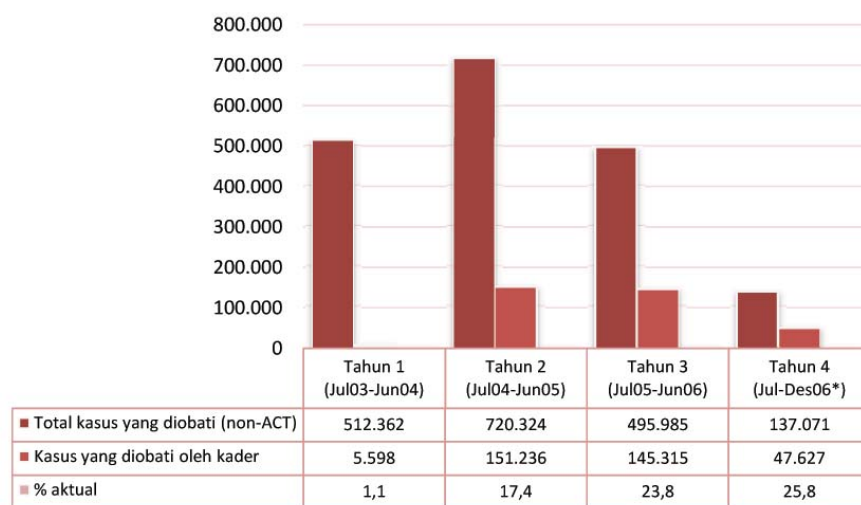


Tujuan 6: Memerangi HIV/AIDS, Malaria dan Penyakit Menular Lainnya

Kegiatan utama untuk mendukung strategi di atas meliputi: pencegahan dan pengendalian penularan serta faktor-faktor risiko lokal:

- diagnosa awal dan penanganan dini;
- memperkuat surveilans epidemiologi dan pengendalian wabah; serta
- memperkuat komunikasi, informasi, edukasi, pemberdayaan masyarakat dan dukungan pemerintah setempat dalam pengendalian malaria.

Gambar 6.16.
Jumlah Kasus Malaria yang
Diobati Melalui Program
Gebrak Malaria,
Tahun 2007



Sumber:
Kemkes, Direktorat
Pengendalian Penyakit
Berbasis Vektor, Ditjen
P2PL dan LH, 2007.

Sebagai bagian dari program Desa Siaga, posdes malaria perlu dibangun guna mengurangi angka kematian dan penyakit malaria (khususnya) di daerah-daerah terpencil. Posdes tersebut diharapkan dapat: (i) melaksanakan penemuan kasus melalui pemeriksaan darah dan memberikan pengobatan terhadap malaria klinis; (ii) menjalankan program-program promosi kesehatan; (iii) menjalin kerja sama dengan bidan-bidan dan perangkat desa untuk menyelenggarakan pertemuan bulanan; (iv) membagikan kelambu/LLIN kepada masyarakat di lingkungan tersebut; dan (v) melakukan kegiatan kesehatan lingkungan, terutama membersihkan tempat-tempat bersarangnya jentik nyamuk. Pemerintah sudah mendirikan lebih dari 800 pusat koordinasi pengendalian malaria di desa-desa terpencil di wilayah timur Indonesia; 500 pusat lainnya akan dibuka di Nusa Tenggara Barat. Dua juta kelambu akan dibagikan di daerah-daerah rawan malaria sampai dengan tahun 2009.

Tantangan

Pemahaman keluarga dan masyarakat, perencanaan strategis, kapasitas pelayanan, serta pendanaan adalah tantangan utama dalam mengendalikan dan mengurangi kasus malaria. Tantangan tersebut mencakup:

1. **Belum optimalnya upaya pencegahan penularan malaria.** Kurangnya pemahaman keluarga dan masyarakat terhadap tindakan pencegahan malaria yang adekuat dan pentingnya penanganan kasus malaria sedini mungkin. Hal ini terutama dapat dicapai lebih cepat melalui interaksi antara masyarakat yang berisiko terinfeksi malaria dengan tenaga kesehatan terkait. Pesan-pesan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) dan komunikasi perubahan perilaku (*behavioral change communication, BCC*) dapat disampaikan dengan baik kepada masyarakat, jika pesan yang disampaikan terstandardisasi, memperhatikan kondisi epidemiologis, geografis, dan sosio-ekonomis setempat.⁴⁵ Belum optimalnya upaya pencegahan penularan malaria disebabkan pula karena belum optimalnya pelaksanaan surveilans epidemiologi, pengendalian vektor serta terbatasnya penyediaan sistem informasi terkait malaria.
2. **Terbatasnya kemampuan manajemen kasus malaria terutama di daerah.** Pelayanan kesehatan tampaknya tidak dibekali dengan perangkat dan tenaga yang memadai untuk meres-pon kebutuhan sedini mungkin. Manajemen kasus terhambat oleh perencanaan logistik yang lemah di tingkat fasilitas dan sering terhenti akibat keterbatasan pasokan obat-obatan dan sarana untuk melakukan uji diagnostik. Dalam beberapa kasus, tenaga kesehatan yang terlibat tampaknya juga tidak mendapat pelatihan yang memadai, dan juga kurangnya tenaga ahli teknis (seperti ahli entomolog dan tenaga untuk monitoring dan evaluasi).
3. **Belum optimalnya pelaksanaan monitoring dan evaluasi.** Kemampuan supervisi masih terbatas, hasil monitoring dan evaluasi belum memadai untuk digunakan dalam menyusun perencanaan dan penganggaran; di samping belum optimalnya mekanisme koordinasi dan sinergi lintas sektor, termasuk koordinasi lembaga donor dalam pengendalian malaria. Isu obat antimalaria palsu dengan kualitas buruk, serta semakin berkurangnya efektifitas ACT yang belum ditangani secara memadai.⁴⁶
4. **Terbatasnya dukungan sumber daya dalam Gerakan Berantas Malaria (Gebrak Malaria).** Sejauh ini, pendanaan dari sumber-sumber internasional berperan penting, dalam hal ini perlu diseimbangkan dengan peningkatan sumber pendanaan domestik. Sejauh ini, pendanaan domestik melalui anggaran nasional dan daerah relatif masih terbatas. Besar kemungkinan bahwa ketergantungan pada pendanaan dari donor akan berlanjut dan tantangannya justru terletak pada bagaimana memfasilitasi aliran dana tersebut. Sebuah strategi mobilisasi sumber dana nasional dan internasional dengan tujuan jangka menengah dan panjang perlu dikembangkan.

⁴⁵ Pelaksanaan pengendalian larva dan pengelolaan lingkungan (misalnya pengelolaan salinitas pengairan dan penampungan air ataupun pengairan sawah) bisa berjalan baik hanya bila masyarakat yang tinggal di tempat tersebut dan menggunakan serta mengelola lingkungan tersebut dilibatkan.

⁴⁶ Kecenderungan adanya obat palsu dan berkualitas buruk kemungkinan besar dipicu akibat masih tingginya harga obat antimalaria dan lemahnya kontrol.



Kebijakan dan Strategi

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* yang dirancang dengan partisipasi penyedia layanan dan pengguna, untuk disesuaikan dengan kondisi spesifik daerah dan situasi masyarakat (berorientasi pada klien); (ii) mengembangkan strategi mobilisasi sosial yang berfokus pada peningkatan kesadaran masyarakat terhadap upaya pencegahan malaria; (iii) menguatkan sistem informasi malaria dengan mengumpulkan data morbiditas dan kematian terkait malaria yang memadai; (iv) memperkuat pemantauan kemajuan di tingkat lokal dan melakukan analisis situasi lokal; (v) penyediaan dan mempromosikan penggunaan kelambu berinsektisida, terutama di daerah endemik malaria; (vi) meningkatkan pengendalian vektor yang sesuai dengan kondisi setempat; (vii) memperkuat sistem surveilans epidemiologis dan kontrol wabah; (viii) mengembangkan model intervensi lintas sektoral seperti *larvaciding* maupun *biological control*; dan (ix) mengembangkan kapasitas untuk menilai efektivitas upaya pengendalian malaria.
2. **Memperkuat pelayanan kesehatan dalam pencegahan, pengendalian dan pengobatan.** Pelayanan kesehatan memiliki peran sentral dalam meningkatkan kesadaran, pengendalian dan pengobatan. Beberapa perbaikan dan penguatan diperlukan dalam: (i) mempromosikan pencegahan dan pengendalian malaria pada masyarakat; (ii) memastikan deteksi dini dan akses perawatan ke fasilitas kesehatan; (iii) menanggapi kebutuhan akan manajemen kasus yang tepat waktu; (iv) penguatan pos malaria desa (*posmalades*) untuk mengurangi mortalitas dan morbiditas terkait malaria, (terutama) di daerah terpencil; dan (v) pengintegrasian program malaria dengan program intervensi kesehatan ibu dan anak.
3. **Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia di semua aspek.** Untuk dapat mengimplementasikan strategi pengendalian malaria, tenaga kesehatan perlu ditingkatkan kapasitasnya meliputi: keterampilan yang tepat, terlatih dalam advokasi, deteksi malaria dan pengobatan tepat dan cepat, manajemen logistik, dan entomologi. Untuk menjamin kesinambungan program pengendalian, bantuan teknis akan diberikan untuk menjamin adanya peningkatan kapasitas di semua tingkat dan program pelatihan yang ditargetkan.
4. **Meningkatkan struktur manajemen dan tata kelola yang meliputi strategi, program kerja, dan sistem informasi** yang memungkinkan pemantauan, perencanaan, dan sasaran intervensi malaria yang lebih baik. Juga terdapat kebutuhan untuk meningkatkan upaya-upaya koordinasi program malaria dengan program penyakit lainnya. Upaya yang dibutuhkan adalah:
 - a. **memperkuat mekanisme pengawasan program** dengan sistem monitoring dan evaluasi yang didisain untuk menggambarkan pemahaman yang baik tentang dinamika dan kesadaran masyarakat, dan memungkinkan keterpaduan berbagai perbedaan area ke

dalam desain dan perencanaan strategi program;

- b. **mengembangkan peluang kerja sama antara instansi publik serta menggali sinergi kerjasama pemerintah-swasta** terutama dalam upaya peningkatan kesadaran masyarakat;
 - c. **mengalokasikan bantuan donor dengan lebih baik** dengan meletakkannya dalam konteks perencanaan strategi nasional penanggulangan malaria; dan
 - d. **mengontrol kualitas dan penggunaan obat-obatan**, khususnya melalui penguatan kemitraan dengan badan-badan riset dan teknis untuk melakukan riset operasional tentang kemampuan dan efektifitas obat-obatan, insektisida dan alat pencegahan. Selain itu, diperlukan juga kajian atas kebijakan penetapan harga obat-obatan; dan mengidentifikasi dan mengupayakan peluang untuk mendukung pemerintah kabupaten dalam mene-rapkan program penanggulangan malaria, khususnya meliputi tindakan-tindakan yang telah disebutkan sebelumnya.
5. **Peningkatan dukungan pendanaan.** Dibutuhkan pendanaan jangka panjang serta dapat diprediksi untuk mempertahankan keberlanjutan program. Seperti dalam program-program lain, program malaria perlu meningkatkan efisiensi dalam kelembagaan, serta kemitraan dengan sektor swasta dan komunitas internasional. Sangat mungkin bahwa ketergantungan pada pembiayaan donor akan terus berlanjut, disertai tantangan untuk memfasilitasi arus pendanaan tersebut. Sebagaimana disebutkan di atas, kerangka perencanaan yang jelas dan manajemen berbasis hasil akan sangat penting artinya, didukung pelaporan keuangan yang baik. Sebuah strategi mobilisasi sumber daya internasional dengan tujuan jangka menengah dan panjang akan dikembangkan.

Untuk mempercepat pencapaian target penurunan kasus malaria dan kematian akibat malaria, Presiden Republik Indonesia memberikan perhatian khusus dengan mengeluarkan Inpres Nomor 3/2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan, khususnya tentang pengendalian malaria melalui peningkatan angka penemuan kasus malaria. Hal ini telah sejalan dengan strategi nasional dalam RPJMN 2010-2014 sebagaimana terlihat pada tabel di bawah ini:

Prioritas	Indikator	2010	2011	2012	2013	2014
Menurunkan tingkat morbiditas dan mortalitas akibat malaria	1. Angka penemuan kasus Malaria per 1.000 penduduk	2	1,75	1,5	1,25	1
	2. Persentase kabupaten/kota yang melakukan <i>mapping</i> vektor	30	40	50	60	70
	3. Persentase KLB malaria yang dilaporkan dan ditanggulangi	100	100	100	100	100

Tabel 6.3.
Prioritas, Output, dan Target Pengendalian Malaria, Tahun 2010-2014

Sumber:
RPJMN 2010-2014, Inpres Nomor 3 Tahun 2010, Renstra Kemkes 2010-2014



Tuberkulosis

Indikator⁴⁷

6.9. Angka kejadian, prevalensi dan tingkat kematian akibat Tuberkulosis:

6.9a. Angka kejadian Tuberkulosis (semua kasus/100.000 penduduk/tahun):

Acuan dasar (1990) : 343 (Laporan TB Global, WHO, 2009)

Saat ini (2009) : 228 (Laporan TB Global, WHO, 2009)

6.9b. Tingkat prevalensi Tuberkulosis (per 100.000 penduduk):

Acuan dasar (1990) : 443 (Laporan TB Global, WHO, 2009)

Saat ini (2009) : 244 (Laporan TB Global, WHO, 2009)

Target 2015 : Dihentikan, mulai menurun

6.9c. Tingkat kematian karena Tuberkulosis (per 100.000 penduduk):

Acuan dasar (1990) : 92 (Laporan TB Global, WHO, 2009)

Saat ini (2009) : 39 (Laporan TB Global, WHO, 2009)

6.10. Proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi, yang diobati dan sembuh dalam program DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-course*) :

6.10a. Proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dalam program DOTS:

Acuan dasar (2000) : 20,0 persen (Laporan TB Global, WHO, 2009)

Saat ini (2009) : 73,1 persen (Laporan Kemkes 2009)

Target 2015 : 70,0 persen

6.10b. Proporsi kasus Tuberkulosis yang diobati dan sembuh dalam program DOTS:

Acuan dasar (2000) : 87,0 persen (Laporan TB Global WHO-2009)

Saat ini (2008) : 91,0 persen (Laporan Kemkes 2009)

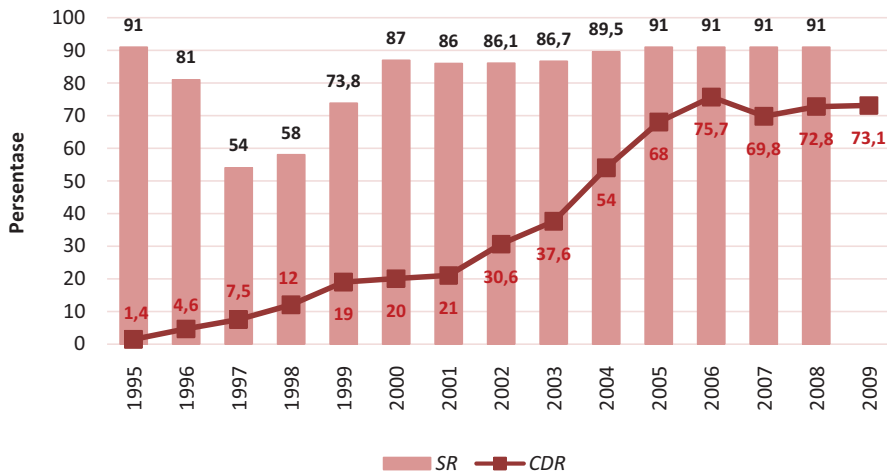
Target 2015 : 85,0 persen

Status Saat Ini

Indonesia menduduki peringkat ketiga di dunia setelah India dan Cina dalam jumlah kasus TB – dengan jumlah 289.044 kasus baru yang tercatat di 2009, di mana sekitar 169.213 kasus merupakan kasus baru dengan BTA positif. Prevalensi mencapai 253/100.000 penduduk di 2006 dan 244/100.000 di tahun 2007 (Laporan TB Global 2009). Jumlah MDR-TB dalam kasus-kasus TB yang sebelumnya ditangani adalah 19 persen. Pada tahun yang sama, Laporan Badan Kesehatan Dunia mengatakan bahwa terdapat sekitar 91.369 kematian yang disebabkan oleh TB (39/100.000).

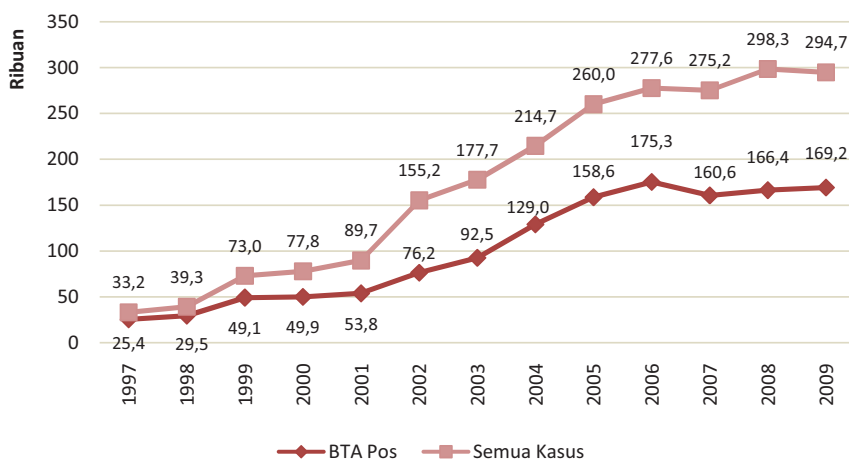
⁴⁷ Pada program nasional, petunjuk pelaksanaan (indikator 24) menetapkan target 70 persen deteksi kasus untuk diraih sampai dengan tahun 2005, sementara target untuk penanganan yang sukses adalah 85 persen. Di bawah indikator 23, tingkat penyebaran dan kematian TB ditargetkan menjadi setengah dari tingkat tahun acuan dasar pada tahun yang sama.

Laporan surveilans nasional untuk prevalensi TB menunjukkan jumlah orang terinfeksi TB telah mengalami penurunan - survei tahun 2004 menunjukkan terjadinya penurunan signifikan sekitar 42 persen dari tahun 1990. Penemuan kasus saat ini telah mencapai lebih dari 70 persen⁴⁸, dan hasil-hasil pengobatan menunjukkan tingkat keberhasilan sebesar 91 persen (2006). Keduanya telah melampaui target MDG (masing-masing 70 dan 85 persen). Kinerja ini mencerminkan meningkatnya kerja sama antara layanan kesehatan daerah dan swasta, demikian juga dengan petugas pelayanan TB berbasis masyarakat; peningkatan perhatian pembinaan kapasitas sumber daya manusia sejak tahun 2001, dan perbaikan pada layanan kesehatan, sistem logistik yang lebih baik serta sistem monitoring TB yang lebih kuat. Kecenderungan pada penemuan kasus ditunjukkan pada **Gambar 6.17** sementara penurunan yang signifikan jumlah kasus baru dapat dilihat di **Gambar 6.19**.



Gambar 6.17.
Angka Penemuan Kasus (CDR) dan Angka Keberhasilan Pengobatan (SR) Nasional untuk TB (%), Tahun 1995-2009

Sumber:
Kemkes, Direktorat PPM,
Ditjen P2PL, 2009.



Gambar 6.18.
Kecenderungan Nasional Jumlah Total Kasus TB dan Kasus TB BTA-positif di Indonesia, Tahun 1997-2009

Sumber:
Kemkes, Direktorat PPM,
Ditjen P2PL, 2009.

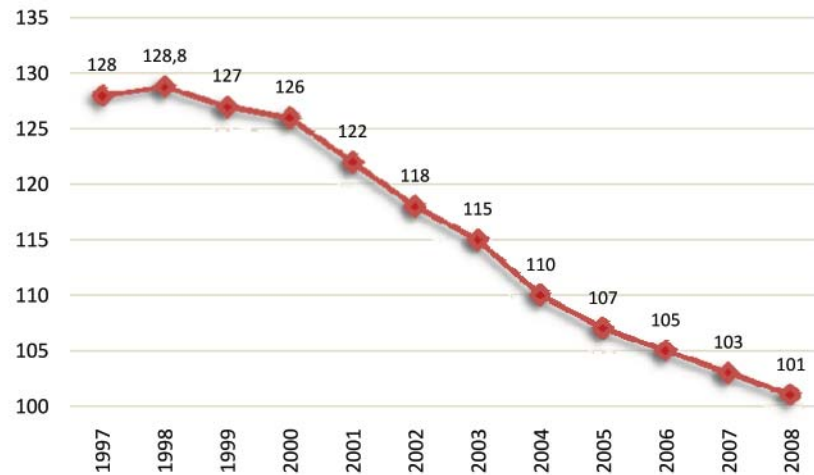
⁴⁸ Target adalah 70 persen kasus deteksi dari kasus BTA positif di bawah program *DOTS* dan 85 persen keberhasilan pengobatan, untuk menghasilkan bahwa tingkat insiden akan mengalami penurunan hingga 2015 dan untuk mengurangi sampai setengahnya tingkat prevalensi dan kematian dari tahun 1990 hingga tahun 2015. Perkiraan untuk tahun 1990 prevalensi sebesar 443/100.000 populasi dan kematian sebesar 91/100.000 populasi/tahun.



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

Gambar 6.19.
Jumlah Kasus BTA-Positif
per 100.000 Penduduk
di Indonesia,
Tahun 1997-2008

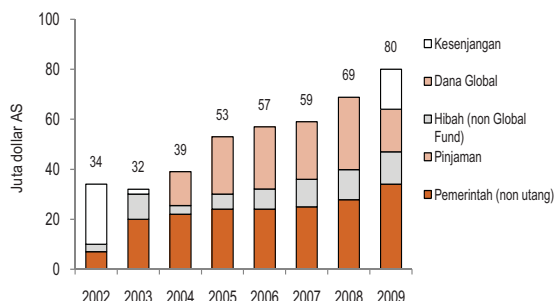
Sumber:
Kemkes, Direktorat PPM,
Ditjen P2PL 2009.



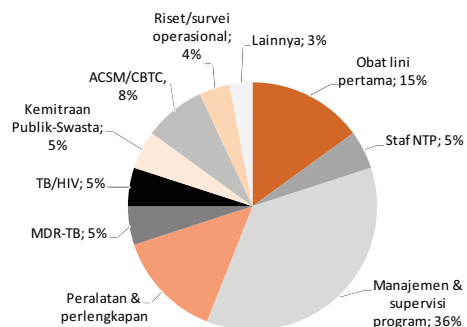
Gambar 6.17, 6.18 dan 6.19 menunjukkan bahwa program TB nasional sudah semakin baik dalam mendeteksi kasus dan penyembuhannya selama kurun waktu lebih dari satu dekade telah berhasil menyembuhkan lebih dari setengah juta pasien TB (567.620) selama kurun waktu lebih dari 10 tahun. Angka deteksi kasus TB meningkat pesat - dari 30 persen tahun 2002 menjadi 76 persen tahun 2006. Angka keberhasilan pengobatan selalu di atas 85 persen sejak tahun 2000, dan angka ini mencapai 91 persen pada tahun 2007 dan 2008. 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).

Indonesia merupakan salah satu negara yang pertama kali melaksanakan pelatihan singkat tentang kemoterapi (*Short Course Chemotherapy* atau SCC) untuk TB pada tahun 1977. Selanjutnya, Kementerian Kesehatan melakukan uji coba pelaksanaan pengendalian TB berdasarkan strategi internasional yang direkomendasikan yang disebut – DOTS – tahun 1993, dan tahun 1995 secara formal DOTS ditetapkan sebagai kebijakan nasional. Pengembangan strategi DOTS setelah tahun 1995 pada awalnya berjalan lambat, dan angka deteksi kasus TB selalu di bawah 30 persen hingga tahun 2002.

a. Anggaran Program TB Nasional berdasarkan sumber pendanaan



b. Rincian Anggaran Program TB Nasional tahun 2009



Gambar 6.20.
Pendanaan Strategi Stop TB, Indonesia, Tahun 2009

Sumber:
Indonesia Profile, WHO Report
2009, Global Tuberculosis
Control.

Gambar 6.20a menunjukkan bahwa anggaran program TB nasional sudah lebih dari dua kali lipatnyasejak tahun 2002; peningkatan anggaran tahun 2009 disertai dengan peningkatan anggaran pemerintah, namun demikian kesenjangan pendanaan juga terjadi pada 5 tahun pertama. *DOTS* menyerap 70 persen dari total anggaran Program TB Nasional, sementara bagian untuk *MDR-TB* rendah, meskipun Indonesia diperkirakan memiliki nilai *MDR-TB* ke tujuh tertinggi di tingkat global (**Gambar 6.20b**).

“salah satu prioritas untuk keberlanjutan pembiayaan pengendalian TB adalah perlunya dukungan dan kontribusi pemerintah daerah”

Kebijakan nasional saat ini menerapkan rekomendasi internasional pada strategi pengendalian TB, yaitu *DOTS*⁴⁹ yang ditetapkan sebagai kebijakan TB nasional oleh Kementerian Kesehatan sejak tahun 1997. Sedangkan strategi global untuk penanggulangan TB telah diterapkan pada kerangka kerja penanggulangan TB nasional 2010 dan saat ini sedang disusun untuk tahap selanjutnya untuk mencapai target MDG 2010-2014. Strategi itu menekankan pentingnya: (i) dukungan politik dan program desentralisasi agar *DOTS* dapat diterapkan secara efektif; (ii) keterlibatan luas para penyedia jasa publik dan swasta, keluarga, masyarakat, dan lingkungan kerja guna mempengaruhi perilaku, meningkatkan kesadaran, dan menggalakkan penemuan kasus pasif; (iii) akses pada petugas kesehatan dan obat-obatan gratis, untuk menjamin keberlanjutan pengobatan; (iv) sistem kesehatan yang menerapkan pengendalian TB melalui pendekatan promosi aktif, kemitraan yang melibatkan pihak pemerintah, nonpemerintah, dan swasta dalam sebuah gerakan terpadu nasional untuk TB (*Gerdunas*);⁵⁰ dan (v) memiliki kapasitas laboratorium diagnostik di seluruh tingkatan pelayanan kesehatan. Selain itu, kebijakan nasional menekankan perlunya fokus pada kelompok miskin dan rentan serta menekankan pentingnya MDGs untuk diintegrasikan pada kebijakan yang berlaku.

⁴⁹ *DOTS* (Directly Observed Treatment, Short-course) mencakup deteksi kasus oleh temuan kasus pasif; kemoterapi jangka pendek standar, persediaan obat-obatan reguler; dan pemantauan untuk supervisi dan evaluasi program.

⁵⁰ *Gerdunas*: Gerakan Terpadu Nasional: *National Integrated (TB) Alleviation Movement*.



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

Tabel 6.4.
Komponen Strategi
TB Nasional

KOMPONEN STRATEGI NASIONAL STOP TB	
PELAKSANAAN PENINGKATAN DAN PERLUASAN DOTS YANG BERKUALITAS TINGGI	
- Komitmen politik dengan pembiayaan yang meningkat dan berkelanjutan - Alokasi sumber dana dengan memperhatikan kapasitas fiskal daerah - Deteksi kasus melalui uji bakteriologi berkualitas - Standarisasi penanganan pasien TB melalui supervisi dan dukungan - Sistem penyediaan dan manajemen obat yang efektif - Sistem pengawasan dan evaluasi, serta pengukuran dampak	
MENANGANI TB-HIV, RESISTENSI GANDA OAT DAN TANTANGAN LAINNYA	
- Surveilans resistensi obat TB - Pelayanan resistensi ganda OAT (Obat Anti TB) - Kegiatan kerjasama TB/HIV	
MELIBATKAN SEMUA PENYEDIA PELAYANAN	
- Pendekatan Kemitraan Publik-Publik, dan Publik-Swasta (PPM) - Penerapan Standar Internasional Penanganan TB - <i>International Standards for TB Care (ISTC)</i>	
MEMBERDAYAKAN PENDERITA TB DAN MASYARAKAT	
- Partisipasi masyarakat dalam penanganan TB - Kesepakatan Penderita terhadap Penanganan TB - Komunikasi efektif kepada penderita TB, <i>providers</i> dan <i>stakeholders</i>	
PENGUATAN KEBIJAKAN DAN MENUMBUHKAN 'OWNERSHIP' DAERAH TERHADAP PENGENDALIAN TB	
- Penguatan kebijakan yang terkait TB - Kesinambungan pembiayaan dan efisiensi penggunaan sumber daya - Advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial - Penguatan monitoring dan evaluasi serta mempromosikan penggunaan informasi dalam penerapan perencanaan dan pengambilan keputusan yang berbasis data	
BERKONTRIBUSI DALAM PENGUATAN SISTEM KESEHATAN	
- Menjamin ketersediaan tenaga yang memadai (kuantitas dan kualitas) dan <i>skill-mix</i> - Logistik efektif untuk menjamin keberlangsungan pengadaan obat dan peningkatan kualitas layanan lab - Partisipasi aktif dalam upaya mengembangkan kebijakan <i>system-wide</i>, SDM, <i>financing</i>, manajemen, pemberian layanan, dan sistem informasi - Menyebarkan inovasi yang memperkuat sistem, termasuk <i>Practical Approach to Lung Health (PAL- Pendekatan Praktis Kesehatan Paru)</i>	
MEWUJUDKAN DAN MEMPROMOSIKAN PENELITIAN	
- Penelitian TB - Program berbasis riset-operasional	

Sumber:
Rencana Strategis STOP TB
Indonesia, 2006-2010

Advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial penting untuk meningkatkan cakupan program TB. Tujuan kegiatan pendidikan bagi pasien dan mobilisasi sosial adalah untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dan menciptakan kebutuhan diagnosis berkualitas serta layanan pengobatan untuk TB. Program TB Nasional telah mengembangkan pedoman advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial atau *Advocacy, Coomunication and Social Mobilization (ACSM)* dan rencana operasional untuk mengembangkan kapasitas dalam rangka pelaksanaan kegiatan dan pelatihan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Kerangka kerja ACSM sejalan dengan Rencana Strategis Indonesia 2006-2010 (**Tabel 6.4**).

Kotak 6.2. Kemitraan yang efektif dalam pengendalian TB: memberdayakan pengidap TB dan masyarakat dalam Program DOTS

Demi meningkatkan cakupan DOTS untuk semua, Indonesia sudah mengembangkan kemitraan yang efektif dengan banyak sektor di tingkat nasional – sektor kesehatan swasta, organisasi nonpemerintah, sekolah kedokteran, masyarakat, bisnis dan industri, bekerjasama dengan media dan pihak lainnya untuk meningkatkan sumber daya, capaian dan penggunaan DOTS. Tujuannya adalah untuk mempromosikan dan meningkatkan deteksi dini kasus infeksi tuberkulosis (TB) dan memastikan pengobatan yang tepat sekaligus mempertahankan angka capaian penyembuhan yang tinggi dalam program DOTS ini.

Masyarakat di berbagai daerah di negeri ini turut dilibatkan, meskipun bentuk pelibatananya bervariasi bergantung pada norma sosial, letak geografi, dan komitmen pemangku kepentingan. Banyak kegiatan yang seringkali dipelopori oleh anggota masyarakat termasuk pemimpin adat, relawan, petugas kesehatan, LSM dan pekerja lapangannya. Keterlibatan masyarakat diharapkan dapat memberikan dampak dalam meningkatkan deteksi dini kasus TB dan menganjurkan orang yang mungkin menderita TB untuk segera mencari pengobatan yang tepat. Dengan cara demikian mereka yang mengidap TB dapat dicatat dalam sistem (Program DOTS) yang memungkinkan untuk melacak dan memastikan kalau pengobatan mereka tidak terganggu atau terputus, hal ini bisa dipantau dengan kegiatan pengontrolan oleh masyarakat, diawasi oleh kader atau pekerja sosial serta petugas kesehatan. Memberdayakan mereka yang terdampak karena TB selain untuk meningkatkan deteksi dini kasus dan kepatuhan pengobatan, juga dapat mengatasi stigma dan diskriminasi. Ada sebuah perkumpulan atau asosiasi bernama 'PAMALI' yang terdiri atas eks pasien TB yang sukses menjalankan pengobatan dan bertindak sebagai motivator bagi pengidap TB agar mereka mendapat pengobatan yang tepat.

Sejumlah pasien suspek TB dan pasien TB terus mencari perawatan dari penyedia layanan swasta maupun layanan nonpemerintah lainnya dan jumlahnya semakin banyak karena adanya kampanye dan pelibatan masyarakat. Sayangnya, sebagian besar penyedia layanan itu tidak berkaitan secara aktif dengan program TB nasional, mereka menggunakan protokol diagnostik dan pengobatan yang tidak sesuai standar yang mengakibatkan munculnya diagnosis yang tidak benar dan hasil pengobatan yang buruk. Dengan demikian, hal ini meningkatkan risiko pasien resisten terhadap obat TB. Lebih lanjut, ketiadaan aturan bila terjadi hal tersebut menyebabkan kebanyakan pasien tidak melaporkan. Membangun kemitraan dengan penyedia layanan kesehatan di luar sistem kesehatan pemerintah, dan khususnya dengan penyedia layanan kesehatan swasta adalah hal yang sangat penting untuk memperluas cakupan program DOTS di negara ini.

Kerjasama Pemerintah-Swasta untuk Inisiatif DOTS (PPM-DOTS) dimulai awal tahun 2000. Inisiatif ini sudah menunjukkan kelayakan untuk melibatkan penyedia layanan swasta dalam kerjasama produktif implementasi DOTS, terlihat dampak implementasi DOTS yang sangat sukses dan pada saat bersamaan terjadi peningkatan penemuan kasus TB antara 20-30 persen. Indonesia sudah mengaplikasikan PPM DOTS yang bertujuan untuk mendorong organisasi dan asosiasi penyedia layanan swasta dan pemerintah yang bekerja di bidang TB dan HIV untuk memasukkan kegiatan bersama TB/HIV dalam pekerjaan mereka, melalui kerjasama nasional, regional dan lokal. Sumatera Utara, Yogyakarta dan Palembang menunjukkan peningkatan sekitar 24 persen dalam penemuan kasus. Inisiatif ini juga menawarkan mekanisme uji coba proyek PPM TB/HIV untuk mencari bukti-bukti yang akhirnya dapat memberikan informasi untuk kebijakan global dan nasional mengenai keterlibatan layanan swasta dan pemerintah dalam implementasi dan peningkatan (*scale up*) kegiatan kolaborasi TB/HIV.

LSM berperan penting dalam pencegahan dan pengendalian TB. Saat ini strategi DOTS dianggap sebagai strategi yang paling efektif dalam biaya (*cost effective*) untuk melawan TB, strategi itu pertama kali dikembangkan oleh sebuah LSM bernama *The International Union against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD)*. LSM memiliki peran utama dalam advokasi dan mobilisasi dukungan pemerintah dan masyarakat untuk menghentikan TB, pemberian layanan, dan informasi, edukasi serta komunikasi. LSM tersebut



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

Lanjutan Kotak 6.2.

memiliki perbedaan yang jelas dengan pegawai pemerintah dalam meyakinkan pasien suspek TB untuk menjalani tes diagnostik, mengambil obat secara teratur dan melaporkannya untuk mendapatkan resep obat untuk menjamin pengobatan dijalani dengan lengkap. Manfaat yang jelas terlihat dari pelibatan LSM dibandingkan dengan sektor pemerintah saja adalah dalam hal fleksibilitas, tingkat respon dan kesan pentingnya memberikan dampak yang berarti dalam kurun waktu singkat.

Kelompok-kelompok yang tertarik seperti LSM (NU, Aisiah, Perdaki), asosiasi profesional (IDI, PDPI) atau dokter swasta bersedia mengimplementasikan program DOTS dan bekerjasama dengan perwakilan program pengendalian TB nasional yang sesuai dengan tingkatnya (pusat, provinsi atau kabupaten). Dengan melibatkan asosiasi profesional seperti Ikatan Dokter Indonesia, Ikatan Ahli Paru Indonesia juga merupakan salah satu strategi mendukung pelaksanaan *ISTC* (*International Standard of TB Care*); sementara DOTS di RS diharapkan dapat meningkatkan angka kasus TB yang terdeteksi baik di RS swasta maupun RS pemerintah, semuanya ini harus dapat dimonitor dan dievaluasi oleh Sistem Program DOTS.

Selain itu, Program TB Nasional telah memperkuat kapasitas laboratorium dan sumber daya manusia untuk memberikan perawatan dan pemantauan pasien TB sehingga dapat memberi manfaat semua yang terlibat dalam sistem. Inisiatif untuk membangun hubungan dengan RS sedang diupayakan menggunakan *ISTC*; standar ini juga membantu melibatkan sektor RS untuk menyediakan layanan kesehatan kepada masyarakat umum.

Tuberkulosis bisa terjadi pada semua orang di segala usia, namun yang paling sering terjadi adalah pada mereka yang berusia antara 20 hingga 45 tahun, laki-laki dan perempuan di usia yang paling produktif secara ekonomi dalam hidup mereka. Dari 2,5 milyar pekerja di seluruh dunia, lebih dari 50 persen berisiko menderita TB aktif dalam hidupnya. Sektor bisnis menjadi sektor yang sangat penting dalam mengendalikan TB. Penyakit ini menyebabkan banyaknya biaya yang harus dikeluarkan perusahaan misalnya akibat pekerja yang mangkir kerja, menurunnya produktivitas, biaya pengobatan yang tinggi dan adanya biaya tidak langsung yang besar jumlahnya yang diakibatkan karena perusahaan harus mencari pengganti pekerja atau melakukan pelatihan ulang pada pekerja.

Mitra bisnis dan industri dapat secara aktif berkontribusi dengan cara mengidentifikasi pasien suspek TB di antara para pekerjanya, merujuk mereka untuk diagnosis, dan membantu pekerja yang mengidap TB untuk menjalani pengobatan untuk menghindari tersebarnya TB di tempat kerja dan di masyarakat. Tempat kerja mungkin memiliki lebih banyak orang di dalamnya dibandingkan dengan tetangga di sekitar tempat tinggalnya. Dengan demikian, perlu diperkenalkan akses terhadap layanan pencegahan TB yang mungkin harus lebih kuat di tempat kerja dibandingkan tempat lainnya. Dengan demikian, perusahaan harus membantu menyediakan akses terhadap informasi dan dukungan kepada pekerja yang sakit dan mengaitkan pengendalian TB dengan isu tempat kerja lainnya seperti HIV/AIDS, bahaya kesehatan kerja lainnya misalnya *silicosis*.

Perusahaan dan organisasi di dalamnya memainkan peranan penting dalam mempromosikan dan menerapkan kegiatan pengendalian TB. Pekerja dan organisasinya dapat bekerjasama dalam kegiatan tersebut dan mengadvokasi kebutuhan pekerja, termasuk akses terhadap perawatan kesehatan dan memastikan terpenuhinya aspek etis hubungan kerja. Strategi diperlukan untuk menjamin pelibatan maksimum oleh bermacam-macam mitra dalam pengendalian TB di tempat kerja. Oleh karena itu, langkah awal yang dilakukan adalah membangun kerjasama dengan kementerian tenaga kerja dan transmigrasi serta JAMSOSTEK.

Hambatan utama sistem kesehatan untuk pengendalian TB antara lain penyediaan layanan kesehatan di daerah terpencil, kurangnya koordinasi antara program kesehatan masyarakat dan sektor RS, perhatian mengenai kesehatan masyarakat masih lemah dan biaya yang dikeluarkan pasien masih menjadi sumber pendapatan utama program kesehatan. Pengembangan kapasitas sumber daya manusia serta fasilitas kesehatan masih terus menerus dilakukan untuk mencapai akses universal bagi semua orang.

Sumber:
Laporan Indonesia, 2009: diperkaya
wawancara dengan staf dan petugas
kesehatan di tingkat puskesmas

Tantangan

Kebijakan dan strategi yang diterapkan pemerintah untuk TB sudah cukup komprehensif, dan hasil yang dicapai selama inipun cukup positif, seperti yang tercermin dalam pencapaian indikator-indikator MDG. Tantangan utama yang kini dihadapi oleh program tersebut diupayakan untuk mempertahankan pencapaian yang mengesankan ini, serta memperluas cakupan dari jaringan pengendalian TB, mencakup:

1. **Masih rendahnya kesadaran dan perlunya perubahan perilaku di keluarga dan masyarakat yang mempengaruhi risiko penyebaran infeksi, tingkat utilisasi serta efektifitas strategi nasional.** Advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial (*Advocacy, Communication and Social Mobilization/ACSM*) sedang digalakkan sebagai bagian dari strategi TB, namun hasilnya masih belum menggembirakan dan pemahaman tentang masalah tersebut masih kurang, yang mencerminkan gabungan dari beberapa faktor: (i) jangkauan *ACSM* masih terbatas dan pesan-pesan yang disampaikan bisa jadi tidak efektif; (ii) terbatasnya akses pada pelayanan; dan (iii) sikap berprasangka masyarakat lokal membuat strategi *ACSM* menjadi semakin rumit.⁵¹ **Di samping itu, belum maksimalnya potensi kemitraan antara publik-swasta,** membutuhkan dukungan kebijakan dan regulasi, selain komitmen dari semua pihak, termasuk asosiasi profesi.
2. **Di tingkat pelayanan kesehatan, penerapan program TB juga terkendala sejumlah tantangan, antara lain:** tingginya penemuan kasus belum diimbangi dengan ketersediaan pelayanan pengobatan yang memadai. Layanan pengobatan untuk TB belum diberikan secara rutin di seluruh pelayanan kesehatan (di mana sekitar 98 persen puskesmas telah melakukannya secara rutin, sementara baru sekitar 38 persen dikerjakan secara rutin oleh rumah sakit, fasilitas kesehatan swasta maupun lapas, dan hanya sekitar 2-3 persen dari praktik individual swasta yang telah melaksanakannya secara rutin), dan terdapat perbedaan yang signifikan antar daerah.

Dengan tingginya MDR-TB (Multidrug-Resistant TB/TB yang resisten terhadap berbagai macam obat) yang semakin mengancam, diperlukan fokus pada langkah-langkah untuk mengikuti standar baku internasional dalam perawatan TB, memperbaiki praktik pemberian obat, memastikan kualitas obat-obatan, dan menghindari terjadinya hambatan dalam siklus pengobatan.

3. **Masih diperlukannya perhatian khusus dan penguatan kebijakan dalam penyusunan dan penerapan strategi di daerah yang berbasis lokal untuk memastikan keberhasilan program. Untuk itu masih diperlukan penguatan pada penyediaan pelayanan, informasi, dan pendanaan.** Panduan-panduan intervensi dan *ACSM* harus disesuaikan dengan kondisi

⁵¹ *ACSM* 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.



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

lokal. Tingkat kesadaran yang kurang terhadap program penanggulangan TB, dan komitmen yang lemah terhadapnya, saat ini mencerminkan banyak situasi yang terjadi di tingkat lokal dan terlihat dari kurangnya sumber daya yang dialokasikan untuk masalah TB. Keadaannya mungkin saja cukup memprihatinkan di daerah-daerah terpencil dan sulit dijangkau di mana dampak dari kemiskinan diperburuk dengan masalah TB.

4. **Belum optimalnya pengembangan basis informasi untuk penyusunan kebijakan berbasis fakta.** Saat ini, penerapan sejumlah elemen dalam Strategi TB - penguatan sistem kesehatan, peran serta petugas kesehatan, *ACSM*, riset - kurang begitu dipahami dibandingkan dengan pengembangan *DOTS* dan hubungan TB/HIV serta *MDR-TB*, karena data tentang hal-hal yang disebut awal tadi terbatas. Sejumlah surveilans telah dilakukan, namun informasi yang ada masih belum memadai untuk membuat kebijakan yang kuat.
5. **Masih terbatasnya sumber pendanaan untuk menanggulangi TB di Indonesia.** Tanpa adanya perencanaan dan penganggaran terpadu guna mendukung kegiatan-kegiatan penanggulangan TB, termasuk menyiapkan informasi yang dapat dimanfaatkan yang akan dimanfaatkan untuk manajemen berbasis kinerja, pemanfaatan sumber daya tidak akan efisien ataupun efektif. Selama ini sumber pendanaan terutama datang dari para donor. Namun demikian, tentu dibutuhkan peningkatan mobilisasi sumber daya lokal, termasuk melalui inisiatif-inisiatif yang fokus pada TB, serta peningkatan efisiensi dari anggaran belanja program yang ada.

Kebijakan dan Strategi

Menghadapi tantangan TB perlu dilakukan beberapa strategi, mencakup:

1. **Peningkatan cakupan *DOTS***, melalui: (i) peningkatan advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial; (ii) peningkatan dukungan politik dan program desentralisasi agar *DOTS* dapat diterapkan secara efektif; (iii) keterlibatan luas pada penyedia jasa publik swasta, keluarga dan masyarakat dan lingkungan kerja guna mempengaruhi perilaku, meningkatkan kesadaran serta menggalakkan penemuan pasif; (iv) peningkatan akses pada layanan kesehatan dan obat-obatan gratis; (v) peningkatan sistem penyediaan dan manajemen obat yang efektif; (vi) peningkatan promosi aktif dalam pengendalian TB; (vii) peningkatan komunikasi efektif kepada penderita TB, *provider* dan *stakeholder*; (viii) 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 internasional penanganan TB/*International Standards for TB Care* (ISTC); (iii) peningkatan kemitraan yang melibatkan pemerintah, nonpemerintah dan swasta dalam sebuah gerakan terpadu nasional untuk penanggulangan TB (Gerdunas TB); (iv) menjamin ketersediaan tenaga kesehatan yang memadai baik kuantitas maupun kualitas; (v) menjamin keberlangsungan penyediaan obat, (vi) peningkatan kerjasama program TB/HIV;

(vii) pembangunan elemen-elemen pelayanan kesehatan publik yang mampu memberikan respon efektif terhadap pencegahan dan pengendalian kasus TB; (viii) peningkatan promosi perawatan berbasis masyarakat dan pengendalian vektor serta langkah pencegahan lainnya berbasis lokal; (ix) peningkatan cakupan penemuan kasus dan layanan pengobatan untuk TB di seluruh pelayanan kesehatan; (x) peningkatan layanan dukungan konseling yang memfasilitasi penerapan praktik-praktik yang tepat dalam pencegahan dan pengobatan TB, (xi) Penyediaan sarana dan prasarana pelayanan TB sesuai standar.

Dalam pengembangan jaringan pelayanan publik, *training* TB baik *pre-service* maupun *in-service* harus mencakup pembekalan keterampilan deteksi, diagnostik, dan pengobatan, termasuk perawatan yang aman dan efektif bagi mereka yang terinfeksi di fasilitas setempat maupun layanan penjangkauan (*outreach*). Layanan *outreach* atau strategi untuk daerah terpencil yang mendukung kegiatan di tingkat masyarakat perlu menggabungkan dukungan posdes dengan penyediaan informasi TB.

3. **Penguatan kebijakan dan peraturan dalam pengendalian TB** untuk membangun kepemimpinan sektoral yang efektif melalui penguatan komitmen politik, sistem surveilans yang kuat, penerapan peraturan berlaku, termasuk kolaborasi lintas sektor dan penguatan monitoring dan evaluasi serta mempromosikan penggunaan informasi dalam penerapan perencanaan dan pengambilan keputusan yang berbasis data. Hal tersebut membutuhkan: (i) peningkatan kapasitas sistem kesehatan untuk mencegah dan mengendalikan penyakit menular - menelaah sistem pemantauan dan sistem pelaporan kasus dan menentukan mekanisme siaga dan tanggap kasus untuk menekan angka kematian; (ii) pengkajian dan penyesuaian disain penemuan kasus, diagnostik, dan skema pemberian pengobatan dengan kondisi dan sumber daya setempat; (iii) layanan dukungan konsultasi yang mendorong penerapan praktik-praktik yang tepat; (iv) evaluasi periodik di tingkat nasional dan daerah demi meningkatkan akuntabilitas dan motivasi untuk bekerja; (v) survei periodik untuk mengidentifikasi risiko-risiko khusus (munculnya MRD-TB atau wabah yang terjadi di lembaga pemasyarakatan atau di pusat-pusat pelayanan kesehatan); (vi) kendali mutu obat-obatan, (vii) pembinaan kerja sama antara sektor publik-swasta; dan (viii) menetapkan kapasitas pengendalian TB sebagai prioritas di tingkat kabupaten.
4. **Penguatan sistem informasi serta sistem monitoring dan evaluasi terkait TB**, melalui: (i) peningkatan penelitian terkait TB; (ii) peningkatan jangkauan jaringan uji mikroskopis; (iii) pelaksanaan surveilans untuk mengidentifikasi risiko-risiko khusus (munculnya *MDR-TB*); dan (iv) peningkatan ketersediaan sistem informasi kesehatan yang efektif, melalui studi berkala tentang upaya mendapatkan pelayanan, keterlambatan diagnosa, dan pelaksanaan *DOTS*;
5. **Mobilisasi alokasi sumber daya secara tepat, baik di tingkat pusat maupun daerah**. Komitmen pemerintah daerah dalam mengalokasikan program TB dalam APBD sebagai tanggung jawab pelaksanaan Standar Pelayanan Minimum (SPM) maupun MDGs sangat krusial, karena keduanya merupakan prioritas pembangunan kesehatan baik untuk nasional maupun daerah. Oleh karena itu, penguatan kebijakan dan menumbuhkan *ownership* pemerintah daerah menjadi langkah kunci dalam menjamin kesinambungan program TB,



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

dengan menurunkan ketergantungan pemerintah daerah terhadap pusat maupun dana eksternal, di samping membina kemitraan dengan semua sektor maupun sektor swasta yang saat ini sangat perlu dikembangkan.

Upaya pemberantasan TB harus sejalan dengan strategi nasional penanggulangan kemiskinan dan kerangka pembangunan nasional. Mengatasi TB secara efektif berarti harus menghadapi semua faktor risiko yang menyebabkan individu menjadi rentan terhadap infeksi tuberkulosis *Mycobacterium* dan berjangkitnya penyakit. Hal itu juga berarti perlu mengurangi dampak negatif dari penyakit tersebut, termasuk dampak sosial dan ekonominya. Fokus utama dari strategi TB adalah untuk memanfaatkan sebaik-baiknya instrumen yang ada saat ini untuk melakukan diagnosa, pengobatan dan pencegahan, serta memanfaatkan instrumen yang lebih baik yang mungkin dapat diciptakan melalui riset dan pengembangan. Kekuatan dari upaya-upaya global dalam pengendalian TB terletak pada langkah-langkah koordinasi dan kerja sama dari program kemitraan “Stop TB”.

Untuk mempercepat pencapaian target penurunan kasus TB dan kematian akibat TB, Presiden Republik Indonesia memberikan perhatian khusus dengan mengeluarkan Inpres Nomor 3 tahun 2010 tentang Program Pembangunan Berkeadilan, khususnya tentang pengendalian TB melalui peningkatan penemuan kasus baru TB Paru (BTA Positif). Hal ini telah sejalan dengan strategi nasional dalam RPJMN 2010-2014 sebagaimana terlihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 6.5.
Prioritas, Output,
dan Target Upaya
Penurunan Tingkat
Morbiditas dan
Mortalitas Penyakit
TB Tahun 2010-2014

Sumber:
RPJMN 2010-2014, Inpres
Nomor 3 Tahun 2010

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Menurunkan tingkat morbiditas dan mortalitas TB	1. Prevalensi TB per 100.000 penduduk	235	231	228	226	224
	2. Persentase kasus baru TB Paru (BTA positif) yang ditemukan	73	75	80	85	90
	3. Persentase kasus baru TB Paru (BTA positif) yang disembuhkan	85	86	87	87	88



Menjaga pertumbuhan pohon bakau

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

Indikator

7.1. Rasio luas kawasan tertutup pepohonan berdasarkan hasil pemotretan citra satelit dan survei foto udara terhadap luas daratan:

Acuan dasar (1990) : 59,97 persen (Kementerian Kehutanan)
Saat ini (2008) : 52,43 persen (Kementerian Kehutanan)
Target (2015) : Meningkatkan

7.2. Jumlah emisi karbon dioksida (CO₂e):

Acuan dasar (2000) : 1.416.074 Gg CO₂e (Kementerian Lingkungan Hidup)
Saat ini (2008) : 1.711.626 Gg CO₂e (Kementerian Lingkungan Hidup)
Target (2020) : Menurun setidaknya 26 persen jika dibandingkan dengan kondisi *BAU* pada tahun 2020

7.2a. Jumlah konsumsi energi primer (per kapita):

Acuan dasar (1991) : 2,64 SBM per kapita (Kementerian Energi dan Sumber



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

	Daya Mineral)
Saat ini (2008)	: 4,3 SBM per kapita (Kementerian Energi dan Sumber Daya Mineral)
Target (2015)	: Menurun jika dibandingkan dengan kondisi <i>BAU</i> [<i>Business as Usual</i>] (kondisi <i>BAU</i> = 6,99 SBM per kapita)

7.2b. Intensitas energi:

Acuan dasar (1990)	: 5,28 SBM/USD 1.000 (Kementerian Energi dan Sumber Daya Mineral)
Saat ini (2008)	: 2,1 SBM/USD 1.000 (Kementerian Energi dan Sumber Daya Mineral)
Target (2015)	: Menurun

7.2c. Elastisitas energi:

Acuan dasar (1991)	: 0,98 (Kementerian Energi dan Sumber Daya Mineral)
Saat ini (2008)	: 1,6 (Kementerian Energi dan Sumber Daya Mineral)
Target (2015)	: Menurun

7.2d. Bauran energi untuk energi terbarukan:

Acuan dasar (2000)	: 3,5 persen (Kementerian Energi dan Sumber Daya Mineral)
Saat ini (2008)	: 3,45 persen (Kementerian Energi dan Sumber Daya Mineral)
Target	: 17 persen pada tahun 2025

7.3. Jumlah konsumsi bahan perusak ozon (BPO) dalam metrik ton:

Acuan dasar (1992)	: 8.332,7 ton BPO (Kementerian Lingkungan Hidup)
Saat ini (2009)	: 0 <i>Chlorofluorocarbons</i> (CFC), Halon, CTC, TCA, dan MBr (untuk non-karantina dan nonpengapalan) (Kementerian Lingkungan Hidup)
Target (2015)	: Mengurangi <i>Hydrochlorofluorocarbons</i> (HCFC) hingga 10% (dari tingkat acuan dasar, rata-rata konsumsi tahun 2009-2010)

7.4. Proporsi tangkapan ikan yang berada dalam batasan biologis yang aman:

Acuan dasar (1998)	: 66,08 persen (dengan tangkapan total yang diizinkan 5,12 juta ton per tahun atau 80% dari tangkapan maksimum lestari [<i>maximum sustainable yield/MSY</i>] (Kementerian Kelautan dan Perikanan)
Saat ini (2008)	: 91,83 persen (Kementerian Kelautan dan Perikanan)
Target (2015)	: Tangkapan ikan tidak boleh melampaui batasan biologis yang aman

7.5. Rasio luas kawasan lindung untuk menjaga kelestarian keanekaragaman hayati terhadap total luas kawasan hutan:

Acuan dasar (1990)	: 26,40 persen (Kementerian Kehutanan)
Saat ini (2008)	: 26,40 persen (Kementerian Kehutanan)
Target (2015)	: Meningkatkan

7.6 Rasio kawasan konservasi perairan terhadap total luas perairan teritorial:

Acuan dasar (1990)	: 0,14 persen (Kementerian Kehutanan)
Saat ini (2009)	: 4,35 persen atau seluas 13,5 juta ha (Kementerian Kelautan dan Perikanan)
Target (2015)	: Meningkatkan

Situasi Saat ini

Indonesia adalah negara kepulauan terbesar di dunia, terdiri dari 17.480 pulau dengan total luas lahan sekitar 1,87 juta kilometer persegi. Total luas kawasan laut bangsa ini mencapai 5,8 juta kilometer persegi yang terdiri dari laut teritorial nasional seluas 3,1 juta kilometer persegi dan zona ekonomi eksklusif 2,7 juta kilometer persegi. Pulau-pulau di Indonesia membentang sepanjang 5.120 kilometer dari Timur ke Barat dan 1.760 kilometer dari utara ke selatan. Indonesia dianugerahi dengan garis pantai sepanjang 95.181 kilometer dan memiliki hamparan terumbu karang seluas kurang lebih 20.731 kilometer. Kawasan laut dan pesisir pantai menyediakan sumber daya yang sangat penting guna menunjang kehidupan penduduknya, terutama masyarakat pesisir yang sangat mengandalkan sumber daya kelautan. Pemanfaatan sumber daya hayati laut secara berkelanjutan akan meningkatkan ketahanan pangan global dan berkontribusi terhadap penanggulangan kemiskinan bagi generasi sekarang dan masa mendatang. Indonesia terletak di antara benua Asia dan Australia, dan dikenal sebagai negara dengan keanekaragaman hayati yang sangat besar, dan hanya kalah dari Brazil dalam hal hutan tropis dan keanekaragaman hayati.

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. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang arti penting praktik pengelolaan lingkungan dan perubahan iklim yang berkesinambungan merupakan prioritas nasional. Berbagai rencana dan kebijakan nasional juga difokuskan pada peningkatan koordinasi di antara lembaga-lembaga yang terlibat langsung dalam pengelolaan lingkungan, pembangunan kapasitas bagi lembaga-lembaga tersebut di semua tingkatan, serta penguatan penegakan hukum dan peraturan yang mengatur pengelolaan lingkungan hidup di Indonesia.

Pemanasan global yang mengarah pada perubahan iklim berdampak negatif pada lingkungan hidup, dan Indonesia sangat rentan terhadap dampak negatif perubahan iklim tersebut. Permukaan laut di sepanjang 95.181 kilometer garis pantai nasional secara perlahan-lahan naik dan keberadaan beberapa pulau kecil pun terancam. Perubahan iklim juga mempengaruhi pola curah hujan dan penguapan yang mengakibatkan musim kemarau panjang dan curah hujan tinggi disertai banjir yang pada gilirannya akan mengancam pasokan air, produksi pertanian, dan mata pencaharian penduduk perdesaan. Perubahan iklim juga menciptakan ancaman yang sangat besar terhadap kesehatan masyarakat dengan bertambah luasnya lingkungan tempat nyamuk berkembang biak dan merusak efektivitas sistem sanitasi dan air minum. Perubahan iklim berdampak negatif pada ekosistem laut, terutama di zona pesisir pantai. Perubahan iklim juga merupakan ancaman serius bagi masyarakat miskin yang paling rentan terhadap berbagai perubahan lingkungan di sekitarnya.



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

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.

Pada bulan September 2009, Pemerintah meluncurkan *Indonesia Climate Change Trust Fund (ICCTF)* sebagai cerminan komitmen Indonesia untuk membangun mekanisme pendanaan yang lebih efisien, transparan, dan terpercaya dalam menangani dampak negatif perubahan iklim. Berbagai negara donor, termasuk Inggris, Australia, Norwegia, dan Swedia, telah berkomitmen untuk membantu *ICCTF*.

Pemerintah Indonesia adalah peserta Pertemuan Kopenhagen bulan Desember 2009 dan penanda tangan *United Nations Framework Convention on Climate Change (UNFCC)*. 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 meng-aruskutamakan 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. Berbagai inisiatif untuk membantu masyarakat Indonesia menyesuaikan diri terhadap dampak perubahan iklim tercantum dalam *ICCSR* antara lain berupa prioritas nasional untuk mengurangi jumlah emisi karbon.

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 masih sekitar 59,97 persen. Kendati demikian, sejak tahun 2002 berbagai kebijakan dan program baru mulai mengubah kecenderungan degradasi hutan. 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. Pada tahun 2002 lebih dari 59,7 juta hektar hutan dilaporkan telah rusak, dengan 42,1 juta hektar tergolong sebagai hutan kritis. Laju penyusutan hutan antara tahun 2000 dan 2005 rata-rata diperkirakan mencapai 1,089 juta hektar per tahun.

Upaya pelestarian dan pemulihan hutan telah ditingkatkan sejak tahun 2002. Dengan perbaikan kebijakan perlindungan hutan dan penurunan industri kayu bulat, tingkat penyusutan

hutan menurun menjadi satu juta hektar per tahun pada periode 2004-2006. Pelaksanaan program Gerakan Nasional Rehabilitasi Hutan dan Lahan (Gerhan) Kementerian Kehutanan menghasilkan rehabilitasi lebih dari dua juta hektar hutan antara tahun 2003 dan 2007. Dengan berbagai upaya tersebut, sejak tahun 2002 terjadi peningkatan tutupan lahan yang cukup signifikan, walaupun masih belum dapat mengejar angka *baseline* tahun 1990. Untuk itu kecenderungan positif ini perlu didorong lebih cepat dengan program-program kehutanan seperti reboisasi, penghijauan, pencegahan pembalakan hutan dan lain-lain. Kecenderungan persentase tutupan hutan dari luas daratan di Indonesia sejak tahun 1990 hingga tahun 2008 dapat dilihat pada **Gambar 7.1** di bawah ini.



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

Sumber:
Kementerian Kehutanan (1990-2008).

Total luas lahan yang ditetapkan secara hukum oleh Pemerintah sebagai kawasan hutan dan diatur peraturan Menteri Kehutanan telah meningkat dalam beberapa tahun terakhir menjadi 133,69 juta hektar atau sekitar 70 persen dari total luas lahan di Indonesia. Kawasan hutan ini berdasarkan fungsi ekosistem digolongkan menjadi enam jenis, dan yang berada di luar kawasan hutan digolongkan sebagai area untuk penggunaan lainnya (APL). Di dalam pembagian jenis tersebut, terdapat kawasan yang dimaksudkan sebagai kawasan konservasi dan membantu menjaga keanekaragaman hayati. Kawasan ini disebut sebagai:

- **Kawasan hutan yang dilindungi, yaitu Kawasan Pelestarian Alam (KPA) dan Kawasan Suaka Alam (KSA)** dimaksudkan untuk mengusahakan terwujudnya kelestarian sumber daya alam hayati serta keseimbangan ekosistemnya sehingga dapat lebih mendukung upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat dan mutu kehidupan. KPA meliputi taman nasional, taman hutan raya dan taman wisata alam; sementara KSA terdiri dari cagar alam dan suaka margasatwa. Pada tahun 2008 sejumlah **19,69 juta hektar** telah ditetapkan sebagai KPA dan KSA oleh Kementerian Kehutanan. Sebanyak sekitar 15,19 juta hektar atau 77,15 persen dipertahankan sebagai tutupan hutan.



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

- **Hutan Lindung** merupakan area hutan yang mempunyai fungsi pokok sebagai perlindungan sistem penyangga kehidupan di antaranya untuk mengatur tata air dan menanggulangi erosi tanah. Pada tahun 1984, sejumlah 30,31 juta hektar digolongkan sebagai Hutan Lindung dan pada tahun 2008 total area Hutan Lindung sedikit turun menjadi **29,85 juta hektar**. Pada tahun 2008 tutupan hutan di kawasan yang tergolong sebagai Hutan Lindung mencapai 23,02 juta hektar atau sekitar 77,11 persen dari total area Hutan Lindung.

Sepanjang tahun 2008 Pemerintah telah menetapkan area hutan yang dilindungi (KPA dan KSA) seluas 19,69 juta hektar dan area hutan lindung seluas 29,85 juta hektar. Dengan total area lahan di Indonesia seluas 1,87 juta kilometer persegi, rasio kawasan hutan yang dilindungi terhadap total luas lahan di Indonesia adalah 26,4 persen pada tahun 2008.

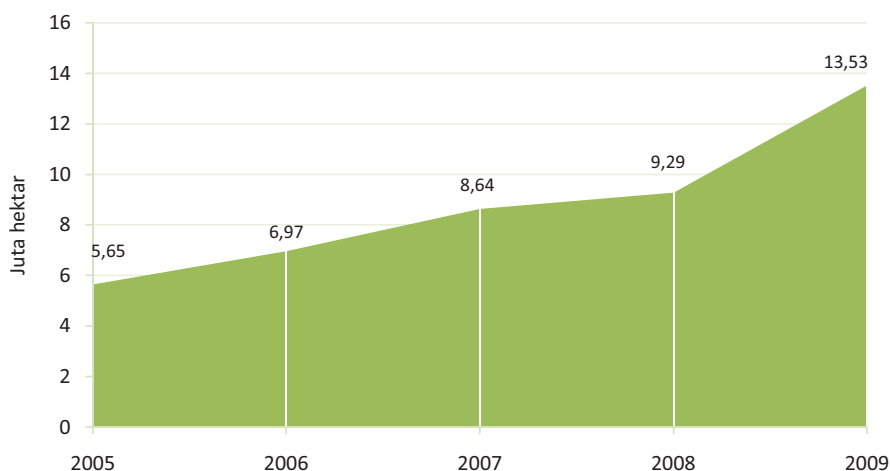
Beberapa kawasan hutan yang hilang tersebut dikonversi menjadi perkebunan untuk mendukung berbagai program pertanian di Indonesia. Tabel 7.1 menunjukkan luas areal perkebunan dari tahun 2004 hingga 2010. Luas areal perkebunan telah meningkat dari 15,9 juta hektar pada tahun 2004 menjadi 19 juta hektar pada tahun 2010. Hal ini berarti terjadi kenaikan luas kawasan perkebunan sekitar 3,1 juta hektar selama 6 tahun yang sebagian besar berasal dari konversi kawasan hutan.

Tabel 7.1.
Luas Kawasan
Perkebunan di
Indonesia (Ha)

Komoditas	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*
Kelapa Sawit	5.284.723	5.453.817	6.594.914	6.766.836	7.363.847	7.508.023	7.824.623
Cokelat	1.090.960	1.167.046	1.320.820	1.379.279	1.425.216	1.475.343	1.503.113
Karet	3.262.267	3.279.391	3.346.427	3.413.717	3.424.217	3.435.417	3.445.317
Kelapa	3.797.004	3.803.614	3.788.892	3.787.988	3.783.074	3.807.056	3.810.650
Kopi	1.303.943	1.255.272	1.308.731	1.295.911	1.295.110	1.299.348	1.302.636
Mete	566.309	579.650	569.197	570.409	573.721	574.105	578.761
Cengkih	438.253	448.857	444.658	453.292	456.472	459.193	462.300
Teh	142.548	139.121	135.590	133.733,64	127.712	127.411	127.384
Total	15.886.007	16.126.768	17.509.229	17.801.166	18.449.369	18.685.896	19.054.784

Sumber:
Kementerian Pertanian. *)
perkiraan 2010.

Gambar 7.2.
Kawasan Lindung
Perairan Indonesia



Sumber:
Kementerian Kelautan dan Perikanan.

Kawasan lindung 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. Kawasan lindung perairan berkembang pesat dengan diberlakukannya Undang-Undang Nomor 31 Tahun 2004 (yang telah direvisi melalui UU No. 45/2009) dan UU No. 27/2007 yang meletakkan tanggung jawab atas pelestarian ekosistem utama serta keanekaragaman spesies dan genetika kehidupan laut pada Kementerian Kelautan dan Perikanan (**Gambar 7.2**). Kementerian berencana memperluas kawasan lindung 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.

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 7.2**). Wilayah laut, termasuk bakau, rumput laut, dan vegetasi lainnya, juga memegang peranan penting dalam penyerapan CO₂ dari atmosfer. Kawasan konservasi perairan antara lain meliputi Taman Laut Nasional, Taman Wisata Alam Laut, Cagar Alam Laut, Kawasan Konservasi Perairan Nasional dan Kawasan Konservasi Laut Daerah.

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

Tabel 7.2.
Kawasan Konservasi Perairan (2009)

Sumber:
Kementerian Kelautan dan Perikanan.

Gas Rumah Kaca (GRK) mencakup antara lain, karbon dioksida, metana, dan *hydrofluorocarbon* (HFC) yang dihasilkan oleh aktivitas manusia. Konsentrasi berlebihan bahan-bahan ini di lapisan biosfer memicu terjadinya pemanasan global dan perubahan iklim. Emisi GRK diukur dari tingkat konsentrasi CO₂ atau setara gas CO₂. 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. Indonesia berkomitmen untuk melaksanakan program yang komprehensif guna mengurangi jumlah emisi CO₂.

Komunikasi Nasional Indonesia pertama tentang upaya-upaya penanganan isu perubahan iklim dilakukan pada tahun 1999, yang telah mengestimasi jumlah emisi untuk semua gas rumah kaca utama seperti CO₂, CH₄, N₂O, HFC, PFC, dan SF₆. Dalam Komunikasi Nasional kedua, di mana sejumlah sektor sudah menggunakan pedoman pelaporan IPCC 2006, total emisi GRK pada tahun 2000 untuk tiga GRK utama (CO₂,



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

CH₄ dan N₂O) diperkirakan mencapai 594.820 Gg CO₂e dan jika termasuk emisi CO₂ dari Penggunaan Lahan, Perubahan Penggunaan Lahan, dan Kehutanan (PLPPLK) mencapai 1.416.074 Gg CO₂e (Tabel 7.3).

Tabel 7.3.
Ringkasan Emisi Gas
Rumah Kaca dari
Semua Sektor Tahun
2000-2005
(dalam Gg CO₂e)

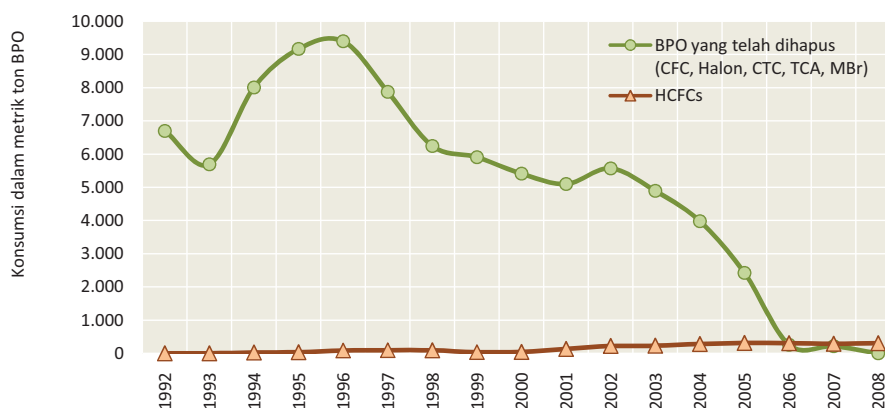
Sumber	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Energi	333.541	348.331	354.246	364.925	384.668	395.990
Industri	34.279	45.635	33.156	35.125	36.425	37.070
Pertanian	75.420	77.501	77.030	79.829	77.863	80.179
Limbah	151.580	153.300	154.232	154.874	155.390	155.609
Perubahan Penggunaan Lahan dan Kehutanan (termasuk emisi kebakaran lahan gambut)- (PPLK)	821.254	754.546	1.965.495	591.489	1.057.280	674.828*
Kebakaran Lahan Gambut ¹	172.000	194.000	678.000	246.000	440.000	451.000
Total (dengan PPLK)	1.416.074	1.379.313	2.584.159	1.226.242	1.711.626	668.848
Total Tanpa PPLK	594.820	624.767	618.664	634.753	654.346	668.848

¹Keterangan:
Emisi kebakaran lahan gambut diambil dari van der Werf et. al. (2008)
* Berdasarkan perkiraan Depkeu (2009) dan Bappenas (2009).

Sumber: Kementerian LH (November 2009).

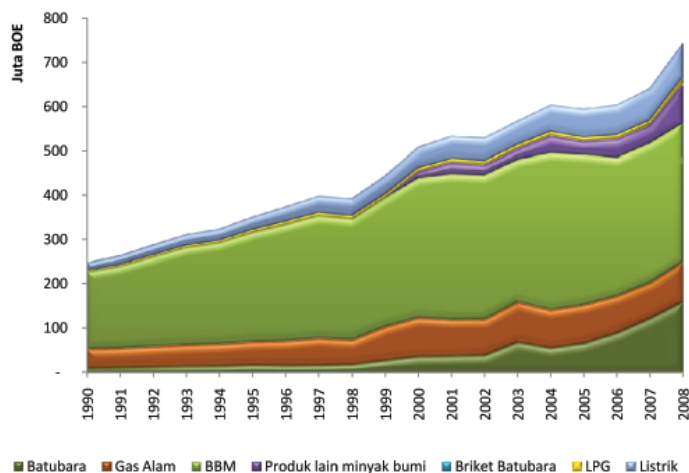
Konsumsi bahan perusak ozon (BPO) telah berkurang secara signifikan sesuai dengan Protokol Montreal terkait konsumsi BPO. Pemerintah Indonesia telah meratifikasi Protokol Montreal melalui Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang Penghapusan Konsumsi Bahan Perusak Ozon, dan peraturan yang melarang impor BPO telah diundangkan pada tahun 1998 dan direvisi tahun 2006 oleh Kementerian Perdagangan. Sejauh ini, Indonesia telah 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 selama perawatan dan perbaikan sistem pendingin. Pencegahan emisi CFC telah berhasil melalui ditegakkannya peraturan terkait kewajiban sertifikasi kompetensi tenaga pelaku *retrofit* dan *reuse* sistem pendingin. Selain itu, pengawasan penggunaan BPO telah dilakukan oleh Kementerian Perindustrian. Upaya meningkatkan kesadaran publik tentang isu perlindungan ozon telah memberikan kontribusi pada keberhasilan inisiatif ini. Fasilitas destruksi CFC telah dibangun di fasilitas milik salah satu perusahaan semen terbesar di Indonesia, dalam bentuk sistem pembakaran bersuhu tinggi.

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



Sumber:
Kementerian Lingkungan Hidup

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, seperti negara yang terikat dengan Pasal 5 Montreal Protokol lainnya, Indonesia juga menghadapi tantangan untuk memerangi impor ilegal BPO. Karena itu, peningkatan kewaspadaan atas penegakan hukum yang berlaku mengenai BPO sangat dibutuhkan.



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

Sumber:
Kementerian ESDM.

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. Pada tahun 1990, penggunaan bahan bakar berbasis minyak mencapai 173.135.825 SBM, sedangkan pada tahun 2008 penggunaannya meningkat 180 persen menjadi 312.190.000 SBM.

Pemakaian terbesar bahan bakar fosil, di bawah bahan bakar berbasis minyak, adalah gas alam sebanyak 43,94 juta SBM yang tercatat pada tahun 1990, dan meningkat menjadi 89,85 juta SBM pada tahun 2008. Penggunaan batu bara untuk menghasilkan listrik juga meningkat secara signifikan dalam beberapa tahun terakhir.

Konsumsi energi primer per kapita Indonesia masih cukup rendah, yaitu hanya sekitar 2,64 SBM/kapita pada tahun 1991 dan meningkat menjadi 4,3 SBM/kapita pada tahun 2008. Hal ini disebabkan karena akses masyarakat terhadap energi masih terbatas. Sementara itu indikator intensitas energi dapat digunakan sebagai ukuran efisiensi energi dari suatu negara. Semakin tinggi intensitas energi menunjukkan semakin besar energi yang diperlukan untuk menghasilkan PDB. Intensitas energi pada tahun 2008 sebesar 2,1 SBM/USD1.000, menurun jika dibandingkan pada tahun 1990 sebesar 5,28 SBM/USD 1.000. Dalam hal ini telah terjadi peningkatan efisiensi penggunaan energi untuk mendukung perekonomian. Hingga tahun



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

PLTP Wayang Windu
di Jawa Barat



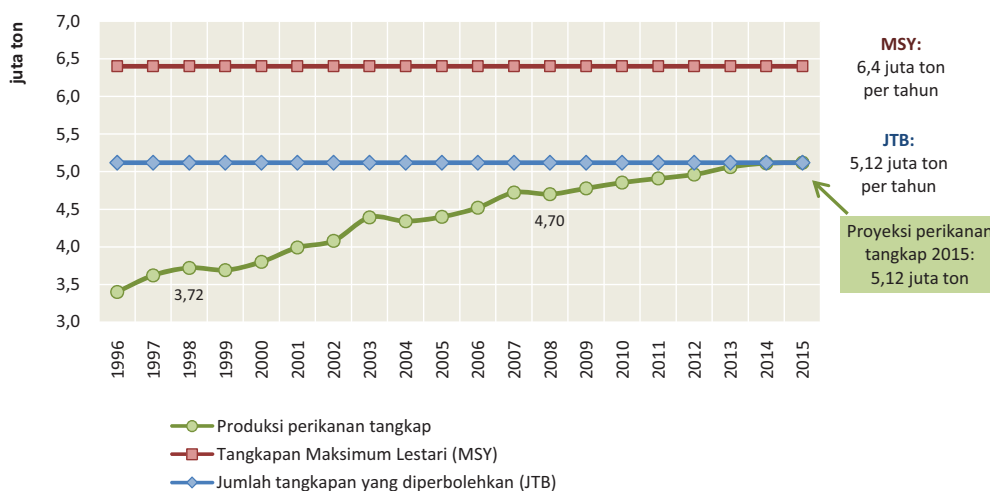
2015 diupayakan intensitas energi akan terus menurun. Sedangkan indikator Elastisitas Energi menggambarkan efisiensi penggunaan energi secara relatif dibandingkan dengan pertumbuhan ekonomi, di mana angka 1 menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi sama dengan pertumbuhan penggunaan energi. Semakin rendah angka elastisitas energi maka akan semakin efisien penggunaannya. Pada tahun 2008 elastisitas energi Indonesia sekitar 1,6 meningkat jika dibandingkan pada tahun 1991 yang sebesar 0,98. Hingga tahun 2015 diupayakan intensitas energi akan terus menurun.

Untuk menjaga ketahanan energi nasional, dan mengurangi ketergantungan terhadap minyak bumi, Kementerian ESDM melakukan pengembangan sumber energi baru terbarukan (*renewable energy*) dan hal tersebut tercermin dalam proporsi bauran energi nasional. Pada tahun 2000 dan tahun 2008 proporsi penggunaan energi baru terbarukan baru mencapai sekitar 3,5 persen dan 3,45 persen, di mana penggunaan minyak bumi masih sekitar 43,5 persen dan 37 persen. Pada tahun 2025 diupayakan proporsi penggunaan energi baru terbarukan meningkat hingga 17 persen, sementara penggunaan minyak bumi menurun menjadi 20 persen.

Undang-Undang Nomor 30/2007 mengamanatkan peningkatan penggunaan Energi Baru dan Terbarukan sebagai upaya diversifikasi yang pelaksanaannya akan menjadi tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah. Oleh karena itu, Pemerintah telah memberikan insentif fiskal maupun nonfiskal. Contoh insentif fiskal mencakup pemberian subsidi bunga pinjaman untuk kegiatan pengembangan bahan bakar nabati (*biofuel*) serta insentif pajak untuk investasi bahan bakar nabati. Untuk insentif nonfiskal, misalnya, ada peraturan yang mengatur

penjualan listrik yang dihasilkan dari energi terbarukan, termasuk penentuan harga jual/beli dan mekanisme pengadaan. Pemerintah juga menyediakan insentif bagi pembangkit listrik berbasis energi terbarukan skala kecil dan menengah agar dapat terhubung dengan jaringan listrik PLN. Pemerintah telah menjalankan Program Listrik Perdesaan dan Program Desa Mandiri Energi. Selain itu, Pemerintah telah meluncurkan Program 10.000 MW Tahap II yang sumber energi utamanya berupa energi terbarukan, terutama panas bumi sebesar 39 persen. Guna mempercepat pengembangan bahan bakar nabati. Pemerintah telah mewajibkan penggunaan bahan bakar nabati di sektor transportasi, industri, dan pembangkit tenaga listrik.

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 (*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 (lihat **Gambar 7.5**). Pemanfaatan sumber daya perikanan, khususnya sumber daya dari laut, menggunakan prinsip kehati-hatian dan berkelanjutan sehingga produksi tidak akan melebihi batasan biologis yang aman.



Gambar 7.5.
Produksi Perikanan
Tangkap di Indonesia

Sumber:
Kementerian Kelautan dan Perikanan.

Dalam pengelolaan sumber daya ikan, wilayah perairan Indonesia dibagi menjadi 11 Wilayah Pengelolaan Perikanan (WPP). Walaupun secara total produksi perikanan tidak melampaui *TAC*, ada beberapa WPP telah mengalami *overexploitation*. Antara lain di WPP Samudera Hindia bagian Barat Sumatera, di mana hasil produksi ikan demersal dan pelagis kecil mengalami kecenderungan penurunan hasil tangkapan ikan dan merefleksikan bahwa produksi sudah mencapai ambang batas.



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

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 hutan 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, dan pemerintah mengalami kesulitan dalam penegakan peraturan yang berlaku terkait praktik pembalakan. Konversi hutan guna memenuhi tuntutan masyarakat untuk budidaya merupakan salah satu penyebab penurunan sumber daya hutan yang sulit dikendalikan. Untuk itu hutan harus dikembangkan melalui pelaksanaan praktik pengelolaan hutan lestari oleh Kesatuan Pengelolaan Hutan (KPH).

Ada kebutuhan untuk meningkatkan pengelolaan wilayah darat dan laut yang dilindungi guna menjaga kekayaan keanekaragaman hayati Indonesia. Salah satu perhatian utama bagi pelestarian keanekaragaman hayati di Indonesia adalah bagaimana meningkatkan pengelolaan kawasan lindung dengan melibatkan masyarakat setempat dalam perencanaan dan pengelolaan kawasan tersebut. Taman nasional sering kali memiliki akses sumber daya yang lebih besar dibanding kawasan lindung lainnya, tetapi umumnya upaya pemberdayaan dan sosialisasi yang dilakukan kepada masyarakat kurang memadai. Terdapat kebutuhan untuk memprioritaskan adaptasi zonasi taman dan peraturan perlindungan untuk mengakomodasi kebutuhan hidup masyarakat lokal.

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. Ada juga kebutuhan untuk menyusun strategi nasional pembangunan ekosistem pesisir dan laut secara berkelanjutan, khususnya bakau, lahan basah, rumput laut, estuari, dan terumbu karang, serta menerapkan manajemen wilayah pesisir dan laut terpadu, termasuk perencanaan penggunaan lahan laut dan pesisir, untuk meminimalkan risiko dan kerentanan masyarakat pesisir dan infrastruktur penting.

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. Indonesia memiliki potensi besar untuk mengembangkan sumber energi alternatif seperti panas bumi, bahan bakar hayati, tenaga surya, dan tenaga angin. Sebagai contoh, Indonesia memiliki sumber daya panas bumi yang sangat besar, sekitar 40 persen (28.453 MW) dari total potensi dunia dan baru 4 persen (1.189 MW) yang telah didayagunakan.

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. *HCFC* sekarang banyak digunakan untuk AC, pendinginan, busa, pelarut, aerosol, dan pemadam kebakaran sebagai pengganti sementara *CFC* berkat nilai *ODP*-nya yang rendah. Pada tahap percepatan *phase-out HCFC* yang diadopsi dalam MOP-19, produksi dan konsumsi *HCFC* oleh negara-negara yang tidak masuk kategori yang diatur Pasal 5 Montreal Protokol harus dibekukan pada tahun 2004 dan dihapuskan tahun 2020. Sedangkan bagi negara-negara yang masuk kategori Pasal 5 seperti Indonesia, produksi dan konsumsi *HCFC* akan dibekukan pada tahun 2013 dan dihapuskan pada 2030 untuk industri manufaktur (dengan target sementara sebelum waktu yang telah ditentukan, mulai 2015 untuk negara-negara Pasal 5). Ada kemungkinan pengecualian pada tahap *phase-out* ini sehingga memungkinkan penggunaan khusus saat alternatif yang memadai tidak tersedia.

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, termasuk kenaikan permukaan laut, pola curah hujan yang lebih bervariasi yang dapat menyebabkan banjir dan kekeringan, serta perubahan lainnya. Jika langkah yang tepat tidak diambil, banyak daerah di Indonesia yang akan mengalami kelangkaan pasokan air, penurunan hasil panen, dan berkurangnya produktivitas ekosistem pesisir.

Adapun hasil kajian dengan pendekatan parameter geomorfologi pantai dan laju erosi/akresi pantai, panjang wilayah pesisir Indonesia yang sangat rentan terhadap kenaikan muka air laut adalah sepanjang 12.704,48 km yang meliputi sangat rentang sepanjang sekitar 2.414,02 kilometer (2,35 persen dari panjang pantai total) dan yang rentan sepanjang 10.290,45 kilometer (10,00 persen).

Kebijakan dan Strategi

Prioritas untuk mewujudkan pola pembangunan berkelanjutan dan mengembalikan sumber daya lingkungan yang hilang adalah sebagai berikut⁵²:

- memperkuat kelembagaan dan meningkatkan kesadaran serta partisipasi masyarakat dalam proses rehabilitasi dan konservasi sumber daya alam dan pengelolaan lingkungan alam lestari;

⁵² Bappenas, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (2010– 2014).



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

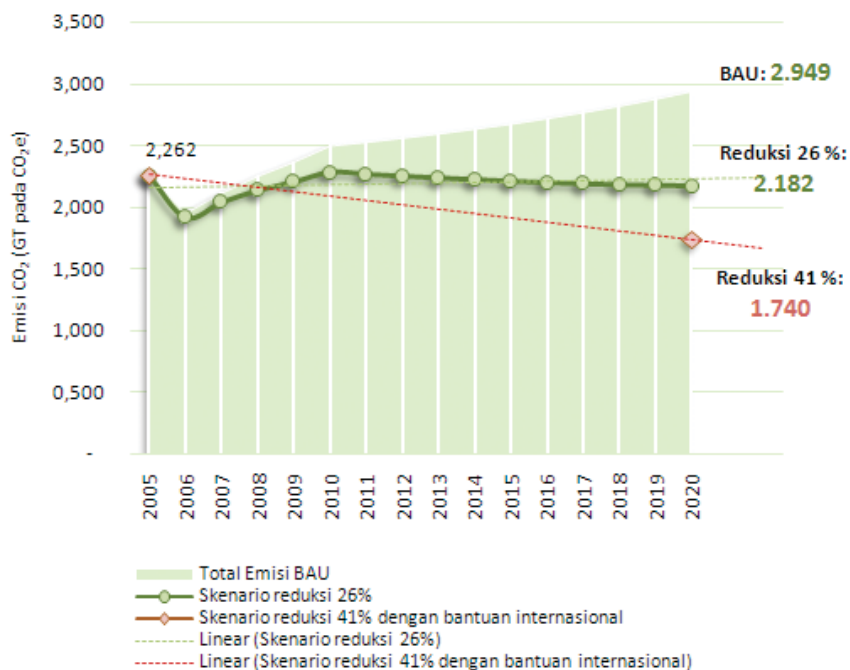
- menjaga keanekaragaman hayati yang unik dari sumber daya alam Indonesia dengan kontribusi pada pembangunan ekonomi nasional;
- memperkuat kapasitas kelembagaan pada semua tingkat pemerintahan untuk mengantisipasi dan mengelola bencana alam dan menyesuaikan diri dengan perubahan iklim; dan
- melaksanakan inisiatif untuk mencapai pembangunan berkelanjutan di semua sektor.

Dalam pengelolaan sumber daya hutan, pemerintah akan memprioritaskan upaya mempertahankan peran penting hutan dalam menjaga keseimbangan siklus hidrologi. Rehabilitasi kawasan hutan dan lahan kritis serta perlindungan dan konservasi sumber daya hutan di daerah aliran sungai akan dijadikan prioritas nasional. Hal ini diperlukan untuk menjamin keberlangsungan fungsi Daerah Aliran Sungai (DAS) dalam memasok air bagi penduduk Indonesia yang terus bertambah. Kebijakan konservasi dan rehabilitasi sumber daya hutan akan diarahkan untuk: (i) memperkuat kerangka hukum dan kelembagaan untuk pengelolaan hutan; (ii) memperkuat pengelolaan sumber daya hutan secara kelembagaan; (iii) menjaga dan meningkatkan daya dukung dan fungsi lingkungan; (iv) memperkuat fungsi konservasi alam dengan memperbaiki kualitas pengelolaan taman dan kawasan lindung lainnya untuk mempertahankan keanekaragaman hayati; (v) meningkatkan pemanfaatan lingkungan hutan alam untuk wisata alam; (vi) meningkatkan perlindungan hutan melalui pencegahan dan pengendalian kebakaran hutan dan lahan gambut serta penegakan hukum terhadap pembalakan liar, perambahan lahan hutan, dan perdagangan ilegal spesies yang terancam punah; (vii) meningkatkan akses publik dan hubungan dengan kegiatan konservasi melalui pengelolaan dan pemberdayaan bersama masyarakat di sekitar hutan; dan (viii) meningkatkan daya dukung dan fungsi DAS untuk menjamin ketersediaan air.

Pemerintah telah menetapkan pendekatan yang komprehensif untuk mencapai pola pembangunan berkelanjutan dan melakukan mitigasi pemanasan global serta melakukan adaptasi terhadap dampak negatif perubahan iklim. Untuk itu dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2010-2014 pemerintah telah mengarusutamakan isu perubahan iklim ke dalam sektor-sektor utama pembangunan. Selain itu juga telah ditetapkan pengelolaan lingkungan dan perubahan iklim sebagai salah satu dari 11 prioritas nasional. Untuk visi jangka panjang penanganan perubahan iklim, Peta Jalan Sektor Perubahan Iklim Indonesia (ICCSR) menyediakan landasan untuk pengarusutamaan inisiatif perubahan iklim dalam perencanaan pembangunan nasional. Prioritas tindakan meliputi langkah-langkah yang harus dilakukan oleh pemerintah maupun masyarakat lainnya.

Indonesia mengumumkan target penurunan emisi CO₂ sebesar 26 persen pada tahun 2020 bila dibandingkan dengan skenario BAU (*Business as Usual*) di forum *United Nations Framework Convention on Climate Change* di Kopenhagen bulan Desember 2009 (lihat Gambar 7.6). Indonesia berkomitmen untuk berusaha mengurangi emisi CO₂ hingga 41 persen pada tahun 2020 dengan bantuan internasional yang semakin intensif. Penanggulangan

pemanasan global membutuhkan kemitraan internasional, dan Indonesia berkomitmen untuk bekerja sama secara aktif dengan masyarakat dunia dalam menangani isu-isu penting terkait perubahan iklim.



Gambar 7.6.
Rencana Penurunan Emisi Gas Rumah Kaca (GRK) Indonesia pada Tahun 2020

Sumber:
Kementerian LH/ Bappenas.

Emisi di bidang kehutanan (termasuk lahan gambut) per tahun diperkirakan mencapai 1,24 giga ton CO₂e, sedangkan kemampuan menyerap karbon dari atmosfer diperkirakan hanya mencapai 0,707 Gg ton CO₂e pada tahun 2020. Rencana Aksi Nasional di bidang kehutanan dan lahan gambut disusun berdasarkan RPJMN 2010-2014, RPJPN 2005-2025 dan usulan dari K/L terkait, serta mempertimbangkan target penurunan emisi GRK bidang kehutanan dan lahan gambut sebesar 0,672 giga ton CO₂e pada tahun 2020 (untuk target 26 persen secara Nasional).

Rencana aksi untuk kehutanan dan lahan gambut difokuskan kepada⁵³:

1. Rehabilitasi hutan, lahan gambut dan lahan kritis, reklamasi hutan dan lahan gambut di DAS prioritas, melalui fasilitasi dan pelaksanaan rehabilitasi hutan pada DAS prioritas, fasilitasi rehabilitasi lahan kritis pada DAS prioritas, fasilitasi pengembangan hutan kota, konservasi hutan dan/lahan rawan terbakar melalui pemberian insentif kepada masyarakat, rehabilitasi lahan rusak rawan terbakar melalui penanaman tanaman kayu.

⁵³ National Action Plan for GHG Emission Reduction, 2010-2020.



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

2. Pengembangan perhutanan sosial melalui fasilitasi penetapan areal kerja dan pengelolaan hutan kemasyarakatan (HKm), fasilitasi pembangunan hutan rakyat kemitraan, fasilitasi penetapan areal kerja hutan desa.
3. Pengendalian kebakaran hutan dan pemberantasan *illegal logging*-pencegahan kehilangan kayu.
4. Penanganan perambahan hutan dan lahan gambut dan penanganan konflik kawasan lindung dan konservasi.
5. Peningkatan kesatuan pengelolaan hutan.
6. Peningkatan pengelolaan hutan alam produksi melalui pengelolaan *LOA (Logged Over Area)* oleh IUPHHK (Ijin Usaha Pengelolaan Hasil Hutan Kayu) pada lahan gambut dan pengelolaan *LOA* oleh IUPHHK-RE (Ijin Usaha Pengelolaan Hasil Hutan Kayu – Restorasi Ekosistem) serta peningkatan pengelolaan hutan tanaman.
7. Penerapan penyiapan lahan tanpa membakar, perbaikan tata air kawasan lahan gambut secara integratif antar pengguna lahan gambut serta pengelolaan lahan gambut untuk pertanian berkelanjutan.
8. Kebijakan rehabilitasi kawasan lahan gambut yang rusak melalui reboisasi dan penghijauan, perbaikan kualitas pengelolaan lahan gambut yang rusak, dan pencegahan dan penanggulangan kebakaran lahan gambut.
9. Peningkatan rehabilitasi dan pemeliharaan jaringan reklamasi rawa termasuk lahan bergambut.
10. Pengendalian Tata Ruang melalui penetapan wilayah KPHK (Kesatuan Pemangkuan Hutan Konservasi) dan konsolidasi hutan yang berada di luar kawasan hutan, meningkatkan konservasi pada lahan gambut yang belum diberikan ijin pemanfaatan, penerapan '*land-swap*' bagi pemegang ijin/hak yang berada di dalam kawasan lahan gambut dan belum memanfaatkannya ke lokasi lain di luar kawasan lahan gambut (*mineral soil*).
11. Pengendalian kerusakan ekosistem lahan gambut, penyusunan kriteria baku kerusakan gambut, dan penyusunan masterplan pengelolaan ekosistem gambut provinsi.

Sektor kelautan juga memainkan peranan penting dalam meningkatkan penyerapan karbon.

Kegiatan yang dilakukan akan mencakup penanaman kembali bakau, rumput laut, dan vegetasi penutup lainnya di daerah pesisir. Hal itu akan disertai upaya rehabilitasi terumbu karang. Kementerian Kelautan dan Perikanan beserta Kementerian Lingkungan Hidup akan bekerja sama untuk memperluas **Kawasan Konservasi Laut** sampai 20 juta hektar pada akhir tahun 2020. Indonesia juga akan bekerja sama dengan Malaysia, Papua Nugini, Filipina, Kepulauan Solomon, dan Timor Leste untuk melaksanakan *Coral Triangle Initiative*, sebuah upaya untuk melestarikan kekayaan sumber daya laut di kawasan ini. *Coral Triangle* diidentifikasi mencakup lebih dari 5,4 juta kilometer persegi wilayah laut Indonesia, dengan lebih dari 600 spesies terumbu karang yang merupakan 75 persen dari semua spesies terumbu karang yang dikenal di dunia.

Sejak tahun 1999 hingga saat ini, Kementerian Kelautan dan Perikanan telah melakukan upaya rehabilitasi di sejumlah kawasan pesisir. Upaya rehabilitasi pesisir dan pulau-pulau kecil diamanahkan dalam Undang-undang Nomor 27 Tahun 2007 pasal 32 dan pasal 33. Rehabilitasi wajib dilakukan dengan memperhatikan keseimbangan ekosistem dan/atau keanekaragaman hayati setempat dengan cara antara lain: pengayaan sumberdaya hayati, perbaikan habitat, perlindungan spesies biota laut agar tumbuh dan berkembang secara alami dan ramah lingkungan. Tahun 2010 sampai dengan 2015 Kementerian Kelautan dan Perikanan merencanakan upaya rehabilitasi pesisir melalui beberapa fokus kegiatan, yaitu: (i) Membuat habitat baru untuk menggantikan atau sebagai kompensasi habitat yang sudah rusak atau terusak oleh kegiatan lain; (ii) Mendukung kawasan-kawasan pemijahan dan asuhan ikan dan spesies ekonomi penting perikanan lainnya melalui perbaikan kondisi estuaria-estuaria yang menjadi kawasan pemijahan dan asuhan ikan; (iii) Mencegah dan memperbaiki kerusakan ekosistem pesisir karena kegiatan pembangunan; dan (iv) Proteksi lingkungan pesisir terhadap ancaman bencana alam (tsunami, dan sebagainya). Fokus kegiatan ini dilakukan antara lain melalui penanaman *mangrove* sebagai habitat, *pollution trap*, pencegahan abrasi, serta penciptaan kawasan pemijahan dan kawasan asuhan bagi ikan dan udang di pesisir dan estuaria.

Di sektor energi dan transpor, inisiatif yang akan diambil untuk menurunkan tingkat emisi GRK adalah sebagai berikut:

1. **Pembangkit Listrik** – Pemerintah akan mendorong penerapan teknologi rendah emisi di pembangkit listrik dan mendukung pembangunan pembangkit listrik dengan sumber energi baru dan terbarukan. Diversifikasi sumber energi mencakup pembangunan fasilitas yang memanfaatkan gas alam, energi nuklir, tenaga panas bumi, dan tenaga air. Teknologi Penangkapan dan Penyimpanan Karbon (PPK), sebagai salah satu pilihan mitigasi, juga akan diterapkan untuk mengurangi emisi karbon dari pembangkit listrik tenaga uap. Desentralisasi sistem energi akan didukung melalui sistem jaringan per pulau yang memanfaatkan energi baru dan terbarukan di tingkat lokal.
2. **Konservasi Energi** – Konservasi energi akan dipromosikan melalui penyebaran informasi kepada konsumen mengenai efisiensi, standardisasi peralatan hemat energi (misalnya, keunggulan bola lampu hemat energi), pemberian insentif, dan pemberlakuan peraturan baru untuk menggalakkan penerapan teknologi hemat energi. Konservasi energi akan dipromosikan melalui penyebaran informasi kepada konsumen mengenai penghematan energi, standard dan labelisasi hemat energi, insentif dan disinsentif serta pembinaan dan pengawasan.
3. **Transportasi** – Di sektor transportasi, pengurangan GRK akan dicapai melalui penerapan standar emisi melalui pemeriksaan dan pemeliharaan serta pengenalan teknologi transportasi ramah lingkungan.

Selain itu, di sektor industri manufaktur praktik penggunaan *HCFC* akan dihentikan pada tahun 2013 dan dihapuskan pada 2030 (dengan target sementara sebelum waktu yang



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

telah ditentukan, mulai 2015 untuk negara-negara Pasal 5 Montreal Protokol). Indonesia saat ini sedang dalam proses penyusunan rencana pengelolaan penghapusan *HCFC* untuk mencapai target pengurangan. Kelompok kerja teknis telah dibentuk untuk mengumpulkan dan menganalisis konsumsi *HCFC* di berbagai sektor dengan melibatkan perwakilan industri dan pemangku kepentingan terkait lainnya.

Hasil survei sementara telah diidentifikasi penggunaan berbagai jenis *HCFC* di sektor manufaktur dan servis di Indonesia, seperti *HCFC 22*, *HCFC 123*, *HCFC 141b* dan *HCFC 225*. Mengurangi *HCFC* akan memberikan keuntungan dalam melindungi lapisan ozon yang juga berkontribusi terhadap mitigasi perubahan iklim, di mana *HCFC* juga mempunyai potensi pemanasan global.

Prioritas pemerintah adalah memperkuat kapasitas untuk beradaptasi dengan dampak perubahan iklim dan melakukan langkah tanggap bencana alam dengan cepat dan tepat. Pembangunan kapasitas akan dilakukan dengan: (i) memperkuat semua lembaga yang terkait dengan perubahan iklim; (ii) meningkatkan kecepatan dan ketepatan penyampaian informasi tentang perubahan iklim dan bencana alam melalui perluasan jaringan stasiun pemantau yang didukung oleh sistem telekomunikasi dan kalibrasi yang lebih baik; (iii) membentuk Pusat Basis Data perubahan iklim dan sistem informasi terpadu; (iv) meningkatkan kerjasama dan penelitian perubahan iklim serta risiko bencana alam; (v) penyusunan peta nasional kerentanan terhadap dampak perubahan iklim; dan (vi) penyusunan kebijakan pembangunan dan peraturan tentang perubahan iklim dan manajemen bencana alam.

Inisiatif jangka panjang yang harus diambil untuk beradaptasi dengan dampak perubahan iklim dan melindungi kesejahteraan masyarakat antara lain sebagai berikut⁵⁴:

1. Sektor Sumber Daya Air:

- Penilaian kerentanan dan risiko pada sumber daya air di tingkat kawasan dan di daerah strategis di seluruh Indonesia.
- Revitalisasi kearifan lokal terkait pengelolaan sumber daya air dan pembangunan kapasitas serta partisipasi masyarakat dalam beradaptasi dengan perubahan iklim.
- Pembenahan konservasi tata air dan penanggulangan bahaya serta risiko bencana yang terkait dengan perubahan iklim.
- Perluasan fasilitas pasokan air dengan menggunakan teknologi yang tepat dan pengembangan sumber daya air lokal.
- Peningkatan kapasitas penyimpanan dan prasarana air untuk menjaga keseimbangan air dan pencegahan bencana.

2. Sektor Kelautan – Perikanan:

- Inventarisasi data yang ada terkait sistem kelautan dan melakukan penelitian tentang isu-isu kelautan yang berhubungan dengan perubahan iklim.

⁵⁴ Bappenas, Peta Sektoral Perubahan Iklim Indonesia, 2010.

- b. Memadukan adaptasi perubahan iklim dengan perencanaan daerah pesisir.
- c. Penyesuaian peraturan dan kebijakan kelautan yang terkait dengan perubahan iklim.
- d. Penambahan tinggi dan penguatan struktur bangunan dan penguatan fasilitas vital di daerah pesisir.
- e. Penyesuaian pengelolaan sumber daya alam dan ekosistem laut.
- f. Penyesuaian pengelolaan pulau-pulau kecil strategis.
- g. Pengembangan kapasitas mitigasi bencana.
- h. Penyesuaian pengelolaan ikan hasil tangkapan maupun budidaya.

3. Sektor Pertanian:

- a. Pengembangan varietas tanaman yang tahan kekeringan, banjir, salinitas, hama dan penyakit; berumur pendek; serta produktif.
- b. Pengembangan teknologi adaptif, termasuk varietas unggul, teknik budidaya, dan teknik manajemen air/tanah.
- c. Pengembangan pertanian yang tidak banyak menghasilkan karbon.
- d. Analisis dampak anomali iklim pada tanaman pangan.
- e. Koordinasi dengan pemerintah di semua tingkatan, termasuk sosialisasi tentang kondisi iklim dan cuaca.
- f. Pengembangan upaya pengamanan, penanganan, dan sistem penyimpanan air bersih selama kegiatan pascapanen.
- g. Pembangunan dan pengembangan sistem rantai pendingin dan pergudangan guna mendukung proses pengolahan dan penyimpanan makanan pascapanen.
- h. Pengembangan pengelolaan tanaman terpadu untuk padi dan palawija (jagung, kedelai, dan kacang tanah).
- i. Perluasan penanaman pohon pada lahan nongambut dan nonhutan.
- j. Mengurangi lahan yang gagal panen.
- k. Melaksanakan program peningkatan ketahanan pangan di tingkat desa.
- l. Mempercepat diversifikasi produksi dan konsumsi makanan.
- m. Memperluas fasilitas penyimpanan dan pengelolaan makanan di daerah rawan pangan.

4. Sektor Kesehatan:

- a. Analisis bahaya perubahan iklim yang berkaitan dengan kesehatan, kerentanan, risiko, dan dampaknya pada kesehatan masyarakat di semua tingkatan dan pengembangan model adaptasi untuk kota dan desa yang telah ditentukan.
- b. Analisis dampak perubahan iklim terkait dengan bencana alam, ketahanan pangan/gizi buruk, vektor penyakit, dan perubahan lingkungan.
- c. Menetapkan sistem basis data informasi serta upaya pengelolaan dan modernisasi profil kesehatan masyarakat.
- d. Memperkuat kebijakan dan peraturan yang didasarkan pada kesehatan masyarakat dalam rangka memperkuat tindakan adaptasi dan pencegahan penyakit, termasuk sosialisasi.
- e. Pelatihan dan sosialisasi strategi adaptasi perubahan iklim di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten.



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

- f. Menetapkan sistem peringatan dini bagi wilayah yang paling terpengaruh oleh dampak negatif perubahan iklim terhadap kesehatan.
- g. Perluasan cakupan sistem pelayanan kesehatan terpadu bagi seluruh desa di Indonesia.
- h. Peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan di seluruh kabupaten dan kota.
- i. Penguatan sistem pemantauan, pengawasan, dan informasi kesehatan terkait perubahan iklim.
- j. Penerapan sistem sanitasi terpadu dan teknologi perumahan sehat dan adaptif terhadap perubahan iklim di seluruh kota dan desa di Indonesia.
- k. Intensifikasi penyuluhan dan kampanye kesehatan masyarakat tentang kesehatan dan gaya hidup.

Kerangka Kebijakan dan Strategi tersebut telah dirumuskan menjadi program dan kegiatan dalam RPJMN 2010-2014 sebagai berikut:

Tabel 7.4.
Prioritas, Output,
dan Indikator Kinerja
Pengelolaan Sumber
Daya Alam,
Tahun 2010-2014

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Implementasi Rehabilitasi Lahan dan Hutan	Rehabilitasi lahan kritis dan reklamasi hutan					
	Memfasilitasi rehabilitasi hutan bakau, lahan gambut, dan daerah rawa-rawa (295.000 Ha)	60.000 Ha	120.000 Ha	180.000 Ha	240.000Ha	295.000 Ha
Implementasi Reklamasi Lahan dan Rehabilitasi Hutan di DAS Prioritas	Mengurangi area lahan kritis melalui rehabilitasi dan reklamasi hutan					
	Memfasilitasi dan melaksanakan rehabilitasi hutan di daerah tangkapan prioritas	160.000 Ha	320.000 Ha	480.000 Ha	640.000 Ha	800.000 Ha
	Memfasilitasi rehabilitasi lahan di daerah tangkapan prioritas	100.000 Ha	200.000 Ha	300.000 Ha	400.000 Ha	500.000 Ha
	Memfasilitasi pengembangan kawasan hutan kota	1.000 Ha	2.000 Ha	3.000 Ha	4.000 Ha	5.000 Ha
	Memfasilitasi rehabilitasi hutan bakau, lahan gambut, dan daerah rawa-rawa	60.000 Ha	120.000 Ha	180.000 Ha	240.000 Ha	295.000 Ha
Pengembangan Hutan Rakyat	Memperbaiki pengelolaan hutan melalui pemberdayaan masyarakat					
	Memfasilitasi pengembangan kawasan hutan kemasyarakatan (HKM), yang meliputi areal seluas 2 juta Ha.	400.000 Ha	800.000 Ha	1.200.000 Ha	1.600.000 Ha	2.000.000 Ha
	Memfasilitasi 500 grup/unit HPH untuk HKM	100 grup	200 grup	300 grup	400 grup	500 grup
	Memfasilitasi 50 unit kemitraan HKM	10 unit	20 unit	30 unit	40 unit	50 unit
	Memfasilitasi dukungan kelembagaan untuk ketahanan pangan di 32 provinsi	4 Provinsi	8 Provinsi	16 Provinsi	22 Provinsi	32 Provinsi

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
	Memfasilitasi kemitraan pembangunan hutan kemasyarakatan untuk bahan industri kayu mentah yang meliputi areal seluas 250.000 Ha	50.000 Ha	100.000 Ha	150.000 Ha	200.000 Ha	250.000 Ha
	Memfasilitasi pendirian dan operasional kantor pusat di 30 kabupaten HHBK	6 Kabupaten	12 Kabupaten	18 Kabupaten	24 Kabupaten	30 Kabupaten
	Wilayah kerja target hutan desa seluas 500.000 Ha	100.000 Ha	200.000 Ha	300.000 Ha	400.000 Ha	500.000 Ha
Pelestarian dan Peningkatan Pengendalian Degradasi Hutan dan Lahan	Peningkatan kualitas kebijakan konservasi dan pengendalian kerusakan hutan serta pengelolaan lahan terpadu bersama berbagai kementerian dan lembaga, termasuk Kementerian Kehutanan, BPN, dan Pemerintah Daerah					
	Jumlah kebijakan konservasi untuk mengendalikan kerusakan hutan dan penggunaan lahan yang telah ditetapkan (kriteria dan pedoman) akan dikoordinasikan di antara instansi terkait	3	3	3	3	3
	Data titik panas di delapan lahan provinsi dan kebakaran hutan yang dibagikan untuk kementerian dan lembaga terkait	80%	80%	80%	80%	80%
	Mekanisme pelaksanaan pencegahan kebakaran hutan dan lahan di delapan lahan provinsi dan kebakaran hutan yang dikoordinasikan di antara kementerian dan lembaga terkait	8	8	8	8	8
	Rincian data tentang kerusakan lahan dan hutan di 11 DAS prioritas dan daerah yang berpotensi rawan longsor yang dikoordinasikan di antara kementerian dan lembaga terkait	80%	80%	80%	80%	80%
	Data tutupan lahan dan perubahan penggunaan lahan (perubahan tata guna lahan) yang disusun dalam <i>Program Go Green</i> Indonesia	100%	100%	100%	100%	100%

Lanjutan Tabel 7.4.



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

Lanjutan Tabel 7.4.

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
	Jumlah provinsi (pendekatan ekosistem) yang dipantau berdasarkan data dan potensi bencana	10	15	20	25	30
	% implementasi rekomendasi kebijakan konservasi dan pengendalian kerusakan hutan dan lahan di tingkat provinsi yang dipantau setiap tahun	50%	50%	50%	50%	50%
Pengelolaan dan Pelestarian Area Pembangunan	Pengelolaan 20% wilayah terumbu karang, rumput laut, bakau, dan 15 jenis biota air yang terancam punah					
	Kawasan konservasi laut, air tawar, dan air payau yang dikelola secara lestari	900.000 Ha	900.000 Ha	900.000 Ha	900.000 Ha	900.000 Ha
	Jumlah kawasan konservasi dan spesies biota air dilindungi yang telah diidentifikasi dan dipetakan secara akurat	9 kawasan/ 3 jenis	9 kawasan/ 3 jenis	9 kawasan/ 3 jenis	9 kawasan/ 3 jenis	9 kawasan/ 3 jenis
Pengendalian Kebakaran Hutan	Perbaikan sistem pemadaman, pencegahan, mitigasi, dan dampaknya pada kebakaran lahan dan hutan					
	Titik panas di Kalimantan, Sumatera, dan Sulawesi berkurang 20% setiap tahunnya	20%	36%	48,80%	59,20%	67,20%
	Daerah kebakaran hutan berkurang jika dibandingkan dengan situasi tahun 2008	10%	20%	30%	40%	50%
Pelestarian dan Perbaikan Hutan serta Pengendalian Kerusakan Lahan	Kecukupan data, kebijakan, dan informasi untuk mengendalikan kebakaran hutan dan lahan diintegrasikan serta dikoordinasikan bersama kementerian dan lembaga terkait					
	Data sebaran titik panas/kebakaran hutan di delapan Provinsi disebarluaskan ke kementerian terkait, untuk memantau keberhasilan mekanisme implementasi pencegahan kebakaran hutan	80%	80%	80%	80%	80%
Pengembangan Pengelolaan DAS	Implementasi pengelolaan DAS terpadu di DAS prioritas					
	Rencana pengelolaan DAS terpadu di 108 DAS prioritas	22 DAS	44 DAS	66 DAS	88 DAS	100 DAS
	Menyusun data acuan mengenai 36 BPDAS	7 BPDAS	14 BPDAS	21 BPDAS	28 BPDAS	36 BPDAS
	Penyediaan data dan pemetaan lahan kritis di 36 BPDAS	7 BPDAS	14 BPDAS	21 BPDAS	28 BPDAS	36 BPDAS

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Pengelolaan Kualitas Air dan Lahan Gambut	Ketersediaan alat kebijakan pengelolaan kualitas air terpadu di antara kementerian dan lembaga terkait					
	% penentuan klasifikasi air di tingkat kabupaten/kota untuk 13 sungai di 119 kabupaten dan kota prioritas, dengan koordinasi antar kementerian, lembaga, dan pemerintah daerah terkait	25%	25%	20%	20%	10%
	Jumlah bantuan teknis bagi 119 kabupaten/kota pengelolaan kualitas air di 13 DAS dikoordinasikan dengan kementerian/lembaga terkait	20%	20%	20%	20%	20%
Teknologi Pengendalian dan Mitigasi Dampak Pemanasan Global	Model fisik penyerapan CO ₂ , penyempurnaan dan pengujian produksi					
	Rekomendasi kebijakan untuk mengurangi jumlah emisi karbon dan meningkatkan penyerapan karbon serta instalasi perintis fotobioreaktor untuk penyerapan CO ₂	1	1	1	1	1

Lanjutan Tabel 7.4.

Sumber:
RPJMN 2010-2014

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Peningkatan penggunaan energi terbarukan termasuk energi panas bumi mencapai 2000 MW pada tahun 2012 dan 5000 MW pada tahun 2014, dimulainya produksi gas metana batubara untuk menghasilkan listrik pada tahun 2011 yang disertai pemanfaatan potensi tenaga surya	Kontribusi pada pencapaian target pembangkit listrik tenaga panas bumi berkapasitas 10.000 MW dalam program tahap II					
	Total kapasitas terpasang pembangkit listrik tenaga panas bumi sebesar 5795 MW pada tahun 2014	1.261	1.419	2.260	3.000	5.795
Mengelola penyediaan EBT dan Pelaksanaan Konservasi Energi	Realisasi energi terbarukan yang baru dan berbagai pilihan konservasi energi					
	Lisdes (EBT)					
	PLTS 50 Wp	3,55	24,49	24,59	24,69	27,78
	PLTMH (kW)	1,53	10,42	10,9	11,38	11,94
	PLT Angin (kW)	0	5,16	5,32	5,55	5,64
	Biomassa (MW)	0	0,1	0,1	0,1	0,1
	Jumlah studi kelayakan energi kelautan	1	1	1	1	1
	Jumlah Proyek Perintis yang dapat membangkitkan listrik dari sumber energi kelautan	0	1	2	3	4
	DME	50	50	50	50	50

Tabel 7.5.
Pilihan Target Pelaksanaan Tahunan RPJMN untuk Penggunaan Sumber Energi Secara Berkelanjutan

Sumber:
RPJMN 2010-2014



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

Kotak 7.1. Indonesia Climate Change Trust Fund

Pemerintah Indonesia memperkirakan bahwa program yang cukup memadai untuk menanggulangi risiko perubahan iklim membutuhkan investasi tahunan sekitar 0,13 persen sampai 1 persen dari PDB. Dengan memperhitungkan sumber daya yang dibutuhkan untuk perbaikan infrastruktur dan pembangunan infrastruktur baru, total investasi tahunan berkisar USD0,5-4,5 miliar.

Investasi sebesar ini jelas melebihi kapasitas Pemerintah Indonesia jika mengandalkan sumber daya anggaran negara semata. Menyadari kenyataan ini, Pemerintah telah menetapkan bahwa untuk mengatasi tantangan perubahan iklim dan gangguan iklim, diperlukan harmonisasi upaya dari seluruh pemangku kepentingan, baik pemerintah maupun swasta, domestik maupun internasional. Hanya dengan komitmen nasional dan dukungan internasional seperti itulah Pemerintah mampu mendedikasikan segenap kekuatan teknis dan sumber daya keuangan yang dibutuhkan untuk memajukan prioritas pembangunan nasional Indonesia dan mendukung upaya internasional untuk menanggulangi risiko gangguan iklim global.

Untuk memfasilitasi dukungan finansial pada kegiatan-kegiatan terkait perubahan iklim, Pemerintah telah membentuk mekanisme dana amanah nasional yang disebut Indonesian *Climate Change Trust Fund* (ICCTF). ICCTF akan menjadi mekanisme terpadu dalam pembiayaan kebijakan dan program nasional Indonesia sebagai tanggapan terhadap risiko perubahan iklim dan gangguan iklim. Karena dimiliki dan dikelola oleh Pemerintah, mekanisme pendanaan ini akan memperkuat upaya Pemerintah untuk meningkatkan efektivitas rencana pembangunan nasional, seperti dijelaskan dalam Komitmen Jakarta.

Jika sudah beroperasi secara penuh, ICCTF akan menetapkan cara-cara inovatif untuk menghubungkan sumber daya keuangan internasional dengan strategi investasi nasional dan anggaran dalam negeri. ICCTF akan bertindak sebagai katalisator untuk menarik investasi asing ke Indonesia dan akan menyajikan berbagai mekanisme alternatif untuk mendanai mitigasi perubahan iklim dan program-program adaptasi. Mekanisme ini pada tahap lanjut akan dikembangkan untuk mencakup fasilitas kredit, dana bergulir, jaminan pinjaman, dan sarana investasi lain yang dirancang untuk mempromosikan kemitraan publik-swasta dan program-program lainnya, yang semuanya akan dikelola oleh Pemerintah secara transparan dan akuntabel.

ICCTF telah mengidentifikasi tiga “jendela” prioritas utama untuk respons pembiayaan terhadap risiko perubahan iklim dan gangguan iklim. Jendela prioritas tersebut adalah:

- Energi
- LULUCF
- Adaptasi

Degradasi lahan gambut, perubahan penggunaan lahan dan penggundulan hutan, serta konsumsi energi, masing-masing menyumbang sekitar 25 persen, 33 persen, dan 21 persen, pada emisi GRK di Indonesia pada tahun 2004 (SNC, 2009). Karena kegiatan ini sangat penting dan relevan secara ekonomi dalam hal perlindungan sumber daya alam, Pemerintah akan berfokus pada pembiayaan kegiatan di sektor energi dan kehutanan yang akan berdampak maksimal untuk mengurangi laju pertumbuhan emisi gas rumah kaca di Indonesia. Selain itu, jendela pembiayaan kegiatan yang dapat meningkatkan kemampuan adaptasi akan memungkinkan Pemerintah mengarahkan perhatian ke spektrum proyek yang lebih luas yang akan meningkatkan dan menyalurkan dana ke pengembangan kapasitas adaptasi bangsa ini.

Sumber:
Cetak Biru Indonesian Climate
Change Trust Fund, Maret 2010.

Target 7B:

Mengurangi laju kehilangan keragaman hayati, dan mencapai pengurangan yang signifikan pada 2010

Situasi Saat ini

Indonesia dianugerahi dengan 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. Keanekaragaman hayati genetik yang luas di Indonesia terlihat dari sejumlah besar varietas, misalnya, padi, mangga, dan lain-lain.

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 yang digunakan dalam Rencana Pembangunan Lima Tahun (Repelita) Kelima dan Keenam (hingga 1999) dan seterusnya. *BAPI* bertujuan melestarikan keanekaragaman hayati melalui pengurangan laju kerusakan ekosistem, pengembangan basis data, dan pemberian dukungan pada pengelolaan sumber daya alam yang berkelanjutan. Dokumen ini dipublikasikan sebelum ratifikasi Konvensi PBB mengenai Keanekaragaman Hayati (*UN Convention on Biological Diversity/UNCBD*) melalui Undang-Undang No. 5/1994.

Dua puluh 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 *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. Namun, tujuan, sasaran, dan indikator di dalam *IBSAP* ditetapkan sebelum penetapan target 2010 yang diluncurkan dalam Konferensi Para Pihak (*COP*) 7 *UNCBD* (keputusan VII/3) pada tahun 2004. Oleh karena itu, isi substansial dalam *IBSAP* tidaklah mencerminkan target 2010.



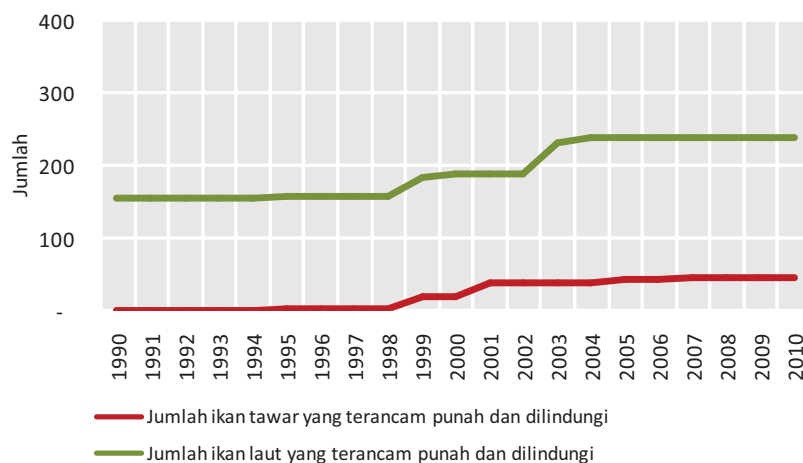
Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

Sumber daya alam dengan kekayaan keanekaragaman hayatinya telah digunakan untuk menunjang mata pencaharian dan pertumbuhan ekonomi. Namun demikian, selama ini fokusnya lebih diarahkan pada pemanfaatan sumber daya alam dalam hal produk-produk massal (pertanian, hutan, kayu, dan perikanan). Jasa ekosistem dan manfaat keanekaragaman hayati kurang mendapatkan perhatian terlepas dari arti penting yang dimilikinya. Walaupun isu perubahan iklim menunjukkan peran penting ekosistem dan spesies tanaman dalam sekuestrasi dan penyerapan karbon, peran lainnya seperti untuk tujuan pengobatan, perlindungan, dan siklus air masih dianggap kurang signifikan.

Peningkatan perlindungan spesies akuatik menunjukkan tren peningkatan setiap tahunnya. Peningkatan yang cukup signifikan untuk jenis ikan laut terjadi antara tahun 1998 dan 2004 yang mencapai 80 jenis. Sedangkan untuk jenis ikan air tawar peningkatan antara tahun 1998 dan 2001 mencapai 35 jenis, dan terus mengalami peningkatan sampai dengan tahun 2009 seperti digambarkan pada **Gambar 7.7**.

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 7.7.
Jumlah Jenis Ikan Tawar
dan Jenis Ikan Laut yang
Terancam Punah dan
Dilindungi 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. Luas terumbu karang di Indonesia juga semakin menyusut akibat praktik penangkapan ikan yang merusak, penangkapan ikan yang berlebihan, polusi, serta pembangunan di wilayah pesisir dan sedimentasi. Selama 50 tahun terakhir, kerusakan terumbu karang meningkat dari 10 persen menjadi 50 persen. Antara tahun 1989 dan 2000, persentase terumbu dengan 50 persen populasi terumbu karang hidup turun dari 36 persen menjadi 29 persen.

Penjelasan di atas 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. Di samping itu, ramin (*Gonystylus bancanus*) kini dimasukkan ke dalam Apendiks III *CITES* (tidak dilarang dari perdagangan internasional, namun negara anggota harus memiliki izin dan memantau perdagangan spesies tersebut).

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.



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

Sayangnya, penyusutan keanekaragaman genetik, khususnya spesies satwa dan tumbuhan liar, tidak terdokumentasi dengan baik. Pembahasan terkait erosi genetik di bidang agroekosistem mungkin juga dapat berlaku untuk spesies liar. Karena tidak semua erosi genetik yang terjadi pada spesies liar diketahui, sedangkan erosi benar-benar terjadi, Indonesia mungkin telah kehilangan banyak “mutiara” tanpa sempat mengetahui nilai dan manfaat mereka.

Kebutuhan dalam pengelolaan spesies akuatik yang terancam punah menjadi perhatian utama bagi Konservasi jenis ikan di Indonesia, salah satunya adalah bagaimana melakukan perencanaan, penyusunan dan implementasi kebijakan-kebijakan dalam upaya perlindungan, pelestarian dan pemanfaatan sumberdaya ikan di perairan darat dan laut. Hal-hal tersebut perlu dilakukan karena kelangkaan spesies akuatik yang disebabkan oleh penangkap-an yang berlebihan, perusakan habitat, belum di implementasikannya kebijakan-kebijakan pemerintah untuk pengelolaan spesies akuatik yang dilindungi dan terancam punah belum sepenuhnya terkendali, masih sangat kurang database terkait spesies akuatik yang dilindungi dan terancam punah, serta di tingkat Internasional, masih belum adanya keterpaduan antar instansi dalam melaksanakan kesepakatan-kesepakatan pada konvensi-konvensi Internasional yang diikuti oleh Indonesia.

Kebijakan dan Strategi

Pelestarian keanekaragaman hayati merupakan salah satu prioritas dalam pengelolaan sumber daya alam sebagaimana tercantum dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (2010-2014). Upaya untuk melestarikan keanekaragaman hayati dan meningkatkan jumlah spesies yang terancam punah ini digambarkan dengan jelas beserta indikator target yang harus dicapai.

1. Peningkatan pelestarian keanekaragaman hayati:
 - a. kebijakan pelestarian keanekaragaman hayati;
 - b. memantau pelaksanaan pelestarian keanekaragaman hayati;
 - c. memfasilitasi pengembangan Taman Keanekaragaman Hayati.
2. Pembangunan kawasan konservasi dan ekosistem esensial:
 - a. mengurangi konflik dan tekanan terhadap taman nasional dan kawasan konservasi lainnya;
 - b. perbaikan pengelolaan ekosistem esensial;
 - c. peningkatan manajemen penanganan gangguan dari pihak-pihak yang memasuki kawasan konservasi tanpa izin;
 - d. pemulihan kawasan konservasi.
3. Penyelidikan dan perlindungan keamanan hutan:
 - a. mengurangi tindak pidana kehutanan;
 - b. finalisasi kasus kejahatan di kawasan konservasi.

4. Pengembangan konservasi spesies dan keanekaragaman hayati genetik:
 - a. meningkatkan keanekaragaman hayati dan populasi spesies yang terancam punah.
 - b. penangkaran;
 - c. kerjasama internasional dan regional.
5. Pengendalian kebakaran hutan:
 - a. mengurangi titik panas;
 - b. mengurangi luas area yang terbakar;
 - c. meningkatkan kapasitas sumber daya manusia dalam mengendalikan kebakaran hutan.
6. Pengembangan jasa lingkungan dan ekowisata.
7. Pengelolaan dan pengembangan konservasi ekosistem dan spesies di wilayah pesisir dan laut:
 - a. peningkatan pengelolaan ekosistem terumbu karang, bakau, lamun, dan lain-lain;
 - b. identifikasi dan pemetaan kawasan konservasi dan spesies laut yang dilindungi.

Beberapa strategi yang dilakukan dalam pengelolaan konservasi jenis ikan meliputi:

1. Implementasi pengembangan dari UU No.31 Tahun 2004 junto UU 45 Tahun 2009 tentang Perikanan dan PP No. 60 Tahun 2006 beserta turunannya Permen KP No. Per.03/MEN/2010 dan Permen KP No. Per.04/MEN/2010 tentang Tata Cara Pemanfaatan Ikan dan Jenis Ikan yang Terkait dengan Perlindungan dan Konservasi Jenis Ikan.
2. Inventarisasi spesies-spesies akuatik yang dilindungi dan terancam punah.
3. Penyusunan *NPOA (National Plan of Action)* terkait dengan spesies akuatik yang dilindungi dan terancam punah.
4. Penerapan kuota untuk beberapa akuatik yang dilindungi dan terancam punah.
5. Pemenuhan akan kebutuhan database terkait dengan spesies akuatik yang dilindungi dan terancam punah.

Wilayah yang dicakup oleh manajemen spesies akuatik dipilih berdasarkan lokasi dari spesies, dengan saluran distribusi serta unit-unit kerja yang tersedia dari Kementerian Kelautan dan Perikanan di daerah, yang meliputi Sumatera, Jawa, Bali, Kalimantan, Sunda Kecil, Sulawesi, Maluku, dan Papua.



Target 7C:

Menurunkan hingga separuhnya proporsi penduduk tanpa akses terhadap air minum layak dan sanitasi layak pada 2015

Indikator

7.8. Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sumber air minum layak, perkotaan dan perdesaan:

Acuan dasar (1993) : 37,73 persen (Susenas)

Saat ini (2009) : 47,71 persen (Susenas)

Target (2015) : 68,87 persen

7.8a. Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sumber air minum layak - perkotaan:

Acuan dasar (1993) : 50,58 persen (Susenas)

Saat ini (2009) : 49,82 persen (Susenas)

Target (2015) : 75,29 persen

7.8b. Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sumber air minum layak - perdesaan:

Acuan dasar (1993) : 31,61 persen (Susenas)

Saat ini (2009) : 45,72 persen (Susenas)

Target (2015) : 65,81 persen

7.9. Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi layak, perkotaan dan perdesaan:

Acuan dasar (1993) : 24,81 persen (Susenas)

Saat ini (2009) : 51,19 persen (Susenas)

Target (2015) : 62,41 persen

7.9a. Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi layak - perkotaan:

Acuan dasar (1993) : 53,64 persen (Susenas)

Saat ini (2009) : 69,51 persen (Susenas)

Target (2015) : 76,82 persen

7.9b. Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi layak - perdesaan:

Acuan dasar (1993) : 11,10 persen (Susenas)

Saat ini (2009) : 33,96 persen (Susenas)

Target (2015) : 55,55 persen

Status Saat Ini

Proporsi rumah tangga Indonesia dengan akses ke sumber air minum dan sanitasi layak telah meningkat sebesar 10 persen dan 26 persen sejak tahun 1993. Namun demikian, di luar kemajuan signifikan yang telah dicapai, jumlah rumah tangga yang saat ini memiliki akses berkelanjutan pada sumber air minum layak dan sanitasi layak tercatat baru mencapai masing-masing 47,71 persen dan 51,19 persen. Target MDG untuk akses ke sumber air minum dan sanitasi layak masing-masing adalah 68,87 persen dan 62,41 persen dari total populasi, dan dibutuhkan perhatian lebih besar untuk dapat mencapai target MDG tersebut.

Masyarakat miskin seringkali tidak memiliki akses ke sumber air minum dan sanitasi layak, dan minimnya akses tersebut berdampak buruk pada kesehatan dan mata pencaharian mereka. Penyakit yang ditularkan melalui air menimbulkan dampak biaya kesehatan yang

tinggi bagi masyarakat yang tidak memiliki akses terhadap sumber air minum dan sanitasi layak. Studi Bank Dunia 2006 mengungkapkan biaya kesehatan yang ditimbulkan akibat kondisi air dan sanitasi yang buruk adalah sebesar Rp 133 ribu per kapita. Dua penyebab utama kematian anak di bawah usia lima tahun (balita) adalah penyakit yang menyebar melalui kotoran dan penyakit yang menular lewat perantara air - yang diderita sekitar 30 persen penduduk Indonesia - seperti kolera, diare, dan tifoid, yang terkait dengan penggunaan sumber air minum tidak layak, sanitasi yang buruk, dan rendahnya kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat. Masyarakat miskin sering menghabiskan banyak waktu untuk mengambil air dari sumber yang jauh atau memanfaatkan sumber daya keuangan mereka yang terbatas untuk membeli air minum yang mahal atau membeli bahan bakar untuk memasak air. Menurut studi, masyarakat miskin membayar 10 hingga 20 kali lipat lebih mahal untuk membeli air bersih dibandingkan dengan harga jual air Perusahaan Daerah Air Minum (PDAM).



Sumber Air Minum
Muara Enim



AKSES KE SUMBER AIR MINUM YANG LAYAK

Indonesia menggolongkan sumber air minum ke dalam dua kategori, yaitu sumber air minum layak dan tidak layak. Sumber air minum yang layak meliputi air minum perpipaan dan air minum non-perpipaan terlindung yang berasal dari sumber air berkualitas dan berjarak sama dengan atau lebih dari 10 meter dari tempat pembuangan kotoran dan/atau terlindung

Praktik Cuci Tangan
Pakai Sabun



dari kontaminasi lainnya. Sumber air minum layak meliputi air leding, keran umum, sumur bor atau pompa, sumur terlindung dan mata air terlindung, serta air hujan. Sumber air minum tak layak didefinisikan sebagai sumber air di mana jarak antara sumber air dan tempat pembuangan kotoran kurang dari 10 meter dan/atau tidak terlindung dari kontaminasi lainnya. Sumber tersebut antara lain mencakup sumur galian yang tak terlindung, mata air tak terlindung, air yang diangkut dengan tangki/drum kecil, dan air permukaan dari sungai, danau, kolam, dan saluran irigasi/drainase. Air kemasan dianggap sebagai sumber air minum layak hanya jika rumah tangga yang bersangkutan menggunakannya untuk memasak dan menjaga kebersihan tubuh, dan di Indonesia penggunaan air kemasan tidak dikategorikan sebagai sumber air minum layak terkait aspek keberlanjutannya.

Proporsi rumah tangga yang mempunyai akses terhadap sumber air minum layak di Indonesia meningkat dari 37,73 persen pada tahun 1993 menjadi 47,71 persen pada tahun 2009, dan masih diperlukan upaya keras untuk mencapai target MDG, yaitu 68,87 persen (lihat Gambar 7.8). Target nasional untuk daerah perkotaan dan perdesaan masing-masing tercatat 75,29 persen dan 65,81 persen. Rencana yang telah disiapkan saat ini membutuhkan penggalakan inisiatif untuk memperluas akses terhadap air minum yang layak baik di daerah perdesaan maupun perkotaan guna mencapai target MDG.

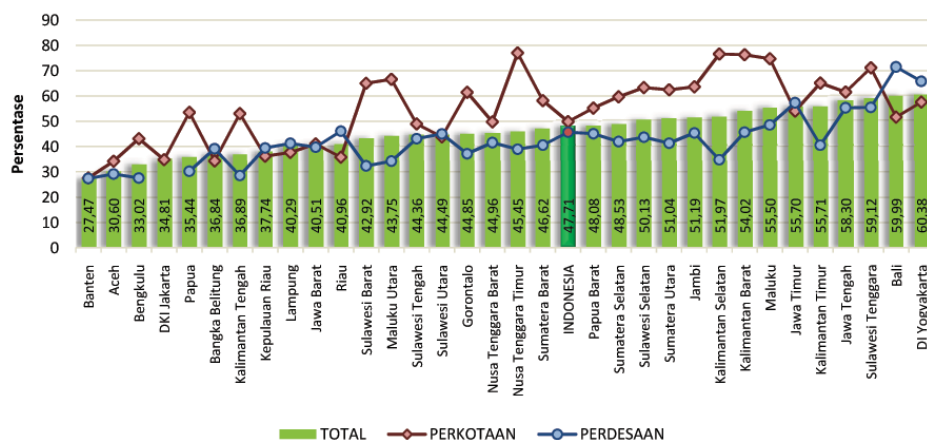


Gambar 7.8.
Proporsi Rumah Tangga yang Memiliki Akses Terhadap Sumber Air Minum Layak, Tahun 1993-2009

Catatan:
*) Tahun 2000 pencacahan SUSENAS di Provinsi Aceh dan Maluku tidak dilakukan;
**) Tahun 2002 pencacahan untuk Provinsi Aceh, Maluku Utara, Maluku dan Papua hanya dilakukan di Ibu kota provinsi; Data tidak termasuk Timor Timur.

Sumber:
BPS, Susenas berbagai tahun.

Kesenjangan antarwilayah dalam hal akses terhadap air minum yang layak di Indonesia masih cukup besar. Seperti ditunjukkan pada **Gambar 7.9**, provinsi dengan proporsi rumah tangga tertinggi dengan akses 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. Selain itu, 19 dari 33 provinsi di Indonesia memiliki capaian persentase akses air minum layak yang lebih rendah dibanding rata-rata nasional yaitu di bawah 47,71 persen. Hal tersebut dapat dilihat lebih jelas pada **Peta 7.1**, sebagian besar provinsi di wilayah Indonesia bagian Timur memiliki akses air minum layak yang rendah sehingga memerlukan perhatian khusus untuk upaya peningkatannya.



Gambar 7.9.
Proporsi Rumah Tangga yang Memiliki Akses Terhadap Sumber Air Minum Layak di Perkotaan, Perdesaan dan Total, Menurut Provinsi, Tahun 2009

Sumber:
BPS, Susenas, 2009.



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

Peta 7.1.

Distribusi Proporsi Rumah Tangga yang Memiliki Akses Terhadap Sumber Air Minum yang Layak, Menurut Provinsi, Tahun 2009



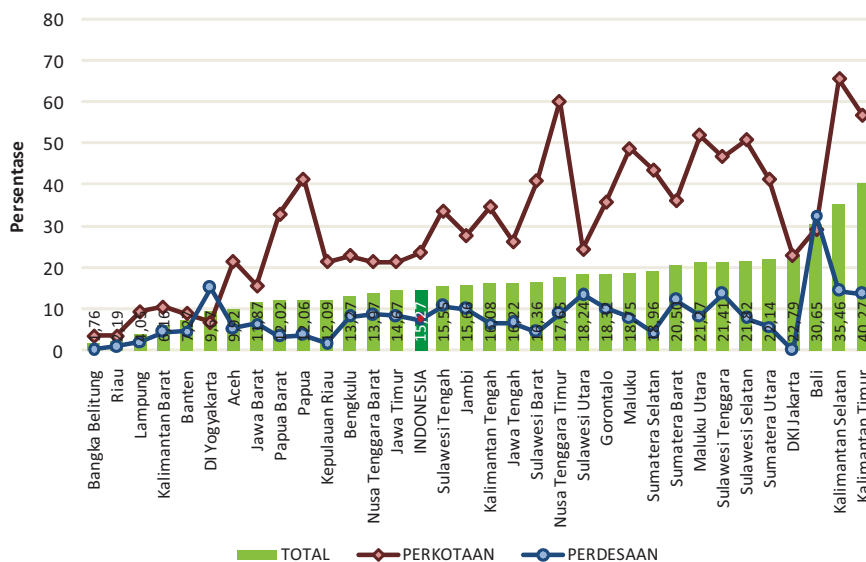
Sumber:
BPS, Susenas 2009.

Proporsi rumah tangga Indonesia yang mempunyai akses ke air minum perpipaan terus meningkat, dari 14,69 persen pada tahun 1993 menjadi 19,24 persen pada tahun 2000. Namun, pada tahun 2006 proporsi tersebut turun menjadi 18,38 persen, dan pada tahun 2009 turun kembali menjadi hanya 15,27 persen. Hal tersebut mencerminkan bahwa laju penyediaan infrastruktur air minum layak tidak dapat mengimbangi laju pertumbuhan penduduk dan terjadi pergeseran layanan pelanggan perpipaan ke sumber air nonperpipaan terlindungi karena penyediaan air dari sistem nonperpipaan yang ada kurang memadai. Akses terhadap air minum perpipaan selalu lebih tinggi di wilayah perkotaan. Pada tahun 2009, sebesar 23,60 persen penduduk perkotaan memiliki akses ke air minum perpipaan, sementara di perdesaan hanya 7,44 persen penduduk. Hal ini disebabkan di perdesaan masih banyak tersedia sumber air minum layak selain perpipaan. Kendati demikian, sepanjang periode 2000-2009 akses perpipaan di kawasan perkotaan turun, dari 36,20 persen pada tahun 2000 menjadi 23,60 persen pada 2009. Hal ini disebabkan antara lain karena meningkatnya luasan kawasan perkotaan yaitu dari 42 persen pada tahun 2000 menjadi 54 persen pada tahun 2009 dan juga akibat laju penyediaan air minum perpipaan yang tidak dapat mengimbangi laju pertumbuhan penduduk perkotaan.

Sementara itu, terdapat kesenjangan yang signifikan dalam penyediaan sistem air perpipaan di berbagai provinsi di Indonesia (lihat Gambar 7.10). Proporsi rumah tangga dengan akses air minum perpipaan di sejumlah provinsi sangatlah rendah, misalnya di Riau, Kepulauan Bangka Belitung, dan sebagian besar provinsi di Jawa, yang memiliki tingkat pertumbuhan penduduk perkotaan lebih besar daripada tingkat penyediaan sistem air perpipaan yang dilakukan PDAM. Pada saat yang bersamaan, di provinsi lain, seperti Kalimantan Timur, Kalimantan Selatan, Bali, dan DKI Jakarta, ketergantungan pada sistem air minum perpipaan semakin besar, akibat makin buruknya kualitas air minum yang bersumber dari air tanah dangkal dan atau air permukaan.



Sumber Air Minum di NTT



Gambar 7.10. Proporsi Rumah Tangga yang Memiliki Akses Terhadap Sumber Air Minum Perpipaan, Menurut Provinsi, Tahun 2009

Sumber:
BPS, Susenas 2009.

Sistem air nonperpipaan terlindungi merupakan sumber air minum layak yang paling umum digunakan bagi masyarakat Indonesia, namun terdapat kesenjangan yang signifikan dalam hal akses ke air minum nonperpipaan terlindungi di berbagai provinsi. Seperti yang ditunjukkan dalam **Gambar 7.11**, provinsi yang mempunyai akses terhadap air minum nonperpipaan tertinggi adalah DI Yogyakarta, Kalimantan Barat, dan Jawa Tengah.

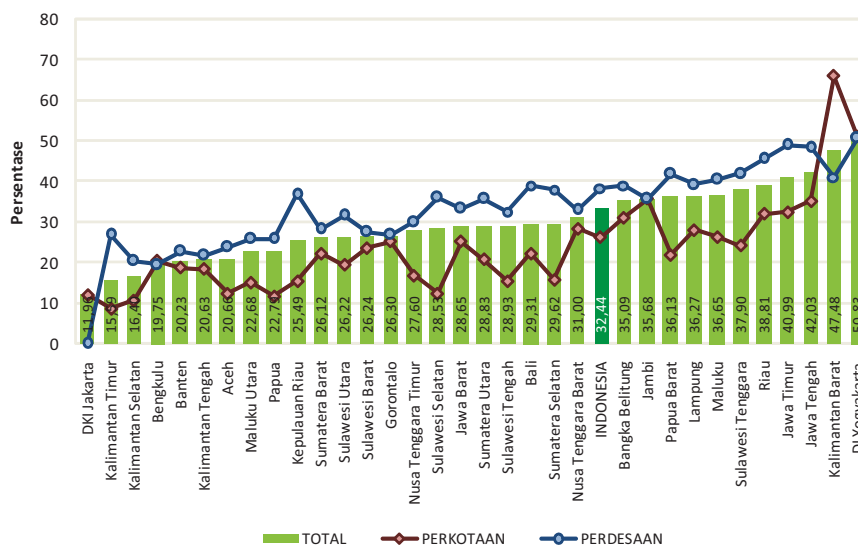


Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

Gambar 7.11.

Proporsi Rumah Tangga yang Memiliki Akses Sumber Air Minum Nonperpipaan yang Terlindungi di Perdesaan, Perkotaan dan Total Perdesaan dan Perkotaan, menurut Provinsi, Tahun 2009

Sumber:
BPS, Susenas 2009.



AKSES SANITASI YANG LAYAK

Di Indonesia, fasilitas sanitasi yang layak didefinisikan sebagai sarana yang aman, higienis, dan nyaman, yang dapat menjauhkan pengguna dan lingkungan di sekitarnya dari kontak dengan kotoran manusia. Fasilitas sanitasi yang layak mencakup kloset dengan leher angsa, toilet guyur (*flush toilet*) yang terhubung dengan sistem pipa saluran pembuangan atau tangki septik, termasuk jamban cemplung (*pit latrine*) terlindung dengan segel slab dan ventilasi; serta toilet kompos. Berbagai jenis fasilitas sanitasi pribadi maupun bersama ini diklasifikasikan sebagai fasilitas sanitasi yang layak di Indonesia. Fasilitas sanitasi yang tidak layak antara lain meliputi toilet yang mengalir ke selokan, saluran terbuka, sungai, atau lapangan terbuka, jamban cemplung tanpa segel slab, wadah ember, dan toilet gantung.

Proporsi rumah tangga di Indonesia yang mempunyai akses ke fasilitas sanitasi yang layak meningkat dua kali lipat sejak tahun 1993. Namun, pada tahun 2009 hanya 51,19 persen dari seluruh rumah tangga yang memiliki akses ke fasilitas sanitasi yang layak sementara target MDG untuk akses sanitasi yang layak adalah 62,41 persen (Gambar 7.12). Kemajuan selama 17 tahun antara tahun 1993 dan 2009 cukup signifikan. Di daerah perkotaan cakupannya meningkat sekitar 16 persen poin, dari 53,64 persen pada tahun 1993 menjadi 69,51 persen pada tahun 2009, - lebih lambat bila dibandingkan dengan kenaikan sebesar 23 persen poin di daerah perdesaan pada periode yang sama. Namun, peningkatan cakupan layanan sanitasi ini belum menunjukkan kualitas layanan sanitasi yang ada. Menurut hasil survei USAID di DKI Jakarta, 77 persen pengguna tangki septik tidak melakukan pengurusan dalam 2 tahun terakhir. Hal ini menunjukkan bahwa walaupun rumah tangga tersebut memiliki tangki septik, namun terjadi kebocoran tangki septik yang dapat mencemari kualitas air tanah di sekitarnya.



Fasilitas Mandi, Cuci, Kakus (MCK) "Morgo Ratan" di Kota Mojokerto

Walaupun kenaikan akses sanitasi layak secara nasional sebesar 26 persen poin selama 17 tahun merupakan prestasi mengesankan bagi negara dengan jumlah penduduk sebanyak dan wilayah geografis kepulauan seluas Indonesia, kemajuan yang dicapai masih lebih lambat dibandingkan dengan negara-negara lain di kawasan regional dengan tingkat pembangunan ekonomi yang relatif sama. Laju pertumbuhan penduduk menjadi tantangan utama yang dihadapi dalam meningkatkan cakupan sanitasi layak, terutama di daerah perkotaan di mana laju pertumbuhannya lebih tinggi daripada laju pertumbuhan penduduk di tingkat nasional. Dengan laju pertumbuhan penduduk nasional saat ini – 1,3 persen per tahun – maka kurang lebih ada penambahan 2,8 juta penduduk lagi yang membutuhkan fasilitas sanitasi dasar setiap tahun sejak saat ini sampai tahun 2015, sehingga akan menambah 100 juta orang yang tidak memiliki fasilitas sanitasi yang layak.⁵⁵ Memperhatikan tren capaian akses sanitasi layak selama ini, Indonesia harus memberikan perhatian khusus, termasuk peningkatan kualitas infrastruktur sanitasi, guna mencapai target MDG, pada tahun 2015.

⁵⁵ Universal Sanitation in East Asia. Mission Impossible? Water and Sanitation Program, United Nations Children's Fund, World Health Organization. 2007.



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

Gambar 7.12.

Proporsi Rumah Tangga yang Memiliki Akses Terhadap Sanitasi yang Layak di Perdesaan, Perkotaan dan Total Perdesaan dan Perkotaan, Tahun 1993-2009

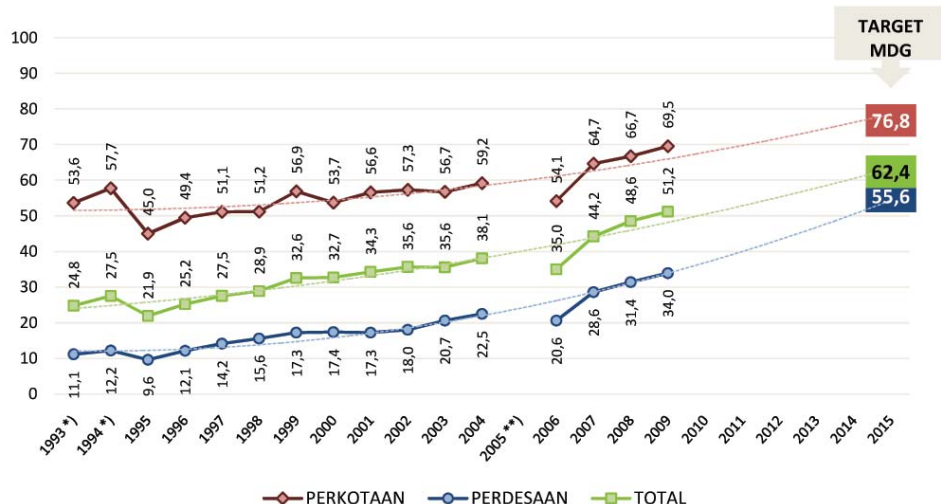
Catatan: Sanitasi yang layak: sendiri/bersama, leher angsa, tangki septik;

*) sendiri/bersama dan tangki septik;

**) Data tidak mendukung; Data tidak termasuk Timor Timur.

Sumber:

BPS, Susenas 1993-2009.



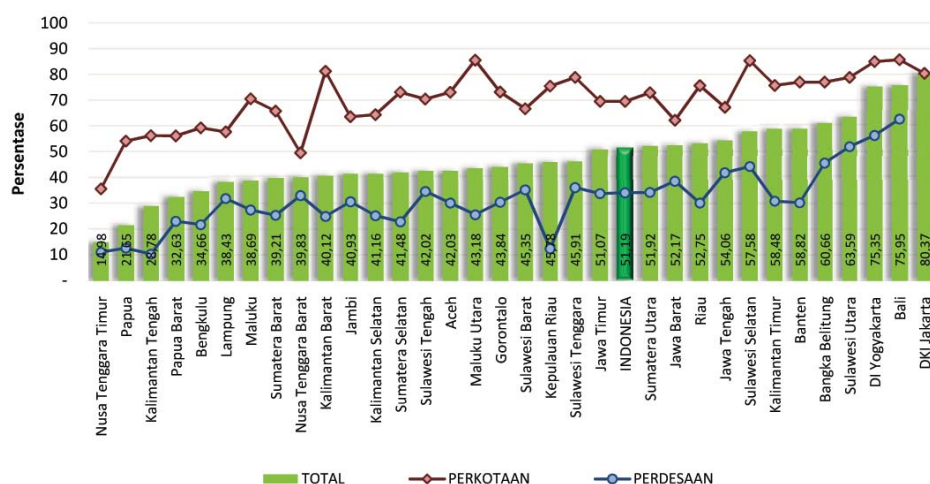
Kesenjangan yang cukup lebar dalam hal akses berkelanjutan terhadap sanitasi yang layak antara perkotaan dan perdesaan masih terjadi, dan kesenjangan ini bervariasi antarprovinsi. Secara nasional, 69,51 persen penduduk perkotaan memiliki akses ke fasilitas sanitasi yang layak dibandingkan dengan hanya 33,96 persen di daerah perdesaan. 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 (Gambar 7.13 dan Peta 7.2).

Gambar 7.13.

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.





Peta 7.2.
Proporsi Rumah Tangga
yang Memiliki Akses ke
Fasilitas Sanitasi yang
Layak Menurut Provinsi,
Tahun 2009

Sumber:
BPS, Susenas 2009.

Tantangan

Tantangan utama dalam meningkatkan akses air minum dan sanitasi yang layak antara lain sebagai berikut:

1. **Belum lengkap dan terbaharukannya perangkat peraturan yang mendukung penyediaan air minum dan sanitasi yang layak.** Sejumlah peraturan yang ada sudah tidak sesuai dengan kondisi yang ada, sebagai contoh Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1962 tentang Perusahaan Daerah yang belum direvisi, sehingga menyulitkan PDAM untuk melakukan korporasi. Di samping itu, peran dan tanggung jawab pemerintah daerah dalam bekerja sama dengan masyarakat setempat dalam pelaksanaan pembangunan air minum dan sanitasi perlu lebih diperjelas.
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, terutama pada tataran pelaksanaan program.
3. **Menurunnya kualitas dan kuantitas sumber daya air minum.** Masih banyaknya rumah tangga yang menggunakan sumber air minum nonperpipaan menurunkan kuantitas dan kualitas sumber daya air minum, ditambah lagi sistem sanitasi *on-site* yang ada juga belum disertai dengan investasi dalam infrastruktur penampungan, pengolahan, dan pembuangan limbah tinja sehingga meningkatkan pencemaran terhadap sumber air baku.
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. Begitu pula investasi dalam penyediaan layanan sambungan air limbah terpusat skala kota (*sewerage system*) dan skala komunal (*communal system*).



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

5. **Masih rendahnya kesadaran masyarakat untuk menerapkan praktik Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).** Keadaan dan perilaku tidak sehat tercermin dari masih tingginya kasus diare yang mencapai 411 per 1.000 penduduk (Survei Morbiditas Diare Kemkes, 2010). Mencuci tangan dengan sabun masih jarang dilakukan; sekitar 47 persen rumah tangga masih melakukan buang air besar di tempat terbuka; dan meskipun hampir semua rumah tangga merebus air untuk minum, namun 48 persen dari air tersebut masih mengandung bakteri *E. coli*. Hal ini menunjukkan arti pentingnya kampanye serta komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) untuk menumbuhkan kesadaran dan mengubah perilaku masyarakat. Saat ini, upaya KIE telah dilakukan namun masih kurang memadai. Hal ini mencerminkan masih rendahnya prioritas yang diberikan oleh para pemangku kepentingan terhadap pelaksanaan KIE.
6. **Masih terbatasnya penyedia air minum yang layak baik oleh PDAM dan non-PDAM yang sehat (kredibel dan profesional), terutama di daerah perkotaan.** Berdasarkan audit tahun 2008, PDAM yang berkinerja baik hanya sekitar 22 persen. Kinerja PDAM yang tidak baik ini semakin diperburuk oleh anggapan masyarakat bahwa air adalah sesuatu yang dapat diperoleh secara cuma-cuma, bukan merupakan komoditas yang langka. Hal ini membuat masyarakat enggan membayar iuran air minum, yang pada akhirnya mempersulit penyedia layanan untuk meningkatkan layanannya melalui investasi baru. Penetapan dan pengaturan tarif belum memenuhi prinsip pemulihan biaya (*full-cost recovery*), di mana sekitar 55,51 persen PDAM masih menerapkan tarif rata-rata di bawah biaya produksi air minum. Di samping itu, dalam penyediaan air minum berbasis masyarakat, kualitas sumber daya manusia pada lembaga pengelola juga masih menjadi kendala.
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.** Dukungan perencanaan dan penganggaran untuk penyediaan air minum dan sanitasi yang layak belum menjadi prioritas, tercermin dari rendahnya alokasi anggaran daerah dalam mendukung pembangunan baru maupun perbaikan infrastruktur air minum dan sanitasi yang telah ada. Hasil studi pembiayaan air minum dan sanitasi pada tahun 2003-2005 menyatakan bahwa anggaran untuk penyediaan air minum dan sanitasi hanya sebesar 0,01 persen-1,37 persen dari belanja APBD. Selain itu, masih minimnya kapasitas sumber daya manusia pelaksana pembangunan air minum dan sanitasi di daerah juga menjadi kendala penyediaan air minum dan sanitasi.
8. **Investasi sistem penyediaan air minum dan sanitasi yang layak masih kurang memadai, baik dari pemerintah maupun swasta.** Hal tersebut antara lain diakibatkan oleh pendanaan yang masih bertumpu pada anggaran Pemerintah Pusat. Rendahnya kinerja keuangan PDAM juga menyebabkan PDAM sulit mendapatkan sumber pendanaan alternatif. Sementara itu, sumber pendanaan dari pihak swasta, baik dalam bentuk Kerjasama Pemerintah dan Swasta (KPS) ataupun *Corporate Social Responsibility (CSR)* masih belum dimanfaatkan secara signifikan.

Kebijakan dan Strategi

Arah kebijakan dan strategi untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap layanan air minum dan sanitasi yang layak, akan dilakukan melalui:

1. Dalam meningkatkan cakupan pelayanan air minum, Kementerian Pekerjaan Umum, pemerintah daerah, dan PDAM bertugas dalam meningkatkan akses masyarakat terhadap penyediaan air minum layak melalui pembangunan dan perbaikan sistem air baku, perbaikan dan pengembangan instalasi serta pengembangan dan perbaikan jaringan transmisi dan distribusi, terutama di kawasan perkotaan. Sementara itu, di perdesaan pengembangan sistem penyediaan air minum berbasis masyarakat dilakukan bersama antara Kementerian Pekerjaan Umum dan Kementerian Kesehatan. Alokasi pendanaan dari Pemerintah Pusat diprioritaskan bagi masyarakat miskin antara lain melalui program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (Pamsimas) dan pengembangan sistem air minum Ibu Kota Kecamatan (IKK). Selain itu, Pemerintah Pusat juga mendorong dan memfasilitasi penyediaan air minum bagi masyarakat menengah ke atas melalui perbaikan kinerja pelayanan operator (PDAM) yang dilakukan melalui pemberian bantuan teknis, program, dan keuangan.

Untuk mendukung penyediaan layanan air minum perpipaan oleh PDAM, telah dikeluarkan Peraturan Menteri Keuangan (PMK) Nomor 120 Tahun 2008 tentang Penyelesaian Piutang Negara yang Bersumber dari Penerusan Pinjaman Luar Negeri, Rekening Dana Investasi, dan Rekening Pembangunan Daerah pada PDAM. Melalui PMK ini diharapkan kinerja keuangan PDAM meningkat dengan diberikannya penghapusan terhadap tunggakan non-pokok atas pinjaman PDAM. Selain itu, dalam meningkatkan akses pendanaan yang bersumber selain dari Pemerintah, telah diterbitkan Peraturan Presiden RI Nomor 29 Tahun 2009 tentang Pemberian Jaminan dan Subsidi Bunga oleh Pemerintah Pusat dalam rangka Penyediaan Air Minum untuk mendapatkan pinjaman dari bank komersial, melalui penyediaan subsidi bunga dan penjaminan aset.

Percepatan penyediaan air minum dan sanitasi juga dilakukan melalui program hibah (*matching grants*) air minum dan air limbah bagi pemerintah daerah yang memprioritaskan pembangunan air minum dan sanitasi bagi masyarakat miskin. Diharapkan bahwa mekanisme insentif dan disinsentif yang telah diterapkan dapat terus ditingkatkan dalam mempercepat pencapaian target MDG.

2. Dalam meningkatkan akses penduduk terhadap sanitasi yang layak, Kementerian Pekerjaan Umum dan pemerintah daerah akan meningkatkan investasi pengelolaan sistem air limbah terpusat dan penyediaan sanitasi berbasis masyarakat dengan fokus pelayanan bagi masyarakat miskin. Investasi tersebut diberikan untuk pengembangan sistem pengolahan air limbah terpusat skala kota (*off-site*), pembangunan sistem sanitasi setempat (*on-site*) dan juga pengembangan dan perbaikan Instalasi Pengolah Lumpur Tinja (IPLT). Dalam kurun waktu 2010-2014, Pemerintah Pusat akan memfasilitasi pengembangan dan pembangunan sistem sanitasi *on site* di 210 kabupaten/kota dan sistem sanitasi *off site* di 16 kabupaten/kota.



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

Untuk mengejar ketertinggalan dalam penyediaan layanan sanitasi, saat ini juga telah dilakukan terobosan melalui peluncuran Program Percepatan Pembangunan Sanitasi Permukiman (PPSP) 2010-2014 yang menekankan bahwa sanitasi adalah urusan bersama seluruh pihak baik Pemerintah, swasta, lembaga donor, dan masyarakat.

Kotak 7.2. Program Percepatan Pembangunan Sanitasi Permukiman (PPSP), 2010-2014

Program PPSP merupakan program lintas sektor yang bertujuan untuk mendorong pemerintah kabupaten/kota dalam menyusun suatu perencanaan strategis pembangunan sanitasi yang komprehensif dan koordinatif melalui penyusunan Strategi Sanitasi Kota/Kabupaten (SSK).

Sasaran Program PPSP antara lain adalah:

- (i) Stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS) di wilayah perkotaan dan perdesaan pada akhir 2014.
- (ii) Peningkatan pengelolaan persampahan melalui implementasi 3R (*Reduce, Reuse, Recycle*) dan penerapan pengelolaan Tempat Pemrosesan Akhir (TPA) berwawasan lingkungan (*sanitary landfill* dan *controlled landfill*).
- (iii) Pengurangan genangan di 100 kawasan strategis perkotaan seluas 22.500 Ha.

Untuk mendukung pencapaian sasaran PPSP, ditargetkan bahwa pada akhir tahun 2014, 330 kabupaten/kota telah memiliki dokumen SSK sebagai *portfolio* dalam mendukung pelaksanaan pembangunan sanitasi di daerahnya. Saat ini 24 kabupaten/kota telah memiliki SSK dan pada tahun 2010 ini terdapat 41 kabupaten/kota lainnya yang sedang menyelesaikan penyusunan SSK tersebut.

Tahapan dalam pelaksanaan Program PPSP ini mencakup:

- a. Tahap I Advokasi dan Sosialisasi yang bertujuan untuk meningkatkan kebutuhan masyarakat akan layanan sanitasi.
- b. Tahap II Penyiapan Kelembagaan untuk menciptakan koordinasi, kerjasama, dan kolaborasi antar pemangku kepentingan.
- c. Tahap III Penyusunan Strategi Sanitasi Kota/Kabupaten (SSK) untuk menentukan strategi pengembangan layanan sanitasi dan komponen pendukungnya.
- d. Tahap IV Penyusunan Memorandum Program yang bertujuan untuk meningkatkan akses terhadap sumber pendanaan sanitasi.
- e. Tahap V Implementasi yaitu penyediaan sarana dan prasarana sanitasi yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan berkelanjutan.
- f. Tahap VI Pemantauan dan Evaluasi untuk memastikan pelaksanaan program dan/atau proyek berjalan sesuai SSK.

Di samping itu, Pemerintah juga telah mengalokasikan dana alokasi khusus (DAK) untuk air minum dan sanitasi. DAK bidang air minum ditujukan untuk mengoptimalkan pelayanan infrastruktur air minum yang telah ada (*existing*) dan juga untuk pembangunan sistem baru di kota kecil, terpencil, pesisir dan di perdesaan. Sementara itu, DAK bidang sanitasi digunakan untuk meningkatkan cakupan layanan sanitasi di daerah padat perkotaan, melalui pendekatan sanitasi berbasis masyarakat (SANIMAS).

Sementara itu, Kementerian Kesehatan bertanggung jawab untuk memastikan kualitas air minum dan sanitasi, di samping meningkatkan kesadaran masyarakat tentang arti penting air minum dan sanitasi yang layak. Kementerian Kesehatan akan meningkatkan pelaksanaan strategi Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) selama 2010-2014, yang bertujuan untuk menghilangkan praktik BAB di tempat terbuka pada akhir 2014. Beberapa program lain yang dirancang untuk meningkatkan cakupan layanan air minum dan sanitasi juga sudah disusun dan akan diprioritaskan, seperti penyediaan air minum berbasis masyarakat dan penyediaan sarana jamban sehat.

Kotak 7.3. Pendekatan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM)

Pendekatan ini menekankan pentingnya perubahan perilaku dan partisipasi masyarakat luas dalam menciptakan akses dan perilaku yang dapat meningkatkan kesehatan lingkungan, dan pada saat yang bersamaan membangun infrastruktur yang dibutuhkan. Pendekatan yang peka permintaan (*demand-responsive*) ini mencakup:

- (i) menciptakan lingkungan yang kondusif untuk perilaku hidup bersih dan sehat melalui advokasi dan mobilisasi dukungan dari pemerintah daerah dan masyarakat;
- (ii) meningkatkan kapasitas penyediaan layanan melalui kemitraan dengan sektor swasta, lembaga penelitian, dan masyarakat;
- (iii) memperkenalkan manajemen pengetahuan dengan membangun pusat data dan informasi, termasuk mensosialisasikan informasi ke berbagai sekolah;
- (iv) mengurangi unsur subsidi dalam sanitasi dasar dan memanfaatkan sumber daya yang dimiliki masyarakat berdasarkan solidaritas sosial; dan
- (v) mengembangkan sistem pemantauan di daerah, termasuk dengan melibatkan masyarakat.

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.** Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2004 tentang Sumber Daya Air dan Peraturan Pemerintah Nomor 16 Tahun 2005 tentang Pengembangan Sistem Penyediaan Air Minum mengamanatkan kepada Pemerintah untuk mengatur penyediaan dan pelayanan air minum, terutama untuk memenuhi kebutuhan dasar. Kebijakan Nasional Air Minum dan Penyehatan Lingkungan Berbasis Masyarakat telah mendorong pemerintah daerah untuk memberikan prioritas lebih tinggi pada penyediaan air minum dan sanitasi. Perhatian khusus akan diberikan untuk lebih memperjelas peran dan tanggung jawab pemerintah daerah dalam kaitannya dengan: (i) perencanaan, penganggaran, dan pembangunan infrastruktur; (ii) pengelolaan sistem air minum dan sanitasi yang layak; dan (iii) perubahan dan pelibatan masyarakat dalam konservasi sumber daya air dan lingkungan.
4. **Memastikan ketersediaan air baku untuk air minum,** melalui pengendalian penggunaan air tanah oleh pengguna domestik maupun industri; perlindungan sumber air tanah dan permukaan dari pencemaran domestik melalui peningkatan cakupan pelayanan sanitasi; serta pengembangan dan penerapan teknologi pemanfaatan sumber air alternatif termasuk air reklamasi.



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

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 sebagai bagian dari upaya peningkatan sosialisasi perilaku yang higienis bagi siswa sekolah dan penerapan praktik perilaku hidup bersih dan sehat oleh masyarakat.
6. **Meningkatkan sistem perencanaan pembangunan air minum dan sanitasi yang layak**, melalui penyusunan rencana induk sistem penyediaan air minum (RIS-SPAM) sesuai prinsip-prinsip pembangunan air minum dan sanitasi berbasis masyarakat maupun lembaga; penyusunan Strategi Sanitasi Kota (SSK) yang selaras dengan RIS-SPAM; serta pemantauan dan evaluasi pelaksanaannya.
7. **Meningkatkan kinerja manajemen penyelenggaraan air minum dan sanitasi** yang layak melalui (a) penyusunan *business plan*, penerapan korporatisasi, pelaksanaan manajemen aset, dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia, baik yang dilakukan oleh institusi maupun masyarakat; (b) peningkatan kerja sama antarpemerintah, antara pemerintah dan masyarakat, antara pemerintah dan swasta, ataupun antara pemerintah, swasta, dan masyarakat; (c) peningkatan keterkaitan antara sistem pengelolaan yang dilakukan oleh masyarakat dengan pemerintah; dan (d) 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 KPS dan CSR; dan juga untuk pengembangan dan pemasaran pilihan sistem penyediaan air minum dan sanitasi yang tepat guna.

Untuk mempercepat pencapaian target MDGs tahun 2015, Presiden RI telah memberikan perhatian khusus dengan mengeluarkan Instruksi Presiden RI Nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan Berkeadilan, khususnya tentang penyediaan air minum dan sanitasi yang layak. Hal ini telah sejalan dengan strategi nasional dalam RPJMN 2010-2014 yang akan dilaksanakan oleh Kementerian Pekerjaan Umum, Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten/kota, dan partisipasi masyarakat, sebagaimana terlihat pada **Tabel 7.6** di bawah ini:

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Meningkatkan penyehatan dan pengawasan kualitas lingkungan	Persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap air minum berkualitas (%)	62	62,5	63	63,5	67
	Persentase kualitas air minum yang memenuhi syarat (%)	85	90	95	100	100
	Persentase penduduk yang menggunakan jamban sehat (%)	64	67	69	72	75
	Jumlah desa yang melaksanakan Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM) (Desa)	2.500	5.500	11.000	16.000	20.000
Meningkatkan pengembangan sistem penyediaan air minum	Terfasilitasinya kawasan perkotaan yang terlayani air minum	218 kawasan	244 kawasan	260 kawasan	315 kawasan	360 kawasan
	Terfasilitasinya kawasan perdesaan yang terlayani air minum layak	31 kawasan dan 1.472 desa	30 kawasan dan 1.165 desa	30 kawasan dan 500 desa	30 kawasan dan 1.000 desa	32 kawasan dan 700 desa
Meningkatkan pengembangan infrastruktur sanitasi	Terlayaninya kawasan dengan infrastruktur air limbah melalui sistem <i>off-site</i>	9 kab/kota	11 kab/kota	11 kab/kota	11 kab/kota	11 kab/kota
	Terlayaninya kawasan dengan infrastruktur air limbah melalui sistem <i>on-site</i>	30 kab/kota	35 kab/kota	40 kab/kota	50 kab/kota	55 kab/kota

Tabel 7.6.
Prioritas, Output, dan Target Peningkatan Akses Air Minum dan Sanitasi Layak, Tahun 2010-2014

Sumber:
RPJMN 2010-2014 dan Inpres Nomor 3/2010.



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

Target 7D:

Mencapai peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di permukiman kumuh pada tahun 2020

Indikator

7.10. Proporsi rumah tangga kumuh perkotaan:

Acuan dasar (1993)	: 20,75 persen (Susenas)
Saat ini (2009)	: 12,12 persen (Susenas)
Target (2020)	: 6,00 persen (Estimasi Bappenas)

Status Saat Ini

Undang-undang Nomor 4 Tahun 1992 tentang Perumahan dan Permukiman menyatakan bahwa permukiman kumuh merupakan suatu lingkungan permukiman yang tidak sesuai dengan tata ruang, memiliki kepadatan bangunan yang sangat tinggi, kualitas bangunan yang rendah, prasarana lingkungan yang tidak memenuhi persyaratan dan rawan sehingga dapat membahayakan kehidupan dan penghidupan masyarakat penghuni. Secara umum, tumbuhnya kawasan kumuh merupakan dampak dari pertambahan penduduk kota yang sangat pesat akibat tidak terbandungnya arus urbanisasi; di samping terbatasnya lahan yang diperuntukkan bagi permukiman yang layak. Di samping itu, sebagian besar warga yang tinggal di permukiman kumuh adalah masyarakat berpenghasilan rendah, yang tidak mampu membiayai pengembangan dan pemeliharaan rumah dan lingkungan permukimannya agar layak dihuni.

Estimasi kondisi permukiman kumuh Indonesia didekati dengan menghitung proporsi rumah tangga kumuh perkotaan. Terdapat empat indikator yang digunakan yaitu tidak adanya akses terhadap sumber air minum layak, tidak adanya akses terhadap 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 yang berasal dari sumber air berkualitas dan berjarak sama dengan atau lebih dari 10 meter dari tempat pembuangan kotoran dan/atau terlindung dari kontaminasi lainnya. Sumber air layak tersebut meliputi: air leding, keran umum, sumur bor atau pompa, sumur terlindung dan mata air terlindung, serta air hujan. Sementara air kemasan tidak dikategorikan sebagai sumber air minum layak.

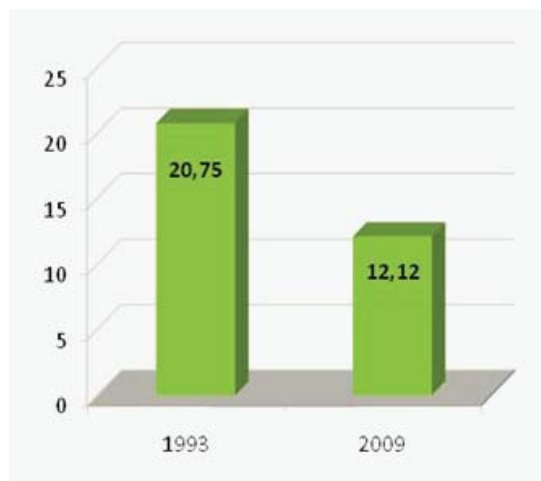


Kiri:
Daerah Kumuh di
Makassar

Kanan:
Rusunawa di Makassar

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. Fasilitas sanitasi yang layak mencakup 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 Nomor 22/PERMEN/M/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Perumahan Rakyat Daerah Provinsi dan Daerah Kabupaten/Kota, rumah dapat dikategorikan sebagai hunian layak huni apabila luas lantai per kapita lebih besar 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 kumuh didefinisikan sebagai rumah tangga dengan kondisi yang minimal memenuhi dua dari tiga klasifikasi tersebut.



Gambar 7.14.
Proporsi Rumah Tangga
Kumuh Perkotaan,
Tahun 1993 dan 2009

Sumber:
BPS, Susenas.



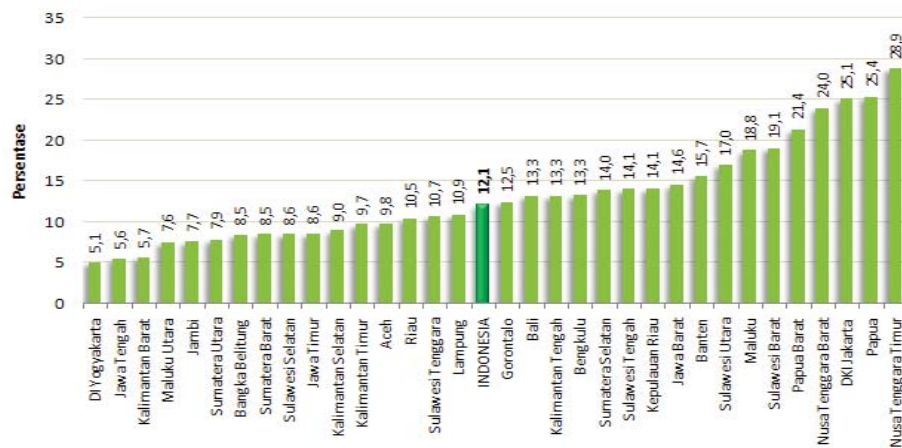
Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

Proporsi rumah tangga kumuh perkotaan Indonesia telah menurun 8,63 persen sejak tahun 1993. Berbagai upaya telah dilakukan untuk meningkatkan kondisi hunian rumah tangga perkotaan, namun demikian masih terdapat 12,12 persen rumah tangga yang menghuni rumah kumuh (lihat **Gambar 7.14**). Pemerintah Indonesia telah melaksanakan berbagai program dalam rangka menangani permukiman kumuh, antara lain *Kampung Improvement Program (KIP)*, peremajaan kota (*urban renewal*), *Urban Poverty Project (UPP)*, *Community-Based Initiatives for Housing and Local Development (CoBILD)*, dan *Neighborhood Upgrading and Shelter Sector Program (NUSSP)*. Selain itu terdapat beberapa kegiatan pemberdayaan masyarakat termasuk Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) di beberapa kementerian yang ditujukan untuk penanganan kawasan kumuh.

Kesenjangan daerah dalam proporsi rumah tangga kumuh perkotaan 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. Proporsi terendah rumah tangga kumuh perkotaan adalah 5,10 persen, sedangkan proporsi tertinggi adalah 28,85 persen.

Gambar 7.15.
Proporsi Rumah Tangga
Kumuh Perkotaan,
Menurut Provinsi,
Tahun 2009

Sumber:
BPS, Susenas 2009.



Tantangan

Tantangan utama dalam menurunkan proporsi rumah tangga kumuh perkotaan Indonesia adalah sebagai berikut:

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 pengelolaannya. 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 dan Strategi

Arah kebijakan dan strategi untuk menurunkan proporsi rumah tangga kumuh perkotaan, akan dilakukan melalui:

1. **Peningkatan penyediaan hunian yang layak dan terjangkau bagi masyarakat berpenghasilan rendah melalui pembangunan rumah susun sederhana sewa (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.



Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

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.

RPJM 2010-2014 telah menetapkan prioritas dan target penurunan rumah tangga kumuh perkotaan, yang diharapkan dapat mempercepat pencapaian target MDGs, sebagaimana terlihat pada Tabel 7.7. Upaya-upaya untuk pencapaian target tersebut akan dilaksanakan oleh Kementerian Pekerjaan Umum, Kementerian Perumahan Rakyat, pemerintah provinsi, pemerintah kabupaten/kota, dan partisipasi masyarakat.

Tabel 7.7.
Prioritas, Output, dan
Target Penurunan Rumah
Tangga Kumuh Perkotaan
Melalui Penanganan
Permukiman Kumuh,
Tahun 2010-2014

Prioritas	Output	Target				
		2010	2011	2012	2013	2014
Pengaturan, Pembinaan, Pengawasan dan Penyelenggaraan dalam Pengembangan Permukiman	Rencana tindak penanganan kawasan kumuh perkotaan di Kabupaten/kota	95	30	30	30	22
	Kawasan kumuh di perkotaan yang tertangani	95	30	30	30	22
	Satuan unit hunian rumah susun yang terbangun dan infrastruktur pendukungnya	3.960	7.041	7.041	5.200	3.458
	Penyediaan infrastruktur permukiman di kawasan-kawasan perumahan bagi MBR	104	50	50	15	21
Fasilitasi dan Stimulasi Penataan Lingkungan Permukiman Kumuh	Jumlah permukiman kumuh yang terfasilitasi	50	100	150	175	180
Fasilitasi dan Stimulasi Pembangunan Perumahan Swadaya	Jumlah fasilitasi dan stimulasi pembangunan baru perumahan swadaya	7.500	12.500	16.250	7.500	6.250
Fasilitasi dan Stimulasi Peningkatan Kualitas Perumahan Swadaya	Jumlah fasilitasi dan stimulasi peningkatan kualitas perumahan swadaya	7.500	12.500	16.250	7.500	6.250
Fasilitasi Pembangunan PSU Perumahan Swadaya	Jumlah fasilitasi dan stimulasi prasarana, sarana dan utilitas perumahan swadaya	7.500	12.500	16.250	7.500	6.250
Pembangunan Rumah Susun Sederhana Sewa* (Rusunawa)	Jumlah rusunawa terbangun	100	100	180	0	0

Sumber:
RPJM 2010-2014.
Keterangan: *)
Pembangunan Rumah Susun
Sederhana Sewa diperkirakan
30 persen untuk masyarakat
berpenghasilan rendah.



Tujuan 8:
Membangun Kemitraan Global
untuk Pembangunan



Indonesia telah secara aktif bekerja sama dengan masyarakat internasional untuk meningkatkan tata kelola perdagangan internasional, investasi, dan alih teknologi dalam rangka mempercepat pencapaian tujuan MDG. Sebagai anggota sejumlah lembaga multilateral, termasuk *United Nations* (PBB), *World Trade Organization* (WTO), *Association of Southeast Asian Nations* (ASEAN), *International Monetary Fund* (IMF), *World Bank Group* (WBG), dan *Asian Development Bank* (ADB), Indonesia selalu berupaya untuk mewujudkan pola kemitraan global yang adil dan dinamis.

Indonesia juga berpartisipasi aktif dalam komunitas internasional melalui berbagai forum internasional dan regional, antara lain seperti Kelompok G-20 dan *Asia Pacific Economic Cooperation* (APEC), untuk turut mendorong peningkatan kerja sama dalam menangani isu-isu yang berkaitan dengan pembangunan ekonomi dan perdagangan antara negara berkembang dan negara maju. Selain itu, bersama dengan sepuluh negara anggota *Sherpa* (Norwegia, Belanda, Inggris, Australia, Brazil, Cile, Mozambik, Tanzania, Liberia dan Senegal), Indonesia turut membangun Jaringan Kemitraan Pemimpin Dunia bagi Kampanye Global MDGs di bidang Kesehatan (*Network of Global Leaders for Global Campaign on Health MDGs - NGL 45*), dengan memberikan penekanan khusus pada penggalangan dukungan internasional terhadap salah satu isu sosial MDGs yang paling terabaikan, yaitu kematian anak dan ibu melahirkan. Indonesia juga telah membangun jaringan kemitraan bilateral yang luas serta kokoh, untuk memajukan pembangunan dan perdagangan yang adil, termasuk melalui kemitraan segitiga (*triangular cooperation*) dan kerja sama Selatan-Selatan (*South South Cooperation*).



Tujuan 8: Membangun Kemitraan Global untuk Pembangunan

Di samping itu, Indonesia telah berkomitmen untuk mencapai kemitraan yang produktif antara Pemerintah dengan sektor swasta, di samping menjaga iklim investasi yang kondusif agar investasi swasta baik dalam negeri maupun luar negeri meningkat. Kemitraan pemerintah dan swasta ini terus digalakkan untuk meningkatkan pertumbuhan ekonomi dan memperbaiki penyediaan layanan umum. Lebih jauh lagi, kerjasama pemerintah dan swasta ini diarahkan untuk mendapatkan investasi yang berkualitas, yang dapat menciptakan lapangan kerja dan mengurangi kesenjangan sosial. Dalam hubungannya dengan kondisi investasi di Indonesia. Konferensi Perdagangan dan Pembangunan PBB baru-baru ini menempatkan Indonesia dalam salah satu dari sepuluh besar negara di dunia yang paling menarik untuk dijadikan tujuan investasi asing.

Selain kemitraan pemerintah dan swasta, kemitraan pemerintah dengan mitra pembangunan juga perlu terus dijaga dan ditingkatkan produktivitasnya. Dalam membiayai pembangunan nasional, Pemerintah Indonesia masih memanfaatkan pinjaman dan hibah luar negeri dengan porsi yang semakin menurun. Untuk menunjang pemanfaatan sumber dana dari luar ini, Pemerintah melakukannya secara sangat hati-hati dan berupaya memilih sumber luar negeri yang *favourable* dengan ketentuan dan persyaratan yang menguntungkan dalam kerangka menjaga kepentingan internasional. Untuk itu, kerjasama pembangunan Pemerintah dengan mitra pembangunan terus ditingkatkan dalam upaya memanfaatkan pinjaman dan hibah luar negeri yang efektif dan efisien.

Target 8A:

Mengembangkan sistem keuangan dan perdagangan yang terbuka, berbasis peraturan, dapat diprediksi, dan tidak diskriminatif

Indikator

8.6a. Rasio ekspor + impor terhadap PDB (indikator keterbukaan ekonomi):

Acuan dasar (1990) : 41,60 persen (Badan Pusat Statistik dan Bank Dunia)
Saat ini (2009) : 39,50 persen (Badan Pusat Statistik dan Bank Dunia)
Target (2015) : Meningkatkan

8.6b. Rasio pinjaman terhadap simpanan (*Loan to Deposit Ratio/LDR*)⁵⁶ di bank umum:

Acuan dasar (2000) : 45,80 persen (Bank Indonesia)
Saat ini (2009) : 72,8 persen (Bank Indonesia)
Target (2015) : Meningkatkan

⁵⁶ Rasio ini merupakan perbandingan dengan jumlah kredit yang disalurkan terhadap dana pihak ketiga (dalam persen).

8.6c. Rasio pinjaman terhadap simpanan (*Loan to Deposit Ratio/LDR*) di BPR:

Acuan dasar (2003)	: 101,30 persen (Bank Indonesia)
Saat ini (2009)	: 109,0 persen (Bank Indonesia)
Target (2015)	: Meningkatkan

Status Saat Ini

Sejak dekade 50-an, Indonesia telah berpartisipasi dalam forum diskusi internasional tentang Perjanjian Umum Tarif dan Perdagangan (*GATT*) yang bertujuan untuk meningkatkan sistem perdagangan global dan merupakan salah satu anggota *World Trade Organization (WTO)* pada Januari 1995. Pemerintah Indonesia menganggap bahwa *GATT* dan *WTO* telah berhasil menjaga “sistem perdagangan multilateral berbasis peraturan (*rule-based*) yang telah menjamin pertumbuhan ekonomi, pembangunan, dan terciptanya lapangan kerja sepanjang satu dekade terakhir”.⁵⁷ Indonesia juga telah berpartisipasi dalam berbagai forum negosiasi internasional yang berhubungan dengan perdagangan internasional termasuk *APEC*; kelompok *CAIRNS* (koalisi negara pengekspor hasil-hasil pertanian untuk melobi liberalisasi perdagangan pertanian); G-33 (sebagai ketua koalisi negara berkembang yang mendukung fleksibilitas pembukaan pasar terbatas terkait masalah-masalah pertanian); *NAMA 11* (koalisi negara berkembang untuk mencapai fleksibilitas dalam membatasi pembukaan pasar bagi perdagangan barang-barang industri), dan Sponsor “*W52*” (pendukung proposal “modalitas” dalam negosiasi terkait berbagai indikasi geografis).

Indonesia ikut serta dalam Putaran Doha dan tetap berkomitmen untuk mencapai kesepakatan agar kepercayaan pada sistem perdagangan multilateral dapat tetap terjaga. Perjanjian tersebut diharapkan dapat mencegah meningkatnya upaya-upaya proteksi sehingga dapat terus mendorong pemulihan perekonomian global. Pada saat yang sama, Indonesia juga mendukung Mekanisme Perlindungan Khusus untuk menanggulangi dampak negatif jangka pendek dari liberalisasi perdagangan bagi pelaku sektor pertanian, khususnya masyarakat miskin di pedesaan.

Indonesia merupakan salah satu negara anggota pendiri *ASEAN* yang kemudian membentuk Kawasan Perdagangan Bebas *ASEAN (AFTA)* pada tahun 1992. Sejak saat itu, *AFTA* telah memberikan kontribusi pada peningkatan arus barang dan jasa di antara negara anggota *ASEAN*. Liberalisasi perdagangan melalui penghapusan hambatan tarif dan nontarif di antara negara-negara *ASEAN* juga menjadi katalisator untuk mencapai peningkatan efisiensi produksi dan peningkatan daya saing dalam jangka panjang. Perjanjian *Common Effective Preferential Tariff (CEPT) AFTA* mewajibkan tingkat tarif yang dikenakan pada berbagai macam produk yang

⁵⁷ Pernyataan Menteri Perdagangan Indonesia, Marie Pangestu, pada Sidang Pleno Pertemuan Para Menteri *WTO* yang ke-7 di Jenewa, 30 November 2009.



Tujuan 8: Membangun Kemitraan Global untuk Pembangunan

diperdagangkan di kawasan ini dikurangi menjadi sebesar 5 persen pada tahun 2008. Tujuan ini dicapai pada tahun 2002 oleh ASEAN-6. Selanjutnya, tingkat tarif diturunkan menjadi 0 persen oleh ASEAN-6 pada tahun 2010, sedangkan untuk Kamboja, Laos, Myanmar, dan Vietnam akan dilaksanakan pada tahun 2015. Di samping penghapusan tarif, ASEAN juga berusaha untuk mengkaji langkah-langkah nontarif dan penghapusan hambatan nontarif yang dapat menghalangi arus barang di antara negara-negara anggota. Kerja sama ekonomi ASEAN kemudian diperluas untuk mencakup tidak hanya perdagangan, tetapi juga investasi, industri, jasa, keuangan, pertanian, kehutanan, energi, transportasi dan komunikasi, kekayaan intelektual, usaha kecil dan menengah, serta pariwisata.

Selanjutnya, ASEAN akan menuju pembentukan Masyarakat Ekonomi ASEAN (AEC) pada tahun 2015 yang bertujuan integrasi ekonomi regional. Berdasarkan kerangka AEC, diharapkan bahwa ASEAN akan memiliki karakteristik utama berikut ini: (a) pasar tunggal dan basis produksi; (b) kawasan ekonomi yang kompetitif; (c) kawasan pembangunan ekonomi yang adil; dan (d) kawasan yang terintegrasi dengan perekonomian global. Negara-negara anggota ASEAN telah merilis Cetak Biru AEC pada KTT ASEAN ke-13 pada tanggal 20 November 2007 yang berfungsi sebagai rencana induk koheren untuk mengarahkan pembentukan Masyarakat Ekonomi ASEAN pada tahun 2015. *AEC Scorecard* digunakan sebagai mekanisme evaluasi untuk memeriksa apakah masing-masing negara ASEAN berkomitmen pada pelaksanaan Cetak Biru AEC, menunjukkan apa yang telah dicapai ASEAN terkait implementasi, dan menunjukkan masalah yang harus dilaporkan kepada para pemimpin dalam KTT ASEAN guna memastikan integrasi ekonomi ASEAN. Selain itu, Dewan AEC telah didirikan di bawah Piagam ASEAN untuk memantau pekerjaan terkait pilar ekonomi Secara khusus, Dewan ini mengawasi pekerjaan kementerian sektoral seperti Keuangan, Pertanian, Energi, Transportasi, Telekomunikasi, dan Pariwisata.⁵⁸

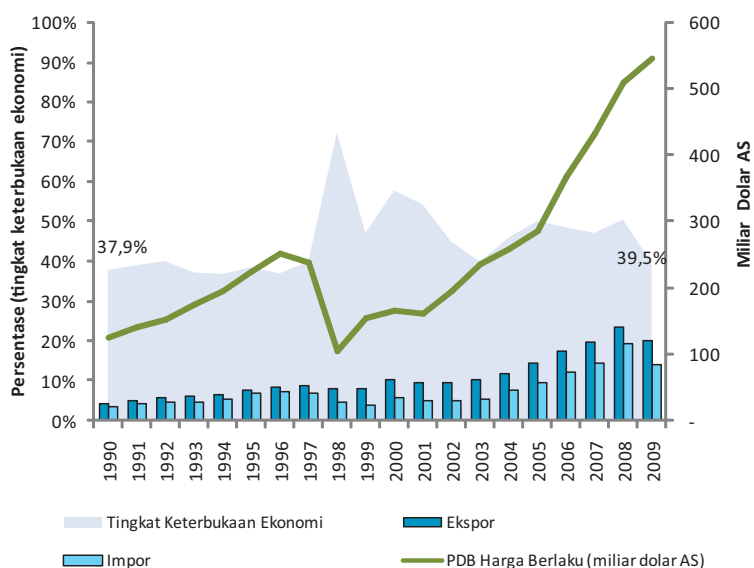
ASEAN juga telah menanggapi lebih jauh dengan mengadakan perjanjian perdagangan bebas dengan negara-negara Asia lainnya serta negara-negara di luar Asia. *ASEAN-China Free Trade Agreement (ACFTA)*⁵⁹ dan *ASEAN-Korea Free Trade Agreement (AKFTA)* merupakan contoh perjanjian perdagangan bebas yang telah berlaku antara negara ASEAN dengan negara Asia lainnya. Indonesia meratifikasi pelaksanaan ACFTA melalui Keputusan Presiden RI Nomor 48 Tahun 2004 dan AKFTA melalui Peraturan Presiden RI Nomor 11 Tahun 2007. Selain itu, ASEAN kini sedang dalam proses negosiasi untuk perjanjian perdagangan bebas dengan negara lainnya seperti: *ASEAN-India FTA*, *ASEAN-Australia-New Zealand FTA*, dan *ASEAN-European Union FTA*.

⁵⁸ ASEAN Economic Community Blueprint, 2008.

⁵⁹ ACFTA telah menciptakan kawasan perdagangan bebas terbesar di dunia dalam hal jumlah penduduk di negara-negara yang menandatangani perjanjian tersebut (1,9 miliar) dan yang ketiga terbesar dalam hal PDB (USD6,6 triliun), di bawah Uni Eropa dan North American Free Trade Area.

Di samping perjanjian perdagangan regional, Indonesia juga telah menandatangani perjanjian perdagangan bebas bilateral dengan beberapa negara lain. *Indonesia-Japan Economic Partnership Agreement (IJEPA)* yang ditandatangani pada tanggal 20 Agustus 2007 dan mulai berlaku pada tanggal 1 Juli 2008 merupakan perjanjian perdagangan bilateral pertama Indonesia. Tujuan perjanjian ini adalah memperkuat hubungan ekonomi bilateral yang meliputi berbagai jenis kerja sama di bidang investasi, perdagangan, dan gerakan individu.

Indonesia telah berhasil mengembangkan keterbukaan yang lebih besar dalam perdagangan dengan masyarakat global. Keterbukaan ekonomi yang lebih besar dan pembenahan kerangka peraturan perdagangan telah menghasilkan manfaat ekonomi yang substansial. Volume perdagangan sejak tahun 1980 telah meningkat pesat dan mendorong pertumbuhan ekonomi nasional serta perluasan lapangan kerja.



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

Sumber:
BPS dan Bank Dunia, 2009.

Data indikator keterbukaan ekonomi menunjukkan adanya kecenderungan yang meningkat dalam hal keterbukaan pengelolaan perekonomian Indonesia dalam jangka panjang. Indikator keterbukaan ekonomi dihitung sebagai rasio ekspor dan impor nasional terhadap PDB. Data dan kecenderungan indikator ini disajikan dalam **Gambar 8.1** PDB meningkat tajam pada periode pascakrisis, dan ekspor maupun impor juga meningkat dalam periode yang sama. Sementara itu, surplus perdagangan Indonesia juga meningkat, seiring dengan pertumbuhan ekspor yang rata-rata lebih tinggi daripada impornya. Pengkajian data indikator keterbukaan mengungkapkan bahwa selama dekade terakhir indikator ini tercatat berkisar 45 persen. Namun demikian, dalam jangka panjang, ada peningkatan dari 41,6 persen pada tahun 1990 menjadi 46,9 persen pada tahun 2008. Namun, pada tahun 2009, tingkat keterbukaan ekonomi menurun menjadi 39,5 persen terkait adanya krisis ekonomi global.



Tujuan 8: Membangun Kemitraan Global untuk Pembangunan

Dalam beberapa tahun terakhir, 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 itu 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 (lihat **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. Sebagaimana telah disebutkan di atas, Indonesia terlibat dalam kemitraan perdagangan, baik pada forum multilateral maupun bilateral, untuk mendorong peningkatan keterbukaan dalam perdagangan internasional, serta meningkatkan kerangka regulator perdagangan internasional.

Tabel 8.1.

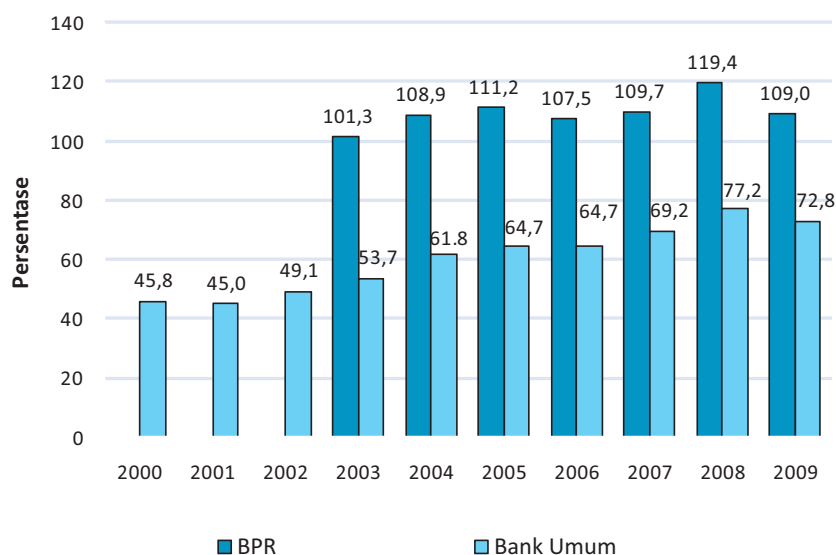
Urutan 10 Negara yang Menjadi Tujuan Utama Ekspor Nonmigas Indonesia dan 10 Negara Utama Asal Impor Nonmigas Indonesia Tahun 2009

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

Sumber:
Kementerian Perdagangan (diolah
oleh Bappenas), 2010.

*Anggota ASEAN.

Reformasi menyeluruh sektor perbankan Indonesia telah dilaksanakan berdasarkan pelajaran pahit dari krisis ekonomi 1997/1998, termasuk di dalamnya adalah dengan memperkuat neraca keuangan sektor korporasi dan perbankan serta menanggulangi kerentanan bank melalui kapitalisasi yang lebih besar dan pengawasan yang lebih baik. Reformasi dan peningkatan kapasitas instansi terkait telah memberikan dasar yang kuat bagi sektor perbankan yang kekuatan dan ketahanannya telah berkembang pascakrisis. Penguatan sektor perbankan pada gilirannya telah mendukung periode pertumbuhan ekonomi yang berkelanjutan. Bank Indonesia dan pemerintah terus memperbaiki kerangka peraturan dan pengawasan sektor perbankan sambil memberikan ruang gerak untuk intermediasi perbankan.



Gambar 8.2.
Loan to Deposit Ratio (LDR dalam persen) di Bank Umum dan BPR, 2000 - 2009

Sumber:
Laporan Perekonomian Bank Indonesia, 2009.

Indikator perbankan untuk MDG 8 adalah rasio antara kredit terhadap Dana Pihak Ketiga (LDR) untuk bank umum maupun bank perkreditan rakyat (BPR). Pada periode pascakrisis ekonomi indikator ini menunjukkan tren positif. Kredit dan tabungan di kedua lembaga ini meningkat tajam dalam beberapa tahun terakhir. Seperti ditunjukkan pada **Gambar 8.2** serta **Tabel 8.2** dan **8.3**, total Dana Pihak Ketiga (DPK) bank umum meningkat dari Rp699,1 triliun pada tahun 2000 menjadi Rp 1.973,0 triliun pada tahun 2009. Sementara itu, LDR bank umum terus meningkat dari 45,8 persen pada tahun 2000 menjadi sebesar 72,8 persen pada akhir tahun 2009. Jumlah DPK BPR juga meningkat dari Rp 8.868 miliar pada tahun 2003 menjadi Rp 28.001 miliar pada tahun 2009, sedangkan LDR di BPR juga meningkat dari 101,3 persen pada tahun 2003 menjadi 109,0 persen pada periode yang sama. Tingkat kredit bermasalah (*non-performing loan/NPL*) di bank umum relatif membaik pada periode pelaporan, sementara NPL pada BPR diharapkan dapat dijaga pada level yang aman.

Indikator	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total Aset (triliun Rp)	1.030,50	1.099,70	1.112,20	1.196,20	1.272,30	1.469,80	1.693,50	1.986,50	2.310,60	2.534,10
Dana Pihak Ketiga (triliun Rp)	699,10	797,40	835,80	888,60	963,10	1.127,90	1.287,00	1.510,70	1.753,30	1.973,00
Kredit (triliun Rp)	320,50	358,60	410,30	477,20	595,10	730,20	832,90	1.045,70	1.353,60	1.437,90
Loan to Deposit Ratio – LDR (%)	45,80	45,0	49,10	53,70	61,80	64,70	64,70	69,20	77,20	72,80
Return on Assets – ROA (%)	0,90	1,40	1,90	2,50	3,50	2,60	2,60	2,80	2,30	2,60
Non-Performing Loans – NPL (%)	18,80	12,10	8,10	8,20	5,80	80	6,10	4,10	3,20	3,30
Capital Adequacy Ratio – CAR (%)	12,70	20,50	22,50	19,40	19,40	19,50	20,50	19,20	16,80	17,40

Tabel 8.2.
Indikator Terpilih untuk Kondisi Bank Umum di Indonesia, 2000 – 2009

Sumber:
Statistik Perbankan Indonesia, Bank Indonesia (berbagai tahun).



Tujuan 8: Membangun Kemitraan Global untuk Pembangunan

Tabel 8.3.
Indikator Terpilih untuk
Kondisi BPR di Indonesia,
2003 – 2009

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
<i>Loan to Deposit Ratio – LDR (%)</i>	101,32	108,85	111,2	107,46	109,73	119,37	109,6
<i>Non-Performing Loans – NPL (%)</i>	7,96	7,59	7,97	9,73	9,98	9,88	6,9

Sumber:
Statistik Perbankan Indonesia, Bank
Indonesia (berbagai tahun).

Tantangan

Kontraksi perdagangan dunia pada tahun 2009 oleh *WTO* dilaporkan mencapai -12,2 persen. Diharapkan permintaan global akan meningkat pada tahun 2010 seiring dengan percepatan pemulihan ekonomi global. Pada umumnya, tekanan proteksionis telah dapat dihindari, namun kerapuhan pemulihan ekonomi global menegaskan pentingnya paket stimulus dan perlunya mempertahankan kepastian perdagangan terbuka dan sistem perdagangan multilateral yang didasari peraturan.

Delapan tahun setelah negosiasi Putaran Doha, tantangan yang dihadapi sekarang adalah menyepakati perjanjian yang akan memberikan landasan kuat bagi pemulihan ekonomi global dan pertumbuhan berkelanjutan. Ketika Putaran Doha diluncurkan pada tahun 2000, pembangunan ditempatkan sebagai bahan utama negosiasi, dan hal ini tetap menjadi prioritas. Saat itu, para menteri yang berpartisipasi menyatakan bahwa: “Kami berusaha menempatkan kebutuhan dan kepentingan negara berkembang di jantung Program Kerja yang tertuang dalam Deklarasi ini. Kita akan terus melakukan upaya-upaya positif yang dirancang untuk memastikan bahwa negara berkembang, khususnya yang paling tertinggal, memperoleh bagian dalam pertumbuhan perdagangan dunia sesuai dengan kebutuhan pembangunan ekonomi mereka. Sehubungan dengan itu, perbaikan akses pasar, peraturan yang seimbang dan tepat sasaran, dukungan teknis yang dibiayai secara berkesinambungan, dan program peningkatan kapasitas memiliki peranan penting.”

Ada berbagai faktor yang berkontribusi pada pengembangan sistem perdagangan yang terbuka, berbasis peraturan, dan dapat diprediksi, termasuk pendekatan untuk meningkatkan kinerja logistik suatu negara dalam mendukung perdagangan. Faktor-faktor yang menentukan kinerja logistik suatu negara dalam perdagangan adalah sebagai berikut:

- Efisiensi proses pengurusan bea cukai dan prosedur perbatasan;
- Kualitas infrastruktur yang terkait perdagangan dan transportasi;
- Kemudahan mengatur pengiriman dengan harga yang kompetitif;
- Kompetensi dan kualitas jasa logistik;

- Kemampuan untuk melacak dan menelusuri pengiriman; dan
- Frekuensi pengiriman yang sampai ke tangan penerima sesuai jadwal atau waktu yang diharapkan.

Berdasarkan *Logistics Performance Index* (Bank Dunia), Indonesia menduduki peringkat ke-75 secara global terkait indikator kinerja logistik untuk perdagangan internasional, (*International LPI*). Terbuka peluang untuk memperbaiki peringkat tersebut. Indonesia menempati peringkat yang lebih tinggi pada beberapa komponen *LPI* (termasuk kemudahan mengatur pengiriman, pelacakan dan penelusuran pengiriman, serta ketepatan waktu pengiriman). Akan tetapi, survei itu menyoroti perlunya Indonesia untuk mengambil tindakan lebih lanjut guna meningkatkan manajemen perbatasan, kinerja sektor pelayanan (transportasi, logistik, dan jasa pengiriman), dan seluruh infrastruktur logistik, terutama pelabuhan laut. Survei ini juga mengidentifikasi perlunya memberikan perhatian khusus untuk meningkatkan kapasitas bea cukai dan terutama mutu dan standar instansi pemeriksaan.⁶⁰

Terjaganya stabilitas ekonomi berdampak pada stabilnya kondisi sektor keuangan. Namun, meskipun ketahanan sektor keuangan relatif terjaga, masih terdapat beberapa permasalahan yaitu **pertama**, masih terkendalanya fungsi intermediasi perbankan. Meskipun *Loan to Deposit Ratio* (*LDR*) memiliki kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun, tetapi sebagian besar merupakan kredit modal kerja dan kredit konsumsi. Rendahnya komposisi kredit investasi tidak terlepas dari struktur simpanan pada perbankan yang 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 penyebab rendahnya penyaluran kredit investasi pada industri perbankan. Ke depan, diharapkan seiring dengan meningkatnya efisiensi di perbankan serta berkembangnya sumber-sumber pembiayaan lain yang bersumber dari lembaga keuangan bukan bank, selisih antara tingkat suku bunga kredit dan simpanan dapat ditekan.

Dari sisi 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 yang mengedepankan kedekatan dengan nasabah melalui pelayanan langsung (*door to door*), serta 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*.

⁶⁰ World Bank, *Connecting to Compete in Indonesia*, 2010.



Kebijakan dan Strategi

Untuk terus mengembangkan keterbukaan sistem perdagangan yang berbasis peraturan, dapat diprediksi, dan tidak diskriminatif, pemerintah terus berupaya meningkatkan rasio besarnya ekspor dan impor terhadap PDB sebagai indikator keterbukaan ekonomi melalui peningkatan daya saing produk ekspor nonmigas melalui diversifikasi pasar serta peningkatan keberagaman dan kualitas produk. Berbagai langkah akan dilakukan untuk mencapai tujuan kebijakan ini, termasuk melalui kebijakan berikut:

1. Meningkatkan ekspor nonmigas untuk produk-produk yang bernilai tambah lebih besar, berbasis pada sumber daya alam, serta permintaan pasarnya besar; oleh sebab itu, pengembangan produk ekspor ke depan akan dititikberatkan pada hasil perkebunan dan produk olahannya, hasil perikanan dan produk olahannya, produk olahan pertambangan, produk makanan/minuman olahan, tekstil dan produk tekstil, mesin dan peralatan listrik, kimia dan produk kimia, serta produk dari kulit dan alas kaki;
2. Mendorong ekspor produk kreatif dan jasa yang terutama dihasilkan oleh usaha kecil menengah (UKM);
3. Mendorong upaya diversifikasi pasar tujuan ekspor untuk mengurangi tingkat ketergantungan kepada pasar ekspor tertentu;
4. Menitikberatkan upaya untuk perluasan akses pasar, promosi, dan fasilitasi ekspor nonmigas di kawasan Afrika dan Asia;
5. Mendorong pemanfaatan berbagai skema perdagangan, dan kerjasama perdagangan internasional yang lebih menguntungkan kepentingan nasional;
6. Mendorong pengembangan aktivitas perdagangan di daerah perbatasan yang dapat dimanfaatkan sebagai pintu gerbang aktivitas ekonomi dan perdagangan dengan negara tetangga; serta
7. Memperkuat kelembagaan dan pembiayaan perdagangan luar negeri yang mendorong efektivitas pengembangan ekspor nonmigas.

Pemerintah Indonesia juga akan terus berusaha mempertahankan sistem perbankan yang sehat, stabil, dan efisien untuk lebih mendukung pencapaian tujuan pembangunan nasional. Prioritasnya adalah memperbaiki akses layanan keuangan dan membangun sektor keuangan yang lebih inklusif untuk mendukung pembangunan nasional dan menanggulangi kemiskinan. Strategi untuk memperkuat kinerja dan stabilitas sektor perbankan mencakup inisiatif berikut:

1. Memperkuat kerangka peraturan dan kemudian meningkatkan pengawasan bank umum dan BPR;
2. Memperkuat kualitas manajemen dan jasa operasional semua lembaga perbankan;
3. Meningkatkan upaya untuk melindungi konsumen dan investor;

4. Mempercepat intermediasi strategis dan penyaluran dana publik untuk meningkatkan akses ke lembaga jasa keuangan (LJK) bagi kelompok penghasilan rendah melalui inisiatif berikut:
 - a. mengembangkan produk perbankan yang tepat dan ketentuan kredit syariah;
 - b. diversifikasi sumber dana pembangunan melalui lembaga keuangan bukan bank (LKBB);
 - c. memperluas cakupan jasa keuangan, terutama jasa keuangan yang mendukung usaha mikro, kecil, dan menengah; dan
 - d. memperbaiki infrastruktur pendukung di lembaga jasa keuangan.

Target 8D:

Menangani utang negara berkembang melalui upaya nasional maupun internasional untuk dapat mengelola utang dalam jangka panjang

Indikator

8.12. Rasio pinjaman luar negeri terhadap PDB:

Acuan dasar (1996)	: 24,59 persen (Kementerian Keuangan)
Saat ini (2009)	: 10,89 persen (Kementerian Keuangan)
Target (2015)	: Penurunan rasio pinjaman luar negeri terhadap PDB

8.12a. Rasio pembayaran pokok utang dan bunga utang luar negeri terhadap penerimaan hasil ekspor (*Debt Service Ratio - DSR*):

Acuan dasar (1996)	: 51,00 persen (Bank Indonesia)
Saat ini (2009)	: 22,00 persen (Bank Indonesia)
Target (2015)	: Penurunan DSR

Status Saat Ini

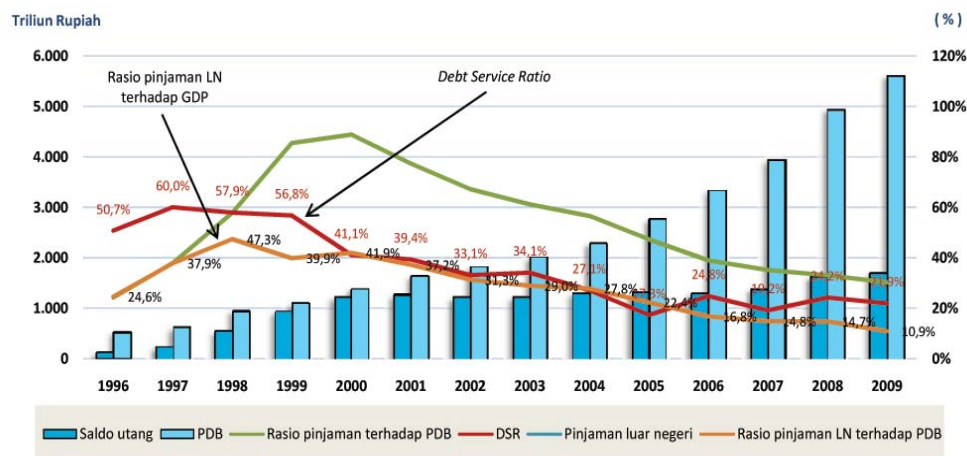
Pada dekade usai krisis ekonomi 1997/98, Pemerintah Indonesia telah menetapkan reformasi komprehensif untuk memperkuat landasan perekonomian nasional, termasuk pengurangan utang dan penguatan sektor perbankan. Upaya reformasi ini tidak hanya memberikan dasar yang kuat bagi Pemerintah untuk melaksanakan kebijakan pemulihan dari krisis, tetapi juga mewujudkan pertumbuhan yang adil. Kerjasama bilateral dan multilateral telah membantu Indonesia menuju pencapaian MDGs bersamaan dengan dicapainya pertumbuhan ekonomi



Tujuan 8: Membangun Kemitraan Global untuk Pembangunan

berkelanjutan yang memungkinkan Pemerintah mengurangi ketergantungan pada pinjaman luar negeri secara berkelanjutan.

Gambar 8.3.
Perkembangan Pinjaman
Luar Negeri Terhadap PDB
dan Debt Service Ratio
pada Periode 1996-2009



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

Keberhasilan reformasi perekonomian Indonesia dan perbaikan pengelolaan utang pemerintah tercermin dalam tren statistik indikator MDG yang terkait dengan utang. Rasio stok utang terhadap PDB turun dari titik puncak 89 persen pada tahun 2000 menjadi 30 persen pada tahun 2009 (RPJM Nasional 2010-2014). Sedangkan rasio stok pinjaman luar negeri terhadap PDB turun dari 24,59 persen pada tahun 1996 menjadi hanya 10,89 persen pada tahun 2009 (**Gambar 8.3**). Penurunan ini mengindikasikan peningkatan kemampuan pemerintah dalam pelunasan pinjaman, di mana dampak dari pembayaran pinjaman terhadap perekonomian menurun dan kemampuan fiskal meningkat. Data menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi meningkat lebih cepat dibandingkan utang pemerintah. Dengan demikian, peningkatan pengelolaan pada kedua sisi mendorong siklus fiskal, yang pada akhirnya mendorong pertumbuhan ekonomi. Pemerintah secara konsisten terus menekan tingkat utang pemerintah dengan menjaga tambahan utang pokok untuk kebutuhan anggaran dengan hati-hati, sambil terus melaksanakan pengelolaan utang dengan baik. Fokus pengelolaan utang pemerintah telah beralih dari masalah administratif menjadi pengelolaan utang melalui penyusunan portofolio dengan mempertimbangkan risikonya, sehingga tekanan dan beban utang akan berkurang.

Rasio pembayaran pokok utang dan bunga utang luar negeri terhadap penerimaan hasil ekspor atau *Debt Service Ratio (DSR)* Indonesia juga turun selama periode yang sama, setelah mencapai puncaknya sebesar 60 persen pada tahun-tahun krisis. Pada tahun 2007, DSR tercatat 19,4 persen dan 22 persen pada tahun 2009. Angka pencapaian tersebut sekitar 50 persen dari angka acuan dasar MDG sebesar 51,0 persen pada tahun 1996 dan

mencerminkan keberhasilan pemerintah dalam memperbaiki kebijakan pengelolaan utang serta menerapkan kebijakan fiskal yang hati-hati. Terlepas dari kondisi pasar modal dunia yang tidak menguntungkan dalam beberapa tahun terakhir, Indonesia masih mampu memenuhi kebutuhan pendanaan pembangunan melalui penerbitan surat obligasi pemerintah dan pinjaman luar negeri. Kepercayaan pasar meningkat, hal ini ditunjukkan dengan penerimaan pasar terhadap surat obligasi internasional pada tingkat suku bunga yang menguntungkan. Hal ini lebih jauh mengindikasikan daya tahan Indonesia terhadap dampak krisis keuangan global. Peningkatan pengelolaan utang juga tercermin pada peningkatan Indonesia dalam hal *sovereign credit ratings* dan klasifikasi risiko negara.

Pemerintah Indonesia sebagai penandatangan Konsensus Monterrey (2002) dan Deklarasi Paris tentang *Aid Effectiveness* (2005), berkomitmen penuh pada prinsip-prinsip peningkatan efektivitas pengelolaan bantuan (*Aid Effectiveness*). Selain itu, Indonesia turut berpartisipasi aktif dalam persiapan Forum Tingkat Tinggi Ketiga mengenai *Aid Effectiveness* (2008) tingkat regional. Pemerintah juga berkomitmen untuk menjalankan Agenda Aksi *Accra* serta Konsensus Monterrey (2002), dan Deklarasi Doha tentang Pembiayaan Pembangunan tahun 2008.

Pada tahun 2009, Pemerintah dan 26 mitra pembangunan utama⁶¹ 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”.

⁶¹ Mitra pembangunan yang menandatangani naskah Komitmen Jakarta, adalah: Asian Development Bank; Pemerintah Australia; Pemerintah Jepang; Pemerintah Belanda; Pemerintah Polandia; Bank Dunia; Kedutaan Besar Austria; *l'Agence Française de Développement*; *Canadian International Development Agency*; Departemen Pembangunan Internasional Inggris; Delegasi Komisi Eropa; Kedutaan Besar Finlandia; Kedutaan Besar Perancis; Kedutaan Besar Jerman; Kedutaan Besar Italia; *Japan International Cooperation Agency*; *Korea International Cooperation Agency*; Kedutaan Besar Norwegia; *New Zealand Agency for International Development*; Kedutaan Besar Swedia; *United States Agency for International Development/Indonesia*; *United Nations System in Indonesia*; *Islamic Development Bank*; *Danish International Development Agency*; dan *Swiss Agency for Development and Cooperation*.



Tantangan

Kendala utama yang dihadapi Indonesia dalam mengatasi tantangan dan mencapai hasil pembangunan sesuai yang direncanakan bukan hanya kurangnya sumber daya keuangan, tetapi juga kemampuan untuk memanfaatkan semua sumber daya itu secara efektif. Oleh karena itu, ada kebutuhan, sekaligus tantangan untuk mengubah sumber daya yang ada menjadi hasil-hasil pembangunan yang lebih baik. Hal terpenting yang harus diperhatikan Indonesia adalah memaksimalkan efektivitas semua sumber daya yang ditujukan untuk pembangunan, termasuk bantuan luar negeri. Sejak utang pemerintah menjadi sumber alternatif bagi pendanaan pembangunan, tujuan pengelolaan utang jangka panjang untuk menekan biaya pada tingkat yang lebih memadai akan menghadapi tantangan dengan tidak tersedianya utang yang lunak, meningkatnya kerentanan pasar, dan menurunnya ketersediaan utang multilateral.

Mempertahankan portofolio utang saat ini juga merupakan salah satu fokus dalam menghadapi tantangan keterbatasan sumber dana. Tantangan portofolio adalah untuk mengalokasikan sumber-sumber secara lebih efektif, melalui pencapaian efisiensi pembiayaan dan risiko yang lebih terkelola dalam dinamika pasar finansial.

Pemerintah telah berupaya meningkatkan efektivitas penggunaan hibah dan pinjaman luar negeri dalam memberikan dukungan terhadap pencapaian tujuan pembangunan nasional, namun masih ada ruang untuk meningkatkan efektivitas bantuan. Berbagai kajian terhadap program dan proyek yang didanai lembaga keuangan internasional serta komunitas donor menemukan adanya tantangan-tantangan umum dalam meningkatkan efektivitas bantuan di Indonesia, yang antara lain terdiri dari:

- a. rendahnya rasa kepemilikan terhadap program yang didanai pinjaman dan hibah dari pihak yang bertanggung jawab atas implementasinya;
- b. prosedur negara donor tidak selalu sesuai dengan prosedur pemerintah Indonesia;
- c. penyusunan program pinjaman dan hibah tidak selalu selaras dengan perencanaan dan prioritas pemerintah;
- d. program pembangunan tidak selalu berhasil mencapai hasil optimal dan rasa tanggung jawab bersama kadang-kadang tidak seperti yang diharapkan; dan
- e. adanya kelemahan dalam mendukung sistem informasi manajemen serta sumber daya manusia yang ditugaskan untuk mengelola informasi mengenai program-program pembangunan.

Kebijakan Strategi

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. Pinjaman luar negeri akan digunakan sebagai salah satu sumber pembiayaan yang terdiri dari pinjaman program (*program loan*) atau pinjaman proyek (*project loan*) berasal dari lembaga keuangan multilateral, mitra bilateral maupun lembaga kredit komersial. Prioritas Pemerintah dalam pengelolaan pinjaman dan hibah dari lembaga multilateral dan bilateral untuk tahun-tahun mendatang adalah sebagai berikut:

- Pinjaman dan hibah luar negeri digunakan untuk mendukung pencapaian prioritas, tujuan, dan sasaran nasional sesuai dengan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) dan komitmen Indonesia untuk mencapai *Millennium Development Goals (MDGs)*;
- Upaya kontinyu dilakukan untuk mengurangi rasio pinjaman luar negeri terhadap PDB dengan tetap menjaga kondisi *negative net transfers*;
- Perbaikan lebih lanjut dilakukan pada peraturan dan undang-undang yang mengatur pinjaman dan hibah luar negeri;
- Kepemilikan nasional terhadap program-program yang didanai pinjaman dan hibah luar negeri ditingkatkan, demikian juga penerapan prosedur nasional untuk mengelola dana internasional;
- Perbaikan mekanisme koordinasi kelembagaan, transparansi, dan akuntabilitas akan dilakukan di semua tahapan, dari perencanaan, pelaksanaan, sampai ke monitoring dan evaluasi;
- Memperkuat kapasitas pemerintah untuk mengelola penyusunan program dan pemanfaatan dana pembangunan secara efektif.

Komitmen Jakarta⁶² 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. Hal itu merupakan pengakuan bersama antara pemerintah dan mitra pembangunan untuk meningkatkan efektivitas pendanaan luar negeri di Indonesia. Komitmen ini mewajibkan pemerintah beserta mitra pembangunan untuk menyediakan sumberdaya, pengetahuan, dan kapasitas yang tepat untuk melaksanakan Komitmen Jakarta.⁶³ Tiga komponen utama Komitmen Jakarta adalah sebagai berikut:

⁶² Komitmen Jakarta: Efektivitas Bantuan Pembangunan – Peta Jalan Indonesia Menuju 2014 (Januari, 2009).

⁶³ Berikut ini adalah ringkasan yang diadaptasi dari naskah Komitmen Jakarta. Teks lengkap tersedia di *website Secretariat for Aid Effectiveness in Jakarta*: <http://www.a4des.org/>



Tujuan 8: Membangun Kemitraan Global untuk Pembangunan

1. Memperkuat Kepemilikan Negara atas Pembangunan

Pemerintah dan mitra pembangunan sepakat untuk lebih menyelaraskan diri secara lebih menyeluruh dengan program-program dan sistem-sistem pemerintah.

Untuk meningkatkan kapasitas, pemerintah akan merumuskan tujuan dan sasaran pengembangan kapasitas melalui rencana sektor dan strategi tematisnya dan para mitra pembangunan akan mendukung Indonesia untuk mencapai tujuan dan sasaran tersebut.

Pemerintah Indonesia bertekad untuk bekerja keras memperkuat kerangka bantuan internasional sedemikian rupa hingga dapat meningkatkan daya tanggap pemerintah atas kebutuhan Indonesia dan negara berkembang lainnya.

Pemerintah Indonesia dan para mitra pembangunannya bertekad terus memperkuat proses dan kelembagaan regional yang memfasilitasi kerjasama Selatan-Selatan.

2. Membangun Kemitraan Pembangunan yang Lebih Efektif dan Inklusif

Indonesia sangat menghargai sumber daya pembangunan yang disumbangkan mitranya dalam pembangunan di Indonesia.

Dalam konteks dana amanat multi donor (MDTF) seperti halnya yang sekarang ada, pemerintah dan para mitra pembangunan akan bekerjasama untuk melakukan penyelarasan dengan sistem-sistem pemerintah, termasuk melakukan langkah pertama yaitu penyelarasan sistem pelaporan.

Melihat besarnya tantangan pembangunan yang dihadapi Indonesia kebutuhan akan bantuan luar negeri, terutama dalam hal bantuan teknis, kemungkinan besar akan terus berlanjut selama kurun waktu jangka menengah ke depan. Pemerintah akan melakukan penganeekaragaman sumberdaya sumberdaya pembangunannya dengan memasukkan sumber-sumber pembiayaan alternatif bagi pembangunan – antara lain kemitraan pemerintah dan sektor swasta, program tanggung jawab sosial perusahaan, dana-dana yayasan-yayasan dalam dan luar negeri, serta investasi dan perdagangan luar negeri.

Seiring dengan upaya Indonesia untuk terus memajukan dan mengkonsolidasikan kedudukannya sebagai negara berpenghasilan menengah, kerjasama secara erat dengan para mitra pembangunan akan terus dilaksanakan, termasuk dengan sektor swasta dan masyarakat sipil untuk mendukung upaya-upaya pembangunan dan untuk menjamin keberlanjutan kedudukan Indonesia tersebut.

3. Melaksanakan Pembangunan dan Bertanggung Jawab atas Hasil-Hasilnya

Pemerintah dan mitra pembangunan akan secara bersama-sama melaksanakan tinjauan berkala atas kemajuan pelaksanaan komitmen-komitmen dan keefektifan bantuan pembangunan dan hasil pembangunan yang makin baik melalui mekanisme objektif di tingkat negara.

Pemerintah telah membentuk Sekretariat ***Aid for Development Effectiveness (A4DES)*** untuk mendukung pelaksanaan Komitmen Jakarta dan memastikan bahwa lembaga-lembaga pemerintah memiliki kapasitas memadai untuk memegang kepemilikan penuh dan memimpin proses koordinasi dan pengelolaan bantuan. Prinsip-prinsip kunci operasional A4DES adalah bahwa sekretariat ini dipimpin oleh pemerintah sekaligus juga terlibat penuh dengan mitra pembangunan dan para pemangku kepentingan dari pemerintah. Sekretariat merespons kebutuhan kebijakan yang diidentifikasi oleh organisasi kunci pengambil keputusan dan mendukung, memfasilitasi, mengkoordinasikan, serta memantau implementasi peta jalan Komitmen Jakarta.

Sekretariat *A4DES* telah membentuk enam Kelompok Kerja tematik yang beranggotakan wakil-wakil dari Kementerian Koordinator Bidang Perekonomian, Kementerian Keuangan, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, Kementerian Luar Negeri, Kementerian Dalam Negeri, Lembaga Kebijakan Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah, Kementerian Sekretariat Negara, dan perwakilan mitra pembangunan penandatanganan Komitmen Jakarta. 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; (vi) pembangunan kapasitas dan manajemen pengetahuan.



Tujuan 8: Membangun Kemitraan Global untuk Pembangunan

Kotak 8.1. *Multi Donor Trust Fund*

Multi Donor Trust Fund (MDTF) merupakan salah satu bentuk penyaluran hibah kepada pemerintah yang ditujukan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelaksanaan kegiatan pembangunan. *MDTF* dapat dijadikan wadah oleh para mitra pembangunan dalam memberikan kontribusi untuk membiayai kegiatan yang menjadi prioritas pembangunan nasional. Dengan menggunakan fasilitas *MDTF*, pembiayaan kegiatan yang telah menjadi prioritas tersebut dapat dilakukan dengan lebih terintegrasi dan sinergis.

Dalam pelaksanaan *Multi Donor Trust Fund (MDTF)*, pemerintah berupaya untuk membentuk kelembagaan yang dapat mempertanggungjawabkan kegiatan yang akan dibiayai. *MDTF* yang dibentuk pada umumnya mempunyai kelembagaan terdiri dari Komite Pengarah, Komite Teknis, dan sekretariat. Struktur kelembagaan tersebut disusun beserta mekanisme pengambilan keputusannya yang dituangkan ke dalam *Standard Operating Procedure (SOP)* yang ditetapkan di dalam surat keputusan komite pengarah. Untuk itu, semua kegiatan yang diputuskan dibiayai oleh *MDTF* dapat dipertanggungjawabkan (*accountable*) dan diputuskan secara transparan.

Sebagai pelaksana harian, sekretariat sebuah *MDTF* dibantu oleh *Trustee* yang diberikan kepercayaan oleh *governance MDTF* dalam mengelola *Trust Fund* tersebut. Sampai saat ini, peran trustee *MDTF* masih banyak dilakukan oleh lembaga internasional karena kemampuan mereka untuk mengelola dana hibah internasional. Untuk meningkatkan kemampuan lembaga nasional dan meningkatkan *ownerships* dari kegiatan yang didanai melalui *MDTF*, pemerintah Indonesia sedang berupaya untuk mempersiapkan lembaga nasional sebagai salah satu lembaga yang berpotensi sebagai trustee dalam mengelola *MDTF* nasional.

Beberapa *MDTF* yang telah berhasil dibentuk antara lain adalah *MDFAN* (pemulihan pascabencana di Aceh dan Nias), *JRF* (pemulihan pascabencana di Yogyakarta dan Jawa Tengah), *DSF* (desentralisasi), *ICCTF* (Perubahan iklim), *Election MDP*, dan *PSF-PNPM* (Penanggulangan Kemiskinan).

PSF atau *PNPM Support Facility Trust Fund* dibentuk untuk membantu meningkatkan manajemen pengelolaan *PNPM Mandiri* (lihat **Kotak 1.1**). Dalam rangka tersebut, pada tahun 2007 Pemerintah Indonesia telah menunjuk Bank Dunia sebagai trustee melalui MoU antara Pemerintah Indonesia dengan Bank Dunia pada tahun 2007. Dalam melaksanakan *PSF* tersebut telah dibentuk *JMC* sebagai forum pengambil keputusan dan beranggotakan negara-negara donor yang memberikan kontribusi lebih besar dari USD1 juta. Negara donor yang telah bergabung dalam *PSF* adalah Australia, Belanda, Inggris, dan Uni Eropa, serta Amerika Serikat yang baru saja akan bergabung. Untuk landasan pelaksanaan *PSF*, telah disusun operational manual, *PSF* portfolio yang menjelaskan tentang 4 (empat) kelompok (*windows*) kegiatan dalam *PSF* agar mempermudah donor dan calon donor untuk bergabung, serta manual proses administrasi, untuk menyesuaikan dengan proses dan mekanisme pengelolaan hibah sesuai dengan PP No. 2/2006.

Selain *PSF-PNPM* ini, sampai saat ini pemerintah Indonesia telah berhasil membentuk *Indonesia Climate Change Trust Fund (ICCTF)* untuk menampung dana hibah yang digunakan untuk membiayai penanggulangan kemiskinan (lihat **Kotak 7.2**). Melalui pembelajaran terhadap *MDTF* yang telah dibentuk tersebut, Pemerintah Indonesia berharap untuk menggunakan *MDTF* ini sebagai salah satu mekanisme pembiayaan pembangunan nasional.

Target 8F:

Bekerjasama dengan swasta dalam memanfaatkan teknologi baru, terutama teknologi informasi dan komunikasi

Indikator

Proporsi penduduk yang:

8.14. Memiliki jaringan PSTN (kepadatan fasilitas telepon tetap per jumlah penduduk)⁶⁴:

Acuan dasar (2004) : 4,02 persen (Kementerian Komunikasi dan Informatika)

Saat ini (2009) : 3,65 persen (Kementerian Komunikasi dan Informatika)

8.15. Memiliki Telepon Seluler⁶⁵:

Acuan dasar (2004) : 14,79 persen penduduk (Kementerian Komunikasi dan Informatika)

Saat ini (2009) : 82,41 persen (Kementerian Komunikasi dan Informatika)

Target (2015) : 100 persen orang Indonesia memiliki akses telepon

Proporsi rumah tangga dengan:

8.16. Akses Internet:

Saat ini (2009) : 11,51 persen (Badan Pusat Statistik)

Target (2015) : 50 persen penduduk dengan akses internet pada tahun 2015

8.17. Komputer Pribadi (PC):

Saat ini : 8,32 persen (Badan Pusat Statistik)

Status Saat Ini

Pemerintah berkomitmen untuk memperluas kerja sama dengan sektor swasta guna memastikan bahwa semua penduduk Indonesia dapat memanfaatkan kesempatan yang ditawarkan Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK) dalam membangun Masyarakat Informasi yang inklusif. Prakarsa yang tengah dijalankan mencakup upaya peningkatan infrastruktur TIK, pengembangan kapasitas bagi pengguna TIK, dan penetapan peraturan/kebijakan yang memungkinkan pencapaian tujuan yang disepakati dalam KTT Dunia tentang Masyarakat Informasi. Tujuan ini antara lain meliputi: (i) layanan komunikasi telepon suara dasar bagi masyarakat ("Layanan Universal"); dan (ii) lima puluh persen penduduk dengan akses internet pada tahun 2015.

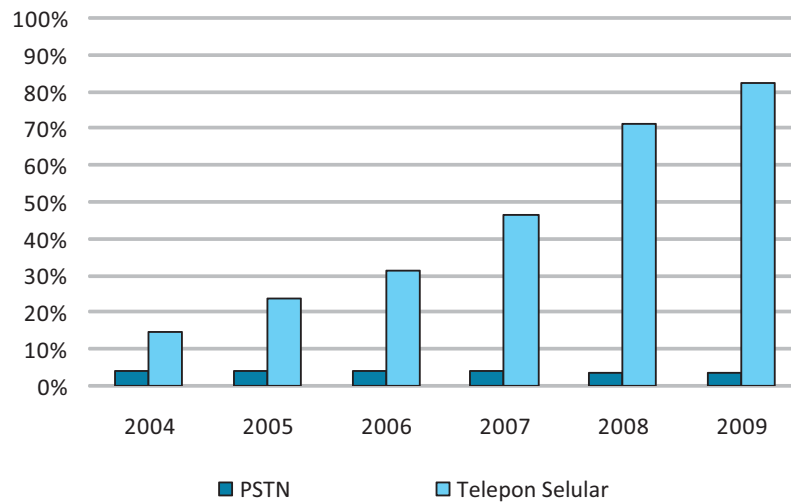
⁶⁴ Berdasarkan laporan dari Kementerian Komunikasi dan Informatika 2010.

⁶⁵ Termasuk layanan fixed wireless access (FWA)



Tujuan 8: Membangun Kemitraan Global untuk Pembangunan

Gambar 8.4.
Persentase Penduduk yang
Memiliki PSTN dan telepon
Seluler pada Periode
2004-2009



Sumber:
Kementerian Komunikasi dan
Informatika, 2010.

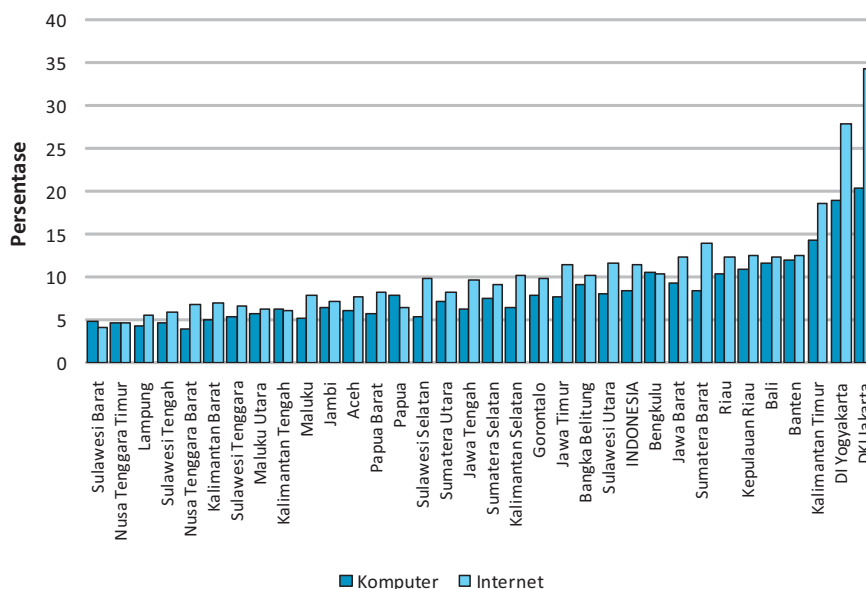
Telekomunikasi di Indonesia telah berkembang pesat selama masa pascakrisis. Meskipun persentase pelanggan PSTN turun pada periode 2004-2009 dari 4,02 persen pada tahun 2004 menjadi 3,65 persen pada tahun 2009, penggunaan telepon seluler juga tumbuh bahkan dengan tingkat yang jauh lebih cepat daripada PSTN. Penetrasi telepon seluler diestimasikan mencapai 82,41 persen penduduk Indonesia pada tahun 2009, meningkat lima kali lipat dari tingkat penetrasi 14,79 persen pada tahun 2004. **Gambar 8.4** menggambarkan pesatnya peningkatan persentase penduduk yang memiliki telepon seluler dalam beberapa tahun terakhir dibandingkan dengan lambatnya pertumbuhan penggunaan PSTN.

Perluasan penggunaan PC masih jauh lebih lambat dibanding telepon seluler karena relatif tingginya harga PC dan diperlukannya kompetensi minimum untuk menggunakannya. Hanya sekitar 8,32 persen keluarga yang memiliki PC pada tahun 2009, meskipun penggunaan komputer merupakan hal biasa di dunia bisnis, lembaga swadaya masyarakat, pemerintah, dan organisasi masyarakat. Akses internet telah berkembang pesat sejak tahun 1998 ketika diperkirakan hanya 512.000 orang Indonesia yang mampu memanfaatkan layanan ini. Pada tahun 2009 jumlah pengguna internet telah meningkat menjadi 11,51 persen dari total rumah tangga nasional.

Tantangan

Salah satu tantangan utama di masa depan adalah menjembatani kesenjangan dengan meningkatkan infrastruktur telekomunikasi untuk menyediakan akses pita lebar (*broadband*) di seluruh Indonesia. Bagi bangsa yang besar dan begitu majemuk seperti Indonesia, komunikasi TIK memainkan peran sangat strategis dalam perdagangan, pemerintahan, dan masyarakat

sipil. Sebagian besar daerah terpencil belum memiliki akses TIK modern dan kualitas akses di kebanyakan daerah masih rendah. Infrastruktur nasional pendukung telekomunikasi yang ada berbasis sistem satelit, akses nirkabel, dan jaringan kabel bawah tanah. Infrastruktur dan penggunaan internet berkembang pesat di kota-kota besar, tetapi infrastruktur pendukung jauh lebih terbatas di daerah pedesaan, terutama di kawasan timur Indonesia. Sebagai akibatnya, masih terdapat kesenjangan yang lebar dalam hal penggunaan telepon, komputer, dan internet antarwilayah, dengan tingkat penggunaan terendah dapat ditemukan di kawasan timur Indonesia (lihat **Gambar 8.5**).



Gambar 8.5.
Persentase Rumah Tangga yang Memiliki Komputer dan Akses Internet Menurut Provinsi (2009)

Sumber:
BPS, Susenas, 2009.

Perkembangan investasi dalam industri TIK telah melebihi dari yang diharapkan. Peningkatan nilai investasi dalam industri TIK tersebut menuntut penciptaan lingkungan penyelenggaraan yang lebih kompetitif serta lingkungan yang lebih kondusif bagi kerja sama industri TIK, termasuk penyedia layanan bagi pengguna, produsen peralatan dan solusi pengguna, perangkat lunak, dan perangkat aplikasi. Kesadaran dan kapasitas untuk menggunakan TIK secara efektif juga berkembang dengan pesat, khususnya di kalangan UKM, namun peningkatan kualitas sumber daya manusia tetap dilakukan secara luas untuk meningkatkan tingkat TIK literasi (e-literasi) nasional.

Kebijakan dan Strategi

Pemerintah berkomitmen untuk mempromosikan investasi sektor swasta untuk mencapai tujuan pembangunan nasional, termasuk MDG. Dalam rangka menciptakan lingkungan yang lebih kondusif bagi semua investor, pemerintah akan memperkuat kerangka peraturan bagi investor dan menyelaraskan peraturan pemerintah pusat dan daerah mengenai



Tujuan 8: Membangun Kemitraan Global untuk Pembangunan

investasi. Pemerintah juga akan memperluas kerja sama langsung dengan sektor swasta melalui kemitraan publik-swasta seraya mendukung pengembangan zona ekonomi khusus untuk produk-produk tertentu. Diharapkan agar sektor swasta dapat menjadi mesin untuk mempercepat pertumbuhan ekonomi sebesar 7 persen per tahun. Tanggung jawab sosial perusahaan (*corporate social responsibility*) juga akan didorong untuk memberikan kontribusi pada pencapaian tujuan masyarakat.

Pemerintah bertujuan mengubah masyarakat Indonesia menjadi masyarakat informasi yang digerakkan oleh arus informasi yang bebas. Saat ini penduduk di pusat kota besar di Indonesia memiliki akses TIK yang jauh lebih baik. Oleh karena itu, pemerintah memiliki kebijakan untuk mendorong penyediaan informasi bagi seluruh lapisan masyarakat, termasuk di daerah terpencil dan terisolasi. Dengan peningkatan akses informasi, masyarakat akan memiliki kesempatan untuk mengembangkan potensi ekonomi dan mengakses layanan publik. Pada akhir 2010, 32.948 desa di Indonesia akan terhubung dengan dunia melalui komunikasi telepon dan 5.748 kecamatan akan terhubung dengan internet. Walaupun kualitas akses yang disediakan bagi banyak desa pada awalnya masih terbatas, hal itu diharapkan dapat menjadi langkah yang signifikan dalam meningkatkan akses informasi bagi seluruh rakyat Indonesia.

Pada saat yang bersamaan, pemerintah akan terus bekerja sama dengan sektor swasta untuk mengimplementasikan empat komponen penting cetak biru TIK yang komprehensif di Indonesia:

1. Perbaikan Infrastruktur TIK:

- **Program Palapa Ring.** Pemerintah akan bekerja sama dengan konsorsium penyelenggara untuk memperkuat infrastruktur komunikasi di Indonesia. Perhatian khusus akan diberikan pada pembangunan jaringan serat optik pita lebar (*broadband*) guna memperlancar komunikasi ke semua provinsi di kawasan timur Indonesia. Konsorsium tersebut berkomitmen untuk menanam kabel bawah laut dan kabel bawah tanah sepanjang kurang lebih 4.450 kilometer selama lima tahun mendatang sebagai bagian dari program untuk menyediakan landasan bagi infrastruktur pita lebar berkualitas dalam rangka memperluas akses pengguna terhadap semua sarana komunikasi di seluruh Indonesia. Oleh karena dana pembangunan yang dimiliki konsorsium terbatas, Pemerintah sedang mengembangkan kerangka kebijakan pemanfaatan Dana TIK (*ICT Fund*) sebagai sumber daya untuk pembangunan Palapa Ring pada khususnya dan jaringan *broadband* pada umumnya. Pembangunan ini akan dilakukan pada bagian yang tidak dikembangkan oleh sektor swasta.
- **Penyediaan *Broadband Wireless Access (BWA)*.** Pada tahun 2009 pemerintah mengadakan tender bagi sektor swasta untuk lisensi pengadaan layanan BWA di seluruh Indonesia selama sepuluh tahun ke depan. Dua penyedia layanan dipilih untuk masing-masing area yang termasuk dalam 15 area layanan BWA yang ditentukan. Para pemenang tender kemudian membentuk konsorsium yang diberi nama Konsorsium *Worldwide Interoperability for Microwave Access (WiMAX)*. Mereka sepakat untuk memanfaatkan teknologi *WiMAX* untuk memastikan kompatibilitas semua layanan yang diberikan guna memaksimalkan layanan bagi semua pengguna.

- **Implementasi 3G.** Salah satu operator seluler meluncurkan layanan 3G di Indonesia pada tahun 2006. Sejak saat itu, 7 persen pelanggan seluler telah menggunakan layanan 3G, dan dua penyedia layanan lain juga menawarkan layanan 3G. Penyedia layanan akan meningkatkan upaya pemasaran layanan seluler mutakhir ini. Pengenalan layanan *WiMAX* di seluruh Indonesia diharapkan dapat memberikan landasan bagi pemanfaatan teknologi ini oleh semakin banyak pengguna.
- **Peralihan ke Televisi Digital.** Indonesia akan beralih ke televisi digital untuk meningkatkan kualitas transmisi dan efisiensi pemanfaatan spektrum frekuensi radio, serta mendukung berbagai aplikasi inovatif. Penggunaan televisi digital di Indonesia akan didukung dengan memperkuat infrastruktur pita lebar nasional. Pada akhir 2014 tingkat penetrasi TV digital diestimasi sudah mencapai 35 persen dan semua siaran televisi di Indonesia diharapkan akan beralih ke format digital pada tahun 2018.
- **Pembangunan *Community Access Point (CAP)*.** Dalam rangka pembelajaran TIK dan peningkatan kesejahteraan masyarakat, Pemerintah secara bertahap mengembangkan *CAP* yang merupakan fasilitas bagi masyarakat perdesaan untuk melakukan komunikasi dan mengakses informasi melalui sarana telekomunikasi dan internet. Layanan *CAP* meliputi (i) akses ke telepon dan faksimili; (ii) akses email; (iii) akses internet; (iv) layanan Informasi lainnya; (v) layanan yang dikembangkan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat setempat (transaksi bisnis, sosial dan budaya); dan (vi) pendidikan keahlian yang sejalan dengan perlengkapan yang tersedia di *CAP*. Dalam periode 2006-2009, pemerintah telah membangun *CAP* di 204 lokasi di seluruh Indonesia. Selanjutnya, pemerintah akan membangun 249 *CAP* dalam periode 2010-2014, termasuk 222 lokasi di 3 provinsi yaitu Lampung, Jawa Barat, dan Banten.
- **Merujuk kepada RPJMN 2010-2014, pada akhir tahun 2014 tingkat penetrasi internet diharapkan sudah mencapai 50 persen dan layanan *broadband* mencapai 30 persen.** Selain itu, 75 persen kabupaten/kota sudah dilewati jaringan *broadband*.

2. Pembangunan Industri TIK:

- **Undang-Undang Informasi dan Transaksi Elektronik.** Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 diharapkan dapat memberikan landasan hukum yang akan memperluas pemanfaatan informasi dan industri elektronik untuk mencerdaskan kehidupan bangsa, mengembangkan perekonomian, meningkatkan pelayanan publik, dan kesejahteraan rakyat sekaligus melindungi konsumen. Undang-undang ini antara lain mengatur: (i) penggunaan dokumen dan/atau informasi elektronik; (ii) tanda tangan elektronik; (iii) transaksi elektronik; dan (iv) nama domain serta perbuatan-perbuatan yang dilarang. Pemerintah memperkuat infrastruktur dan kelembagaan, antara lain *Indonesia Security Incident Response Team on Internet Infrastructure* dan Badan Pengawas Sertifikasi Elektronik, untuk mendorong implementasi e-bisnis.
- **Rancangan Peraturan Pemerintah tentang Penyelenggaraan Informasi dan Transaksi Elektronik (RPP PITE)** mendorong tumbuhnya industri TIK Dalam Negeri melalui persyaratan penempatan pusat data dan pusat pemulihan data elektronik (*disaster recovery data center*) di tanah air bagi penyelenggara sistem elektronik untuk layanan



publik. Selain itu RPP PITE juga mensyaratkan pemanfaatan Penyelenggara Sertifikasi Elektronik nasional untuk sektor pemerintah.

- **Undang-Undang Konvergensi TIK.** Pemerintah merevisi UU Telekomunikasi tahun 1999 untuk mencakup faktor konvergensi. Undang-undang Konvergensi TIK ini dimaksudkan untuk memberikan landasan hukum bagi perkembangan teknologi informasi dan komunikasi yang demikian cepat. Konvergensi TIK merupakan akibat dari perkembangan teknologi digital dan protokol internet, di mana beragam konten digital dapat dilewatkan dalam satu saluran/pipa dan ditampilkan dalam berbagai macam peralatan TIK (telpon genggam, *PC*, *Laptop*, dsb). Konvergensi TIK juga membuka peluang bagi tumbuhnya industri konten digital dalam negeri melihat saat ini pengguna telpon genggam di tanah air sudah mencapai 170 juta nomor.
- **Iklim Investasi.** Pemerintah terus berupaya menciptakan iklim investasi yang kondusif untuk mempromosikan investasi sektor swasta di bidang TIK. Pembuatan Taman Tekno akan menjadi salah satu instrumen untuk mempromosikan investasi di sektor penting ini secara langsung.

3. *E-Government*:

Berbagai keputusan dan peraturan pemerintah telah dikeluarkan untuk mendukung praktik-praktik inovatif *e-government* melalui kemitraan pemerintah-swasta dan kerja sama antara pemerintah pusat dan daerah serta penyedia layanan sektor swasta. TIK akan digunakan sebagai instrumen untuk menata kembali penyediaan layanan umum bagi seluruh masyarakat Indonesia. Pemerintah sedang mengembangkan RPP Penyelenggaraan Sistem Elektronik di Instansi Pemerintah Pusat dan Daerah sebagai landasan hukum pengembangan *e-government*. Telah direncanakan bahwa:

- ***E-services* dan *e-procurement* akan diterapkan oleh seluruh instansi pemerintah;**
- **Penerapan *e-budgeting* oleh instansi pemerintah akan meningkatkan transparansi dan efisiensi perencanaan dan penganggaran pemerintah;**
- **Melaksanakan strategi *e-government* yang berfokus pada aplikasi-aplikasi yang ditujukan untuk berinovasi dan meningkatkan transparansi dalam administrasi publik dan proses demokrasi, meningkatkan efisiensi, dan memperkuat hubungan antarwarga negara;**
- **Mengembangkan inisiatif dan layanan *e-government* secara nasional, di semua tingkatan, disesuaikan dengan kebutuhan warga negara dan dunia usaha, untuk mencapai alokasi sumber daya dan barang kebutuhan publik yang lebih efisien;**
- **Mendukung prakarsa kerja sama internasional di bidang *e-government*, dalam rangka meningkatkan transparansi, akuntabilitas, dan efisiensi di semua tingkatan pemerintahan; dan**
- **Pemerintah akan merumuskan *National e-Government Master Plan in 2010* dan setiap instansi pemerintah akan diminta menyiapkan *e-Government Master Plan* sendiri dengan merujuk kepada *master plan* nasional tersebut.**
- **Pada akhir periode RPJMN 2010-2014, indeks *e-government* nasional diharapkan sudah mencapai angka 3,4 (kategori baik).** Selain itu, layanan publik yang setidaknya

meliputi layanan kependudukan (*e-citizen*), pengadaan (*e-procurement*), dan perizinan (*e-licensing*) juga sudah dapat diakses secara *online*.

4. *E-Education* di bawah Kementerian Pendidikan Nasional:

Jaringan pendidikan nasional (www.Jardiknas.net) dibentuk untuk memadukan TIK dengan proses pembelajaran, meningkatkan manajemen pendidikan, dan memanfaatkan TIK dalam penelitian dan pengembangan pendidikan. Jardiknas adalah *Wide Area Network (WAN)* dengan empat zona hubungan: kantor administrasi (DiknasNet), lembaga pendidikan tinggi guna mendukung kegiatan penelitian dan pengembangan (INHERENT), sekolah untuk mengakses informasi dan *e-learning* (SchoolNet), dan guru serta siswa untuk meng-akses informasi dan mendukung interaksi (TeacherNet dan StudentNet).⁶⁶ Di masa depan jaringan ini akan diperluas dan inisiatif *e-education* akan diperkuat melalui: (i) legalisasi perangkat lunak pendidikan; (ii) perluasan aplikasi *e-education* dalam pendidikan formal dan nonformal; (iii) penggunaan internet untuk kampanye pendidikan; dan (iv) pemanfaatan sumber daya manusia TIK.

Pembangunan kapasitas TIK akan dilakukan melalui model kemitraan publik-swasta untuk dikembangkan sedemikian rupa sehingga semua pihak yang terlibat dapat merasakan manfaatnya. Pengembangan sumber daya manusia TIK akan difokuskan pada kelompok sasaran di dalam pemerintahan, lembaga pendidikan, dunia usaha, dan masyarakat seperti dijelaskan di bawah ini:

1. **Kapasitas *e-government* akan ditingkatkan bagi semua departemen di tingkat pusat maupun daerah** dengan membangun kesadaran dan kompetensi TIK di kalangan pejabat dan penyediaan pelatihan khusus bagi petugas TIK yang ditunjuk. Pelatihan ini akan difokuskan pada penerapan TIK untuk meningkatkan pelayanan publik dan akan dilaksanakan baik di pusat pelatihan milik pemerintah maupun di luar pemerintah.
2. **Tingkat kesiapan lembaga pendidikan dalam menerapkan *e-education* dan *e-learning* akan dikaji, dan cetak biru pembangunan TIK bidang pendidikan akan disiapkan.** Kapasitas *e-education* akan dikembangkan di semua lembaga pendidikan, baik di tingkat manajerial maupun di kalangan pendidik/guru.
3. **Untuk mendukung ekspansi bisnis TIK yang begitu pesat, sistem sertifikasi profesional TIK akan disiapkan dan sistem pengembangan karier bagi sumber daya manusia TIK akan dipromosikan.** Pusat pendidikan TIK akan dijalankan untuk mempromosikan penerapan TIK dalam rangka mendukung penguatan UKM dan peningkatan akses UKM ke berbagai pasar.

⁶⁶ Saat ini, Jardiknas menghubungkan 33 dinas pendidikan provinsi, 441 dinas pendidikan kabupaten dan kota, 30 Lembaga Penjamin Mutu Pendidikan, 12 Pusdiklat Guru, 32 Universitas, 17 Pusat Studi Bahasa, 17 Pusat Teknologi Komunikasi, 13 Pusat TIK, 21 unit kerja Kemdiknas, dan 6.500 sekolah di seluruh Indonesia.



Tujuan 8: Membangun Kemitraan Global untuk Pembangunan

4. **Dukungan perbaikan infrastruktur untuk mendukung kegiatan *e-community*, termasuk menghubungkan berbagai pusat informasi dengan jaringan nasional, akan diberikan.** Proyek percontohan penerapan TIK akan dijalankan di masyarakat, dan model-model yang sukses akan dicontoh. Bantuan khusus akan diberikan untuk membangun kemitraan strategis dalam penerapan TIK di tingkat masyarakat. Dalam Peraturan Presiden RI Nomor 13 Tahun 2010 tentang Kemitraan Pemerintah dan Swasta, infrastruktur *e-Government* termasuk sebagai salah satu infrastruktur yang memenuhi syarat untuk kemitraan pemerintah-swasta.

Lampiran

Lampiran 1 : Ringkasan Status Indikator MDGs Menurut Provinsi

Indikator MDGs	Penduduk di bawah garis kemiskinan nasional (%)	Indeks Kedalaman Kemiskinan / P1 (%)	Konsumsi penduduk termiskin (%)	Rasio pekerja terhadap penduduk > 15 tahun (%)	Tingkat pengangguran usia muda (15-24 tahun) (%)	Pekerja bebas & keluarga / total penduduk yang bekerja	Persentase balita kekurangan gizi	Persentase balita gizi kurang	Persentase balita gizi buruk	Kecukupan konsumsi kalori (Kkal) < 1400	Kecukupan konsumsi kalori (Kkal) < 2000
Provinsi	Susenas 2010	Susenas 2009	Susenas 2009	Sakernas 2009	Sakernas 2009	Sakernas 2009	Riskesdas 2007	Riskesdas 2007	Riskesdas 2007	Susenas 2009	Susenas 2009
Aceh	20,98	4,46	9,66	57,05	26,10	24,75	26,5	15,8	10,7	12,44	52,43
Sumatera Utara	11,31	1,92	9,17	63,30	20,34	29,40	22,7	14,3	8,4	14,48	63,03
Sumatera Barat	9,50	1,41	9,70	59,08	21,84	30,43	20,2	14,3	5,9	9,91	49,36
Riau	8,65	1,25	8,77	56,77	22,00	21,91	21,4	13,9	7,5	14,15	63,13
Jambi	8,34	1,38	10,10	62,96	18,02	26,24	18,9	12,6	6,3	15,34	62,79
Sumatera Selatan	15,47	3,06	9,26	63,11	19,91	31,53	18,2	11,7	6,5	14,75	56,77
Bengkulu	18,30	2,98	9,57	66,61	15,96	35,02	16,7	11,9	4,8	9,74	58,03
Lampung	18,94	3,94	8,72	63,29	17,48	36,43	17,5	11,8	5,7	14,86	59,56
Bangka Belitung	6,51	1,20	9,89	61,06	15,86	20,22	18,3	13,7	4,6	16,50	71,49
Kepulauan Riau	8,05	2,02	9,40	59,34	14,75	9,14	12,4	9,4	3,0	9,75	50,75
DKI Jakarta	3,48	0,57	8,08	58,51	24,97	6,80	12,9	10,0	2,9	14,63	64,44
Jawa Barat	11,27	1,95	8,19	56,00	32,21	24,94	15,0	11,3	3,7	12,68	59,54
Jawa Tengah	16,56	2,96	9,29	64,19	23,49	32,16	16,0	12,0	4,0	15,22	66,89
DI Yogyakarta	16,83	3,52	7,69	66,01	25,07	26,46	10,9	8,5	2,4	20,68	71,73
Jawa Timur	15,26	2,88	8,93	65,73	17,95	32,31	17,4	12,6	4,8	15,35	67,77
Banten	7,16	1,32	8,26	54,19	34,14	16,65	16,6	12,2	4,4	9,71	57,31
Bali	4,88	0,74	9,27	75,39	9,96	27,98	11,4	8,2	3,2	3,88	40,46
Nusa Tenggara Barat	21,55	5,15	8,27	64,36	13,21	38,02	24,8	16,7	8,1	13,29	58,95
Nusa Tenggara Timur	23,03	4,14	9,13	69,22	9,13	37,49	33,6	24,2	9,4	21,35	58,61
Kalimantan Barat	9,02	1,55	8,74	69,45	15,49	31,84	22,5	14,0	8,5	16,69	61,09
Kalimantan Tengah	6,77	1,03	9,71	67,92	13,34	28,21	24,2	16,1	8,1	11,10	50,76
Kalimantan Selatan	5,21	0,73	8,68	67,06	20,23	27,54	26,6	18,2	8,4	11,28	53,66
Kalimantan Timur	7,66	1,51	8,37	57,44	26,33	17,17	19,3	13,1	6,2	30,09	74,62
Sulawesi Utara	9,10	1,55	9,51	55,50	32,82	20,89	15,8	11,5	4,3	14,57	63,61
Sulawesi Tengah	18,07	4,09	8,42	65,51	13,53	31,19	27,6	18,7	8,9	18,05	60,30
Sulawesi Selatan	11,60	2,08	8,31	56,92	17,14	29,23	17,6	12,5	5,1	12,71	55,28
Sulawesi Tenggara	17,05	3,44	8,97	67,05	10,80	32,56	22,7	15,9	6,8	16,55	60,34
Gorontalo	23,19	4,59	9,07	60,01	16,66	27,96	25,4	17,2	8,2	18,75	71,02
Sulawesi Barat	13,58	2,47	9,58	65,00	12,11	29,30	25,4	15,4	10,0	11,90	69,21
Maluku	27,74	5,59	9,84	58,52	20,73	30,94	27,8	18,5	9,3	18,22	60,04
Maluku Utara	9,42	1,44	9,66	59,85	18,74	27,63	22,8	16,1	6,7	32,01	72,04
Papua Barat	34,88	9,75	9,47	63,34	19,36	26,20	23,2	16,4	6,8	37,16	68,99
Papua	36,80	9,07	8,63	74,58	10,02	37,75	21,2	14,6	6,6	22,64	60,87
INDONESIA	13,33	2,50	8,75	61,93	22,20	28,36	18,4	13,0	5,4	14,47	61,86

Indikator MDGs	Angka melek huruf usia 15-24 tahun	Angka melek huruf penduduk laki-laki usia 15-24 tahun	Angka melek huruf penduduk perempuan usia 15-24 tahun	Rasio APM perempuan / laki-laki di SD, MI & Paket A	Rasio APM perempuan / laki-laki di SMP, MTs & Paket B	Rasio APM perempuan / laki-laki di SMA	Rasio APM perempuan / laki-laki di perguruan tinggi	Rasio melek huruf perempuan / laki-laki usia 15-24 tahun	Kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan non pertanian (%)	Angka kematian balita / AKBA (5q0)	Angka kematian bayi / AKB (1q0)	Angka kematian neonatal (NN)	Anak usia 1 tahun yang dimunisasi campak
Provinsi	Susenas 2009	Susenas 2009	Susenas 2009	Susenas 2009	Susenas 2009	Susenas 2009	Susenas 2009	Susenas 2009	Sakernas 2009	SDKI 2007	SDKI 2007	SDKI 2007	SDKI 2007
Aceh	99,90	99,89	99,92	100,01	99,63	103,19	138,95	100,03	34,20	45	25	14	40,9
Sumatera Utara	99,86	99,93	99,79	100,23	101,90	100,82	106,78	99,86	33,30	67	46	24	36,6
Sumatera Barat	99,81	99,81	99,81	100,38	107,03	116,92	134,68	100,00	36,73	62	47	34	67,4
Riau	99,95	99,94	99,95	101,01	96,41	111,02	117,16	100,02	27,86	47	37	28	61,9
Jambi	99,98	99,96	100,00	100,64	105,58	109,99	97,21	100,04	33,68	47	39	23	58,0
Sumatera Selatan	99,92	99,91	99,94	99,77	108,84	111,64	118,86	100,03	37,89	52	42	25	58,8
Bengkulu	99,87	99,92	99,82	100,43	105,92	104,86	125,76	99,90	30,26	65	46	17	79,2
Lampung	99,93	99,93	99,93	98,45	96,82	94,49	162,80	100,00	27,20	55	43	27	59,2
Bangka Belitung	99,68	99,73	99,64	100,54	108,81	112,19	106,07	99,91	24,84	46	39	20	64,6
Kepulauan Riau	99,91	99,93	99,89	102,50	99,00	143,22	88,70	99,96	38,50	58	43	18	76,8
DKI Jakarta	99,99	99,98	100,00	99,49	95,67	78,85	81,09	100,02	40,23	36	28	15	69,8
Jawa Barat	99,90	99,92	99,87	99,64	101,99	86,72	84,33	99,95	30,64	49	39	19	74,2
Jawa Tengah	99,82	99,85	99,79	99,32	105,54	98,07	124,88	99,94	35,73	32	26	14	72,3
DI Yogyakarta	100,00	100,00	100,00	102,19	114,32	94,69	76,35	100,00	34,62	22	19	15	94,8
Jawa Timur	99,44	99,51	99,36	99,61	99,83	97,98	93,29	99,86	33,75	45	35	21	74,0
Banten	99,94	99,96	99,92	100,07	98,67	92,00	95,17	99,96	32,40	58	46	25	74,6
Bali	99,14	99,09	99,19	97,79	94,58	91,86	88,94	100,10	36,08	38	34	14	85,5
Nusa Tenggara Barat	99,01	99,57	98,54	99,63	102,96	83,64	113,44	98,96	33,21	92	72	34	77,1
Nusa Tenggara Timur	97,79	97,95	97,64	100,71	111,78	118,21	101,29	99,68	29,05	80	57	31	60,5
Kalimantan Barat	99,15	99,10	99,19	99,36	101,44	101,05	90,79	100,09	30,37	59	46	23	64,9
Kalimantan Tengah	99,86	99,91	99,82	98,72	104,84	98,72	105,91	99,92	28,11	34	30	13	77,6
Kalimantan Selatan	99,85	99,91	99,79	99,39	103,99	100,98	157,79	99,88	31,18	75	58	39	57,8
Kalimantan Timur	99,86	99,92	99,80	99,84	104,23	109,41	118,32	99,88	28,74	38	26	16	78,3
Sulawesi Utara	99,86	99,74	99,99	100,01	104,75	109,80	126,15	100,25	30,47	43	35	24	80,9
Sulawesi Tengah	99,90	99,80	100,00	99,36	108,29	104,64	109,53	100,20	35,55	69	60	28	51,5
Sulawesi Selatan	98,31	98,20	98,41	99,76	99,10	97,45	142,62	100,21	34,03	53	41	22	66,6
Sulawesi Tenggara	99,39	99,33	99,46	99,39	103,79	101,44	125,20	100,13	33,07	62	41	16	71,8
Gorontalo	99,03	98,71	99,34	100,18	116,17	108,45	107,85	100,64	37,27	69	52	22	65,9
Sulawesi Barat	97,65	97,24	98,05	100,35	105,18	124,06	136,41	100,84	33,74	96	74	46	58,0
Maluku	99,85	99,85	99,85	101,81	104,17	107,34	109,40	100,00	33,20	93	59	25	50,2
Maluku Utara	99,78	99,76	99,81	98,65	93,60	94,65	117,90	100,05	32,33	74	51	32	50,8
Papua Barat	97,01	97,95	96,06	96,39	97,69	68,60	103,34	98,07	27,05	62	36	21	51,0
Papua	79,69	84,28	74,93	98,33	89,54	88,83	87,68	88,90	26,81	64	41	24	49,0
INDONESIA	99,47	99,55	99,40	99,73	101,99	96,16	102,95	99,85	33,45	44	34	19	67,0

Indikator MDGs	Proporsi kelahiran yang ditolong oleh nakes	Angka kesuburan	Angka Kesuburan Menurut Kelompok Umur 15-19 (ASFR)	Penggunaan kontrasepsi perempuan menikah (15-49 tahun) semua cara	Penggunaan kontrasepsi perempuan menikah (15-49 tahun) cara modern	Penggunaan kontrasepsi perempuan menikah (15-49 tahun) cara tradisional	Cakupan antenatal care (K1)	Cakupan antenatal care (K4)	Unmet need KB	Unmet need KB penjarangan	Unmet need KB pembatasan
Provinsi	Susenas 2009	SDKI 2007	SDKI 2007	SDKI 2007	SDKI 2007	SDKI 2007	SDKI 2007	SDKI 2007	SDKI 2007	SDKI 2007	SDKI 2007
Aceh	85,86	3,1	33,0	47,4	45,4	89,2	89,2	70,0	12,0	8,9	3,0
Sumatera Utara	88,68	3,8	19,0	54,2	42,6	89,3	89,3	66,3	12,3	5,1	7,2
Sumatera Barat	88,86	3,4	14,0	59,9	52,8	96,0	96,0	86,1	11,2	6,3	5,0
Riau	82,71	2,7	25,0	56,7	52,8	93,2	93,2	77,9	9,1	5,5	3,6
Jambi	70,51	2,8	30,0	65,2	62,5	84,6	84,6	75,7	7,0	3,5	3,6
Sumatera Selatan	78,72	2,7	25,0	64,8	62,6	91,3	91,3	74,0	7,4	3,4	4,0
Bengkulu	85,20	2,4	44,0	74,0	70,4	93,7	93,7	79,4	6,1	2,7	3,4
Lampung	76,37	2,5	39,0	71,1	66,0	95,4	95,4	86,2	5,5	2,4	3,1
Bangka Belitung	85,37	2,5	57,0	67,8	64,7	94,0	94,0	86,2	3,2	1,9	1,3
Kepulauan Riau	87,45	3,1	25,0	57,6	54,0	93,8	93,8	85,1	12,3	5,3	7,1
DKI Jakarta	98,14	2,1	11,0	60,1	56,4	99,5	99,5	97,7	6,9	3,2	3,7
Jawa Barat	70,17	2,6	36,0	61,1	60,3	95,3	95,3	84,4	10,0	4,6	5,4
Jawa Tengah	84,30	2,3	27,0	63,7	60,0	97,3	97,3	90,4	7,4	2,7	4,7
DI Yogyakarta	96,94	1,8	7,0	66,9	54,8	99,3	99,3	97,0	6,8	2,9	3,9
Jawa Timur	86,33	2,1	54,0	66,1	62,3	93,2	93,2	86,4	8,2	3,2	5,1
Banten	68,86	2,6	23,0	57,4	55,4	86,3	86,3	72,6	9,0	5,6	3,4
Bali	96,22	2,1	43,0	69,4	65,4	98,8	98,8	94,4	5,8	2,2	3,6
Nusa Tenggara Barat	71,32	2,8	60,0	54,8	52,2	95,3	95,3	86,0	12,9	8,6	4,3
Nusa Tenggara Timur	49,85	4,2	31,0	42,1	30,1	87,1	87,1	74,4	17,4	9,8	7,7
Kalimantan Barat	59,06	2,8	41,0	62,7	61,2	90,6	90,6	72,9	7,7	4,7	3,0
Kalimantan Tengah	63,55	3,0	34,0	66,5	65,2	91,0	91,0	82,9	5,7	3,7	2,1
Kalimantan Selatan	76,01	2,6	54,0	64,4	63,2	93,0	93,0	76,1	6,2	3,3	2,9
Kalimantan Timur	85,24	2,7	34,0	59,2	55,4	93,9	93,9	81,6	7,7	3,4	4,3
Sulawesi Utara	82,81	2,8	34,0	69,3	66,7	95,9	95,9	79,1	6,1	2,2	3,9
Sulawesi Tengah	62,47	3,3	92,0	63,6	59,8	90,7	90,7	75,0	8,3	4,0	4,3
Sulawesi Selatan	69,48	2,8	34,0	53,4	42,9	92,2	92,2	64,4	13,9	9,2	4,6
Sulawesi Tenggara	48,72	3,3	48,0	50,7	44,4	91,3	91,3	71,3	12,9	8,5	4,4
Gorontalo	63,17	2,6	61,0	60,1	58,8	88,5	88,5	66,3	6,6	4,9	1,8
Sulawesi Barat	47,45	3,5	47,0	45,4	44,5	86,6	86,6	61,3	17,4	12,3	5,0
Maluku	42,48	3,9	31,0	34,1	29,4	70,3	70,3	50,7	22,4	8,9	13,5
Maluku Utara	47,21	3,2	82,0	48,8	46,2	88,0	88,0	80,0	13,0	6,7	6,3
Papua Barat	60,43	2,9	51,0	39,6	37,5	80,4	80,4	50,0	16,6	12,2	4,3
Papua	49,08	3,4	40,0	38,3	24,5	69,0	69,0	52,7	15,8	7,7	8,1
INDONESIA	77,34	2,6	35,0	61,4	57,4	93,3	93,3	81,5	9,1	4,3	4,7

Indikator MDGs	Angka kumulatif kasus HIV/AIDS per 100,000 penduduk	Angka kumulatif kasus HIV/AIDS	Prevalensi kasus AIDS per 100,000 penduduk	Angka kejadian malaria menurut diagnosis klinis	Angka kejadian malaria menurut konfirmasi laboratorium	Angka Penemuan Kasus Baru TB Paru BTA positif (CDR)	Angka kesembuhan - Cured Rate	Angka keberhasilan pengobatan - Success Rate	Angka kasus DBD	Tingkat kejadian DBD
Provinsi	Kemkes 2010	Kemkes 2010	Kemkes 2010	Kemkes 2008	Kemkes 2008	Kemkes 2009	Kemkes 2009	Kemkes 2009	Kemkes 2008	Kemkes 2008
Aceh	0,11	44	1,07	8.637	1.053	43,9	84,7	93,1	2.436	54,76
Sumatera Utara	0,37	485	3,71	73.275	2.274	65,6	93,5	96,1	4.454	34,49
Sumatera Barat	0,73	382	8,50	6.325	1.015	48,3	77,9	88,1	1.907	42,67
Riau	0,84	476	8,51	12.644	957	33,9	72,6	83,9	828	15,96
Jambi	0,58	165	5,77	51.401	6.028	60,5	83,5	92,3	245	8,64
Sumatera Selatan	0,30	219	3,04	29.212	2.389	44,8	87,1	94,0	2.360	34,75
Bengkulu	0,52	91	5,20	31.064	6.355	59,5	92,6	97,4	339	19,39
Lampung	0,19	144	1,86	17.566	2.108	41,2	85,9	92,8	4.807	68,83
Bangka Belitung	1,14	117	11,36	42.288	8.426	52,2	84,9	87,2	34	3,07
Kepulauan Riau	2,22	334	22,29	16.572	1.666	32,3	67,4	88,5	1.724	133,07
DKI Jakarta	3,17	2.828	31,67	-	-	81,0	69,5	85,6	28.361	317,09
Jawa Barat	0,86	3.599	8,60	42.924	636	70,8	85,1	92,0	23.248	54,23
Jawa Tengah	0,22	752	2,33	120.042	947	48,1	83,8	90,1	19.235	58,45
DI Yogyakarta	0,85	290	8,51	3.040	67	51,5	78,4	82,5	2.119	61,72
Jawa Timur	0,89	3.540	9,80	38.920	2.651	56,6	82,8	89,2	16.589	44,68
Banten	0,31	318	3,06	2.692	103	77,7	85,5	92,2	3.954	46,16
Bali	4,55	1.725	48,55	18.522	242	66,7	66,9	85,4	6.254	181,31
Nusa Tenggara Barat	0,26	133	2,87	96.621	21.564	33,2	78,7	91,8	777	18,10
Nusa Tenggara Timur	0,32	139	3,19	425.134	83.110	34,7	80,6	90,7	279	7,07
Kalimantan Barat	1,69	794	16,91	10.859	2.168	45,8	88,8	93,0	947	22,29
Kalimantan Tengah	0,09	30	1,26	19.784	4.470	30,6	80,1	92,8	531	27,11
Kalimantan Selatan	0,08	27	0,78	10.581	2.630	39,4	89,8	93,9	576	15,69
Kalimantan Timur	0,04	11	0,35	14.654	3.487	31,1	67,7	85,6	5.762	220,03
Sulawesi Utara	0,77	173	7,69	27.063	5.530	85,2	87,1	96,8	1.430	63,58
Sulawesi Tengah	0,05	12	0,46	45.164	6.486	36,8	80,7	94,3	1.389	55,25
Sulawesi Selatan	0,67	591	6,65	9.386	1.933	38,7	86,4	89,9	3.545	46,46
Sulawesi Tenggara	0,09	21	0,91	22.612	609	51,6	80,6	95,5	1.006	46,21
Gorontalo	0,03	3	0,33	10.674	3.160	66,3	80,4	97,1	172	18,74
Sulawesi Barat	-	-	-	8.213	391	42,8	74,5	86,9	37	3,65
Maluku	1,42	192	14,21	54.907	12.376	71,6	89,2	97,3	-	-
Maluku Utara	0,10	13	1,36	49.683	8.606	34,6	52,2	83,3	250	25,25
Papua Barat	0,89	58	8,93	117.466	32.337	40,8	38,5	70,5	510	13,47
Papua	13,31	2.858	135,44	187.005	40.503	56,8	49,5	77,0	228	90,41
INDONESIA	0,87	20.564	8,92	1.624.930	266.277	73,1	82,9	91,0	136.333	60,06

Indikator MDGs	Akses terhadap sumber air minum layak (total)	Akses terhadap sumber air minum layak (perkotaan)	Akses terhadap sumber air minum layak (perdesaan)	Akses terhadap air minum perpipaan (perkotaan)	Akses terhadap air minum perpipaan (perdesaan)	Akses terhadap sumber air minum nonperpipaan terlindung (perkotaan)	Akses terhadap sumber air minum nonperpipaan terlindung (perdesaan)
Provinsi	Susenas 2009	Susenas 2009	Susenas 2009	Susenas 2009	Susenas 2009	Susenas 2009	Susenas 2009
Aceh	30,60	34,19	29,20	21,52	5,41	12,41	23,83
Sumatera Utara	51,04	62,45	41,33	42,00	5,76	20,77	35,63
Sumatera Barat	46,62	58,14	40,53	36,07	12,17	22,19	28,25
Riau	40,96	35,83	46,08	3,43	0,89	31,98	45,48
Jambi	51,19	63,59	45,44	27,57	10,15	35,67	35,68
Sumatera Selatan	48,53	59,66	41,91	44,52	4,33	15,73	37,94
Bengkulu	33,02	43,15	27,60	22,66	8,05	20,30	19,46
Lampung	40,29	37,71	41,20	9,55	2,11	27,96	39,16
Bangka Belitung	36,84	34,31	39,18	3,54	0,15	31,01	38,95
Kepulauan Riau	37,74	36,22	39,46	21,34	1,81	15,44	36,80
DKI Jakarta	34,81	34,81	-	22,74	-	11,96	-
Jawa Barat	40,51	41,04	39,77	15,88	6,42	25,08	33,32
Jawa Tengah	58,30	61,54	55,28	26,22	6,74	35,11	48,37
DI Yogyakarta	60,38	57,61	65,85	6,69	15,31	50,97	50,55
Jawa Timur	55,70	54,06	57,25	21,45	8,24	32,42	48,90
Banten	27,47	27,54	27,35	8,74	4,33	18,64	22,70
Bali	59,99	51,63	71,42	29,21	32,61	22,32	38,92
Nusa Tenggara Barat	44,96	49,76	41,51	21,47	8,62	28,30	32,93
Nusa Tenggara Timur	45,45	76,97	39,00	60,14	8,92	16,78	29,98
Kalimantan Barat	54,02	76,28	45,71	10,40	4,51	65,97	40,99
Kalimantan Tengah	36,89	53,03	28,56	34,98	6,55	18,25	21,81
Kalimantan Selatan	51,97	76,64	34,79	65,85	14,55	10,74	20,30
Kalimantan Timur	55,71	65,10	40,54	56,27	13,44	8,58	26,82
Sulawesi Utara	44,49	43,79	45,03	24,31	13,45	19,27	31,61
Sulawesi Tengah	44,36	49,01	43,13	33,15	10,65	15,36	32,45
Sulawesi Selatan	50,13	63,38	43,74	51,01	7,76	12,38	35,97
Sulawesi Tenggara	59,12	71,13	55,50	47,16	13,81	24,14	41,92
Gorontalo	44,85	61,47	37,18	36,46	10,20	25,16	26,83
Sulawesi Barat	42,92	65,01	32,28	40,96	4,54	23,66	27,44
Maluku	55,50	74,72	48,59	48,56	8,00	26,35	40,46
Maluku Utara	43,75	66,56	34,16	51,72	8,56	15,11	25,77
Papua Barat	48,08	55,20	45,12	33,06	3,24	21,84	41,76
Papua	35,44	53,56	30,29	41,36	3,70	11,78	25,89
INDONESIA	47,71	49,82	45,72	23,70	7,38	26,09	38,27

Indikator MDGs	Akses terhadap sanitasi layak total	Akses terhadap sanitasi layak (perkotaan)	Akses terhadap sanitasi layak (perdesaan)	Rumah tangga yang memiliki komputer	Persentase rumah tangga yang memiliki akses internet
Provinsi	Susenas 2009	Susenas 2009	Susenas 2009	Susenas 2009	Susenas 2009
Aceh	42,03	73,03	29,96	6,13	7,68
Sumatera Utara	51,92	72,88	34,09	7,16	8,28
Sumatera Barat	39,21	65,73	25,19	8,43	13,87
Riau	52,75	75,60	29,96	10,44	12,31
Jambi	40,93	63,53	30,48	6,35	7,08
Sumatera Selatan	41,48	73,10	22,71	7,47	9,18
Bengkulu	34,66	59,16	21,55	10,47	10,45
Lampung	38,43	57,60	31,71	4,28	5,47
Bangka Belitung	60,66	77,04	45,51	9,13	10,17
Kepulauan Riau	45,78	75,43	12,24	10,88	12,56
DKI Jakarta	80,37	80,37	-	20,34	34,32
Jawa Barat	52,17	62,12	38,47	9,27	12,29
Jawa Tengah	54,06	67,20	41,76	6,18	9,64
DI Yogyakarta	75,35	84,99	56,26	18,99	27,92
Jawa Timur	51,07	69,51	33,63	7,61	11,35
Banten	58,82	77,03	30,10	12,00	12,53
Bali	75,95	85,72	62,60	11,58	12,38
Nusa Tenggara Barat	39,83	49,51	32,86	4,01	6,82
Nusa Tenggara Timur	14,98	35,43	10,80	4,63	4,64
Kalimantan Barat	40,12	81,23	24,77	4,98	6,93
Kalimantan Tengah	28,78	56,13	10,11	6,31	6,05
Kalimantan Selatan	41,16	64,31	25,05	6,51	10,26
Kalimantan Timur	58,48	75,69	30,69	14,24	18,57
Sulawesi Utara	63,59	78,84	51,89	7,97	11,62
Sulawesi Tengah	42,02	70,41	34,49	4,69	5,82
Sulawesi Selatan	57,58	85,38	44,18	5,27	9,80
Sulawesi Tenggara	45,91	78,87	35,98	5,40	6,55
Gorontalo	43,84	73,17	30,31	7,94	9,91
Sulawesi Barat	45,35	66,59	35,13	4,80	4,13
Maluku	38,69	70,50	27,27	5,24	7,82
Maluku Utara	43,18	85,50	25,39	5,68	6,29
Papua Barat	32,63	56,05	22,89	5,79	8,24
Papua	21,65	54,03	12,45	7,89	6,40
INDONESIA	51,19	69,51	33,96	8,32	11,51

Lampiran 2 : Definisi Indikator MDGs

Tujuan dan Target (dari Deklarasi Milenium)	Indikator untuk Memantau Kemajuan	Definisi
Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan		
Target 1A: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari USD 1 (PPP) per hari dalam kurun waktu 1990-2015	1.1 Proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari USD 1,00 (PPP) per hari	Proporsi penduduk dengan tingkat konsumsi per kapita kurang dari USD 1,08 per hari, diukur berdasarkan tingkat harga internasional pada tahun 1993. Garis kemiskinan USD 1,00 per hari dibandingkan dengan tingkat konsumsi per kapita, termasuk konsumsi produk sendiri dan pendapatan berupa barang (<i>in kind</i>). Karena garis kemiskinan ini mempunyai paritas daya beli (<i>purchasing power parity</i> – PPP) lintas Negara dan wilayah, garis kemiskinan USD 1,00 per hari sering kali disebut sebagai “garis kemiskinan absolut”.
	1.2 Rasio kesenjangan kemiskinan	Adalah selisih dari garis kemiskinan (dengan mengasumsikan warga nonmiskin memiliki selisih sama dengan nol), yang dinyatakan sebagai persentase garis kemiskinan.
	1.3 Proporsi kuintil termiskin dalam konsumsi nasional	Proporsi kuintil termiskin dalam pendapatan atau konsumsi nasional yang merupakan persentase kontribusi dari lima (kuintil) terendah dalam susunan penduduk.
Target 1B: Mewujudkan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda	1.4 Laju pertumbuhan PDB per tenaga kerja	Laju pertumbuhan Produk Domestik Bruto (PDB) per unit masukan tenaga kerja.
	1.5 Rasio kesempatan kerja terhadap penduduk	Proporsi penduduk usia kerja suatu negara yang bekerja. Di Indonesia penduduk yang bekerja berusia 15 tahun ke atas.
	1.7 Proporsi tenaga kerja yang berusaha sendiri dan pekerja keluarga terhadap total kesempatan kerja	Tenaga kerja yang berusaha sendiri adalah para pekerja yang, dengan bekerja sendiri atau bersama satu mitra atau lebih, mempunyai jenis pekerjaan yang tergolong sebagai pekerjaan mandiri (yaitu, remunerasinya bergantung secara langsung pada keuntungan yang diperoleh dari barang dan jasa yang dihasilkan), dan tidak secara terus-menerus melibatkan karyawan untuk bekerja bagi mereka selama periode tertentu. Pekerja keluarga yang turut bekerja, juga dikenal sebagai pekerja keluarga yang tidak dibayar, adalah pekerja yang bekerja mandiri, atau yang bekerja dengan berusaha sendiri dalam suatu wadah yang berorientasi laba dan dijalankan oleh orang yang bersangkutan di rumah yang sama.
Target 1C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990-2015	1.8 Prevalensi balita dengan berat badan rendah	Persentase anak balita (0-59 bulan) yang berada di bawah minus 2 standar deviasi dari berat badan rata-rata untuk anak seusia berdasarkan standar internasional.
	1.9 Proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum	Persentase penduduk yang kekurangan gizi atau kekurangan pangan, yang asupan makanan/kalorinya berada di bawah tingkat kebutuhan energi minimum (garis rawan pangan).
Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua		
Target 2A: Menjamin pada 2015 semua anak-anak, laki-laki maupun perempuan, di mana pun dapat menyelesaikan pendidikan dasar	2.1 Angka Partisipasi Murni (APM) sekolah dasar	Jumlah anak usia sekolah dasar resmi (menurut ISCED97) yang mengikuti pendidikan dasar tercermin dalam persentase jumlah anak dari <u>jumlah penduduk usia sekolah dasar resmi</u> . Total APM pendidikan dasar juga mencakup anak usia pendidikan dasar yang duduk di bangku sekolah menengah pertama.
	2.2 Proporsi murid kelas 1 yang berhasil menamatkan sekolah dasar	Persentase kohor murid kelas 1 sekolah dasar pada tahun ajaran tertentu yang diperkirakan berhasil menamatkan sekolah dasar, tanpa memperhitungkan tinggal kelas.
	2.3 Angka melek huruf penduduk usia 15-24 tahun, perempuan dan laki-laki	Persentase penduduk usia 5-24 tahun yang bisa membaca dan menulis, dan mampu memahami pernyataan singkat dan sederhana tentang kehidupan sehari-hari.
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	3.1 Rasio perempuan terhadap laki-laki di tingkat pendidikan dasar, menengah atas, dan perguruan tinggi	Rasio perempuan terhadap laki-laki (indeks paritas gender) di tingkat pendidikan dasar, menengah atas, dan perguruan tinggi adalah rasio jumlah siswa perempuan yang terdaftar di sekolah dasar, sekolah menengah, dan perguruan tinggi terhadap jumlah siswa laki-laki di masing-masing tingkatan. Untuk standarisasi dampak struktur penduduk dari kelompok umur yang sesuai, digunakan indeks paritas gender dari angka partisipasi kasar untuk setiap tingkat pendidikan.

Tujuan dan Target (dari Deklarasi Milenium)	Indikator untuk Memantau Kemajuan	Definisi
Tujuan 3: Mendorong Kesenjangan Gender dan Pemberdayaan Perempuan		
	3.2 Proporsi perempuan dalam lapangan kerja berupah di sektor nonpertanian	Jumlah pekerja perempuan dalam lapangan kerja berupah di sektor nonpertanian, tercermin dalam total persentase lapangan kerja berupah di sektor nonpertanian.
	3.3 Proporsi kursi yang diduduki perempuan di DPR	Persentase kursi yang diduduki perempuan di DPR atau di DPRD.
Tujuan 4: Menurunkan Angka Kematian Anak		
Target 4A: Menurunkan Angka Kematian Balita (AKBA) hingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990-2015	4.1 Angka Kematian Balita per 1000 kelahiran hidup	Probabilitas kematian anak sebelum berusia lima tahun per 1.000 kelahiran hidup pada satu tahun tertentu, dipresentasikan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini merupakan bagian dari angka kematian per kelompok umur saat ini.
	4.2 Angka Kematian Bayi	Probabilitas kematian bayi sebelum berusia satu tahun per 1.000 kelahiran hidup pada satu tahun tertentu, dipresentasikan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini merupakan bagian dari angka kematian per kelompok umur saat ini.
	4.2a Angka Kematian Neonatal	Probabilitas kematian bayi sebelum berusia satu bulan per 1.000 kelahiran hidup pada satu tahun tertentu, dipresentasikan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini merupakan bagian dari angka kematian per kelompok umur saat ini.
	4.3 Persentase anak usia 1 tahun yang diimunisasi campak	Persentase anak di bawah usia 1 tahun yang telah menerima imunisasi campak setidaknya satu kali.
Tujuan 5: Meningkatkan Kesehatan Ibu		
Target 5A: Menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990-2015	5.1 Angka Kematian Ibu	Jumlah perempuan yang meninggal setiap tahun karena kehamilan atau melahirkan atau dalam masa 42 hari setelah berakhirnya kehamilan pada tahun tertentu (per 100.000 kelahiran hidup).
	5.2 Proporsi kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan terlatih	Perbandingan antara persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih (dokter, perawat, bidan, dan tenaga medis lainnya), terhadap jumlah seluruh persalinan dan dinyatakan dalam persentase.
Target 5B: Mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015	5.3 Angka pemakaian kontrasepsi/ <i>Contraceptive prevalence rate</i> (CPR)	Perbandingan perempuan usia subur (biasanya 15–49 tahun) yang menikah atau menjalin hubungan dan saat ini memakai, atau pasangannya memakai alat kontrasepsi, terhadap jumlah perempuan usia subur, dan dinyatakan dalam persentase.
	5.4 Angka kelahiran remaja	Mengukur angka kelahiran perempuan usia 15-19 tahun per 1.000 perempuan dalam kelompok usia tersebut, yang merupakan angka risiko melahirkan di kalangan remaja perempuan usia 15-19 tahun. Ini juga disebut sebagai angka kesuburan usia 15-19 tahun.
	5.5 Cakupan pelayanan <i>Antenatal</i> (sedikitnya satu kali kunjungan dan empat kali kunjungan)	Untuk sedikitnya satu kali kunjungan, hal ini mengacu pada persentase perempuan usia 15-49 tahun dengan kelahiran hidup pada periode tertentu yang menerima pelayanan <i>antenatal</i> oleh tenaga kesehatan terlatih (dokter, perawat, bidan) setidaknya satu kali selama masa kehamilan, tercermin dalam persentase perempuan usia 15-49 tahun dengan kelahiran hidup pada periode tertentu. Untuk sedikitnya empat kali kunjungan, hal ini mengacu pada persentase perempuan usia 15-49 tahun dengan kelahiran hidup pada periode tertentu yang menerima pelayanan <i>antenatal</i> oleh tenaga kesehatan (baik terlatih ataupun tidak) sebanyak empat kali atau lebih, tercermin dalam persentase perempuan usia 15-49 tahun dengan kelahiran hidup pada periode tertentu.
	5.6 Kebutuhan keluarga berencana/KB yang tidak terpenuhi (<i>unmet need</i>)	Proporsi perempuan usia subur dan aktif secara seksual yang tidak menggunakan kontrasepsi namun menyatakan tidak ingin punya anak lagi atau ingin menunda kelahiran anak berikutnya.
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 di kalangan seluruh penduduk*)	Perbandingan antara perkiraan jumlah penduduk yang hidup dengan HIV terhadap jumlah penduduk (semua usia). *) Definisi ini merupakan modifikasi dari definisi PBB yaitu prevalensi HIV di kalangan penduduk usia 15-24 tahun merupakan persentase penduduk usia 15-24 tahun yang hidup dengan HIV.

lanjutan Lampiran 2

Tujuan dan Target (dari Deklarasi Milenium)	Indikator untuk Memantau Kemajuan	Definisi
Tujuan 6: Memerangi HIV/AIDS, Malaria dan Penyakit Menular Lainnya		
	6.2 Penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi terakhir	Persentase laki-laki dan perempuan muda berusia 15-24 tahun dengan lebih dari satu pasangan atau berhubungan seks bukan dengan pasangan atau berhubungan seks di luar nikah dalam 12 bulan terakhir yang menyatakan menggunakan kondom dalam hubungan seks terakhir mereka. Kelompok ini umumnya terdiri dari laki-laki dan perempuan usia muda (15-24 tahun) yang menyatakan memiliki lebih dari satu pasangan atau berhubungan seks bukan dengan pasangannya atau di luar nikah dalam 12 bulan terakhir.
	6.3 Proporsi penduduk usia 15-24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS	Proporsi perempuan dan laki-laki berusia 15-24 tahun yang dapat dengan benar mengidentifikasi dua cara utama untuk mencegah penularan HIV secara seksual (menggunakan kondom, membatasi seks dengan setia pada satu pasangan yang belum terinfeksi), yang menolak dua macam kesalahpahaman umum tentang penularan HIV, dan yang tahu bahwa orang yang terlihat sehat juga dapat menularkan HIV.
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	Persentase orang dewasa dan anak-anak terinfeksi HIV stadium lanjut yang saat ini menjalani terapi antiretroviral sesuai dengan protokol pengobatan nasional di antara jumlah orang yang diperkirakan terinfeksi HIV stadium lanjut.
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 Malaria	Angka kejadian mengacu pada jumlah kasus baru malaria yang dilaporkan dalam jangka waktu tertentu, per 100.000 penduduk; sedangkan angka kematian mengacu pada jumlah kematian akibat malaria per 100.000 penduduk.
	6.7 Proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida	Persentase anak balita (0-59 bulan) yang tidur dengan kelambu berinsektisida pada malam sebelum survei.
	6.9 Angka kejadian, prevalensi dan tingkat kematian akibat Tuberkulosis	Angka kejadian adalah perkiraan jumlah kasus baru Tuberkulosis (TB) yang timbul dalam 1 tahun per 100.000 penduduk. Angka ini meliputi semua bentuk infeksi TB, sebagaimana halnya pada kasus orang dengan HIV. Prevalensi adalah jumlah kasus TB (semua jenis) dalam populasi pada waktu tertentu ('point prevalence'). Hal ini dinyatakan dalam jumlah kasus per 100.000 penduduk. Perkiraan mencakup kasus TB pada orang dengan HIV. Angka kematian mengacu pada perkiraan jumlah kematian akibat TB dalam jangka waktu tertentu. Hal ini dinyatakan dalam jumlah kematian per 100.000 penduduk per tahun. Hal ini termasuk kematian yang disebabkan semua jenis TB, demikian halnya dengan kematian akibat TB pada orang dengan HIV.
	6.10. Proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dan sembuh dalam program DOTS	"Kasus terdeteksi", seperti istilah yang digunakan di sini, berarti bahwa TB didiagnosis pada pasien dan dilaporkan dalam sistem pengawasan nasional, dan kemudian ke WHO. Tingkat deteksi kasus dihitung sebagai jumlah kasus yang dilaporkan dibagi dengan perkiraan angka kejadian pada tahun itu, dalam persentase. Tingkat kesuksesan / kesembuhan adalah proporsi kasus baru TB positif yang terdaftar dalam program DOTS pada tahun tertentu yang berhasil menjalani pengobatan, dengan bukti keberhasilan bakteriologis ("sembuh") atau tanpa adanya bukti tersebut ("pengobatan selesai"). Pada akhir pengobatan, setiap pasien diberi satu dari enam label hasil pengobatan eksklusif berikut ini: sembuh, selesai pengobatan, meninggal, gagal; tidak selesai pengobatan; dan dialihkan dengan hasil yang tidak diketahui . Proporsi kasus yang dilabeli dengan hasil seperti itu, ditambah kasus lain yang terdaftar untuk pengobatan namun tidak diberi label hasil pengobatan, merupakan bagian dari keseluruhan kasus yang terdaftar.

Tujuan dan Target (dari Deklarasi Milenium)	Indikator untuk Memantau Kemajuan	Definisi
Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup		
Target 7A: Memadukan prinsip-prinsip pembangunan yang berkesinambungan dalam kebijakan dan program nasional serta mengurangi kerusakan pada sumber daya lingkungan	7.1 Rasio luas kawasan tertutup pepohonan berdasarkan hasil pemotretan citra satelit dan survei foto udara terhadap luas daratan	Luas tutupan hutan sebagai bagian dari luas lahan total, di mana lahan adalah total luas daratan di luar wilayah perairan di daratan (sungai besar, danau, dan waduk) serta wilayah lautan.
		Hutan adalah lahan yang membentang lebih dari 0,5 hektar dengan pohon-pohon yang lebih tinggi dari 5 meter dan tutupan kanopi lebih dari 10 persen; atau pohon-pohonnya mampu mencapai ambang batas in situ dan tidak termasuk tanah yang sebagian besar digunakan sebagai lahan pertanian atau kawasan perkotaan.
	7.2 Jumlah emisi karbon dioksida (CO ₂)	Jumlah total emisi CO ₂ merupakan emisi karbondioksida dari kegiatan manusia, yang tidak diserap oleh penyerap karbon. Kata "total" menyiratkan bahwa emisi dari semua kegiatan nasional ikut dihitung. Sektor di mana umumnya emisi/penyerapan CO ₂ diperhitungkan antara lain energi, proses industri, pertanian, limbah, dan sektor penggunaan lahan, perubahan penggunaan lahan, dan kehutanan.
	7.3 Jumlah konsumsi bahan perusak ozon (BPO)	Jumlah konsumsi tahunan nasional dalam tonase tertimbang masing-masing substansi dalam kelompok BPO dikalikan dengan ODP-nya. BPO adalah setiap zat yang mengandung klorin atau bromin yang dapat merusak lapisan stratosfer yang berfungsi menyerap sebagian besar radiasi ultraviolet yang berbahaya bagi kehidupan.
Target 7B: Menanggulangi kerusakan keanekaragaman hayati dan mencapai penurunan tingkat kerusakan yang signifikan pada tahun 2010	7.6 Proporsi kawasan lindung dan kawasan lindung perairan	Kawasan lindung adalah area daratan dan/atau lautan yang secara khusus ditujukan untuk perlindungan dan pemeliharaan keanekaragaman hayati, beserta sumber daya alam dan budaya terkait, dan dikelola melalui upaya hukum atau upaya lain yang efektif. Indikator yang digunakan di Indonesia antara lain: rasio luas kawasan lindung terhadap total luas lahan; dan rasio luas kawasan lindung perairan terhadap total luas perairan teritorial bangsa ini. Perairan teritorial adalah kawasan perairan di dalam 12 mil laut dari garis pantai.
Target 7C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi rumah tangga⁶⁷ tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum layak dan sanitasi dasar hingga tahun 2015	7.8 Proporsi rumah tangga ⁶⁸ dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak	Persentase rumah tangga yang menggunakan sumber air minum layak (termasuk sambungan air minum rumah tangga, standpipes, lubang bor, sumur gali yang terlindung, mata air terlindung, tampungan air hujan, dan air dalam kemasan) ⁶⁹ --> untuk Indonesia, abaikan air dalam kemasan karena masalah keberlanjutan.
	7.9 Proporsi rumah tangga ⁷⁰ dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi dasar	Proporsi rumah tangga yang menggunakan sanitasi dasar (termasuk toilet geyur/toilet siram-geyur atau jamban; pipa saluran pembuangan, tangki septik atau jamban lubang; jamban cemplung dengan ventilasi yang baik; jamban cemplung dengan segel slab; atau toilet/jamban kompos)
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	Permukiman kumuh adalah suatu lingkungan permukiman yang tidak sesuai dengan tata ruang, memiliki kepadatan bangunan yang sangat tinggi, kualitas bangunan yang rendah, prasarana lingkungan yang tidak memenuhi persyaratan dan rawan sehingga dapat membahayakan kehidupan dan penghidupan masyarakat penghuni. Di Indonesia, estimasi permukiman kumuh menggunakan perhitungan proporsi rumah tangga kumuh perkotaan. Terdapat empat indikator yang digunakan yaitu: (i) tidak adanya akses terhadap sumber air minum layak (lihat 7C); (ii) tidak adanya akses terhadap sanitasi dasar yang layak (lihat 7C); (iii) luas minimal lantai hunian per kapita; dan (iv) daya tahan material hunian. Rumah dapat dikategorikan sebagai hunian layak huni apabila luas lantai per kapita lebih besar dari 7,2 m ² (Permenpera Nomor 22/Permen/M/2008).

⁶⁷ Pengertian rumah tangga telah disesuaikan dengan konteks Indonesia dari definisi PBB mengenai "penduduk", karena data diambil dari survei rumah tangga rutin nasional (Survei Sosial Ekonomi Nasional).

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ Air dalam kemasan tidak dimasukkan dalam klasifikasi air minum layak di Indonesia karena masalah keberlanjutan.

⁷⁰ Pengertian rumah tangga telah disesuaikan dengan konteks Indonesia dari definisi PBB mengenai "penduduk", karena data diambil dari survei rumah tangga rutin nasional (Survei Sosial Ekonomi Nasional).

lanjutan Lampiran 2

Tujuan dan Target (dari Deklarasi Milenium)	Indikator untuk Memantau Kemajuan	Definisi
Tujuan 8: Mengembangkan Kemitraan Global untuk Pembangunan		
Target 8A: Mengembangkan sistem keuangan dan perdagangan yang terbuka, berbasis peraturan, dapat diprediksi dan tidak diskriminatif	8.1 Rasio Ekspor + Impor terhadap PDB	Ini merupakan indikator keterbukaan ekonomi, tercermin dalam jumlah ekspor dan impor barang dan jasa terhadap rasio PDB.
Meliputi komitmen pada tata pemerintahan yang baik, pembangunan, dan penanggulangan kemiskinan—baik di tingkat Nasional maupun internasional	8.2 Rasio pinjaman terhadap simpanan di bank umum	Rasio pinjaman terhadap simpanan (<i>LDR</i>) didefinisikan oleh Bank Indonesia sebagai jumlah pinjaman terhadap Dana Pihak Ketiga. Pinjaman merupakan total kredit yang diberikan pada pihak ketiga (tidak termasuk pinjaman antar bank), sementara Dana Pihak Ketiga meliputi giro, tabungan, dan deposito berjangka (tidak termasuk simpanan antarbank). Bank umum adalah bank yang melakukan kegiatan usaha secara konvensional dan/atau kegiatan usaha yang didasarkan pada prinsip syariah, yang juga menyediakan jasa kliring.
	8.3 Rasio pinjaman terhadap simpanan di BPR	BPR melakukan kegiatan usaha konvensional dan/atau yang berdasarkan pada prinsip Syariah, namun tidak menyediakan layanan pembayaran kliring dalam bisnisnya.
Target 8D: Menangani utang negara berkembang melalui upaya nasional maupun internasional untuk dapat mengelola utang dalam jangka panjang	8.12 Rasio pembayaran pokok utang dan bunga utang luar negeri terhadap penerimaan hasil ekspor (DSR)	<i>Debt service</i> merupakan jumlah pembayaran pokok utang dan bunga utang yang sebenarnya dibayarkan dalam mata uang asing, barang, atau jasa. Hal ini berbeda dengan pengertian standar rasio utang luar negeri terhadap ekspor. Hal ini hanya mencakup utang publik dan yang dijamin publik (<i>public and publicly guaranteed debt</i>) jangka panjang serta pelunasan (pembelian kembali dan biayanya) pada IMF. Pembelian kembali IMF merupakan total pelunasan utang yang masih tersisa dari akun sumber daya umum pada tahun tertentu, termasuk pembayaran jatuh tempo pada kuota <i>reserve tranche</i> . Ekspor barang, jasa, dan pendapatan merupakan jumlah ekspor barang (barang dagangan), ekspor jasa (nonfaktor) dan bukti penerimaan (faktor), serta tidak mencakup pengiriman uang pekerja.
Target 8F: Bekerja sama dengan swasta dalam memanfaatkan teknologi baru, terutama teknologi informasi dan komunikasi	8.14 Proporsi penduduk yang memiliki jaringan PSTN per 100 penduduk	Sambungan tetap menghubungkan pesawat telepon pelanggan ke jaringan PSTN dan memiliki <i>port</i> khusus pada peralatan sentral telepon. Istilah ini sama dengan istilah stasiun utama atau saluran pertukaran langsung yang lazim digunakan dalam dokumen telekomunikasi, yang mungkin tidak sama dengan jalur akses atau pelanggan. Jumlah saluran ISDN dan pelanggan telepon nirkabel tetap harus dihitung. Jika tidak, hal itu harus disebutkan dalam catatan. Indikatornya adalah jumlah pelanggan telepon tetap per 100 penduduk.
	8.15 Proporsi penduduk yang memiliki telepon seluler per 100 penduduk	Pelanggan telepon seluler mengacu pada pengguna telepon portabel yang berlangganan layanan telepon umum selular yang menyediakan akses ke jaringan telepon umum dengan teknologi selular. Hal tersebut mencakup pelanggan pascabayar dan prabayar serta sistem selular analog dan digital, termasuk juga pelanggan IMT-2000 (Generasi Ketiga, 3G). Pelanggan layanan umum mobile data atau layanan radio paging tidak dimasukkan. Nama layanan dan tahun mulai berlangganan ditulis dalam catatan. Indikatornya adalah jumlah pelanggan telepon selular per 100 penduduk.
	8.16 Proporsi rumah tangga dengan akses internet ⁷¹	Perkiraan jumlah rumah tangga yang memiliki akses Internet. Perkiraan jumlah rumah tangga yang mempunyai komputer pribadi.

⁷¹ Hal tersebut disesuaikan dengan konteks Indonesia karena data yang tersedia diambil dari survei nasional rutin yang sudah ada. Definisi PBB menyebutkan: "pengguna internet per 100 penduduk".

Lampiran 3 : MDGs Kesehatan

MDGs Kesehatan

Selama beberapa tahun terakhir, pembangunan kesehatan yang ditujukan untuk meningkatkan status kesehatan dan gizi masyarakat telah dilaksanakan secara terintegrasi dengan bidang-bidang lainnya. Pembangunan kesehatan dilaksanakan melalui pendekatan enam sub sistem dalam sistem kesehatan nasional (SKN), yang meliputi sub sistem: (i) upaya kesehatan; (ii) pembiayaan kesehatan; (iii) sumberdaya manusia kesehatan; (iv) sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan; (v) manajemen dan informasi kesehatan; dan (vi) pemberdayaan masyarakat. Keenam sub-sistem tersebut juga saling terkait dengan berbagai sistem lain di luar SKN antara lain sistem pendidikan, sistem ekonomi, dan sistem budaya.

Dalam rangka mempercepat pencapaian target MDGs kesehatan, Indonesia masih menghadapi beberapa permasalahan umum antara lain: masalah akses dan kualitas pelayanan kesehatan terutama pada kelompok penduduk miskin serta kesenjangan status kesehatan antar daerah (disparitas) terutama pada daerah tertinggal, terpencil dan daerah perbatasan serta pulau-pulau terluar. Hal ini antara lain disebabkan karena kendala jarak, biaya dan kondisi fasilitas pelayanan kesehatan, terjadinya kekurangan jumlah, jenis, mutu dan penyebaran tenaga kesehatan yang kurang merata, terbatasnya pembiayaan kesehatan, serta belum optimalnya pemberdayaan dan promosi kesehatan bagi masyarakat.

Memperhatikan kompleksnya permasalahan kesehatan serta tantangan yang dihadapi dalam mencapai target-target MDGs pada tahun 2015, Kementerian Kesehatan merumuskan rencana strategis 2010-2014 yang meliputi:

1. Meningkatkan pemberdayaan masyarakat, swasta dan masyarakat madani dalam pembangunan kesehatan melalui kerjasama nasional dan global.
2. Meningkatkan pelayanan kesehatan yang merata, terjangkau, bermutu dan berkeadilan, serta berbasis bukti; dengan pengutamaan pada upaya promotif dan preventif.
3. Meningkatkan pembiayaan pembangunan kesehatan, terutama untuk mewujudkan jaminan sosial kesehatan nasional.
4. Meningkatkan pengembangan dan pendayagunaan SDM yang merata dan bermutu.
5. Meningkatkan ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat dan alat kesehatan serta menjamin keamanan, khasiat, kemanfaatan dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan.
6. Meningkatkan manajemen kesehatan yang akuntabel, transparan, berdayaguna dan berhasilguna untuk memantapkan desentralisasi kesehatan yang bertanggung-jawab.

Berikut ini diuraikan secara ringkas beberapa tantangan dan implikasi kebijakan dari keenam sub sistem dalam SKN:

1. **Upaya Kesehatan.** Meskipun cakupan program kesehatan terus meningkat, pembangunan kesehatan saat ini masih dihadapkan pada masalah yaitu belum optimalnya akses, keterjangkauan dan mutu pelayanan kesehatan. Hal ini antara lain disebabkan oleh sarana pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, Puskesmas dan jaringannya belum sepenuhnya dapat dijangkau oleh masyarakat, terutama bagi penduduk miskin terkait dengan biaya dan jarak. Di samping itu, kesenjangan antarwilayah dan antartingkat sosial ekonomi dalam hal akses terhadap pelayanan kesehatan juga masih cukup lebar. Dengan demikian, ke depan perlu penguatan kebijakan untuk (i) memperluas akses sekaligus menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan terutama pada daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan serta daerah dengan aksesibilitas relatif rendah, (ii) meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan didukung oleh pemenuhan kebutuhan sarana, prasarana, dan ketenagaan; dan (iii) peningkatan utilisasi fasilitas kesehatan, termasuk dengan menjalin kemitraan dengan masyarakat dan swasta.
2. **Pembiayaan kesehatan.** Untuk mempercepat pencapaian target MDGs tahun 2015 bidang kesehatan, diperlukan peningkatan pendanaan terutama untuk membiayai intervensi-intervensi yang memiliki daya ungkit yang besar pada pencapaian target MDGs bidang kesehatan. Dengan demikian, ke depan perlu penguatan kebijakan untuk: (i) meningkatkan efisiensi alokatif dan efisiensi teknis dalam penggunaan sumber pembiayaan pemerintah; (ii) meningkatkan cakupan program Jamkesmas, dengan fokus pada masyarakat miskin dan kegiatan pada pelayanan kesehatan terkait MDGs; dan (iii) memanfaatkan potensi sumber pembiayaan lain dengan mendorong peningkatan pembiayaan oleh pemerintah daerah dan menggali sumber pembiayaan dari kemitraan dengan donor maupun sektor swasta.

Kotak L.1. Jamkesmas: Mengatasi hambatan pembiayaan untuk mengakses pelayanan kesehatan

Inisiasi pembiayaan untuk kaum miskin dimulai sebagai respons terhadap krisis ekonomi tahun 1997-1998 yang dikenal dengan nama Jaring Pengaman Sosial atau JPS atau *Social Safety Net*. Sebagai tambahan subsidi kesehatan, skema ini sudah memasukkan skema *cash for work*, penjualan beras bersubsidi (raskin), pemberian beasiswa bagi siswa yang berasal dari keluarga miskin, dan pemberian bantuan hibah untuk desa. Pada periode yang sama, Kemkes diminta untuk mengembangkan inisiatif sukarela berbasis masyarakat untuk memperluas cakupan asuransi kesehatan menggunakan pendekatan perawatan terkelola (*managed care approach*). Pada tahun 2004, Indonesia mengembangkan *platform* untuk cakupan semesta, dengan dikeluarkannya UU No. 40 tahun 2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tahun 2005, program Askeskin bagi kaum miskin dimulai dan dikelola oleh PT Askes.

Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin 2005-2007) yang selanjutnya dikenal dengan nama Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas 2008 dan seterusnya) ditujukan untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas untuk kaum miskin. Dana untuk skema ini seluruhnya berasal dari APBN Kemkes dengan premi per kapita Rp 5.000/bulan. Jumlah penduduk miskin yang tercakup dalam program Jamkesmas meningkat dari 60 juta orang pada tahun 2005 dan 2006 menjadi sebanyak 76,4 juta orang pada tahun 2007. Program Jamkesmas diimplementasikan di seluruh wilayah Indonesia dan memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan no. 1185/Menkes/SK/2009/XII tertanggal 13 Desember 2009, keanggotaan Jamkesmas diperluas untuk 3 kelompok sasaran baru yaitu orang yang menjadi miskin karena bencana alam, warga binaan pemasyarakatan atau narapidana, orang lanjut usia yang miskin, anak-anak dan yatim terlantar yang hidup di rumah singgah.

Roadmap Cakupan Semesta telah disusun untuk memandu pelaksanaan yang sesuai dengan Undang-Undang tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan UU No. 36/2009 tentang Kesehatan.

Jamkesmas merupakan salah satu dari delapan intervensi prioritas terkait pembangunan kesehatan yang akan dilaksanakan pada periode RPJMN kedua tahun 2010-2014. Ke delapan fokus prioritas tersebut adalah :

1. Peningkatan kesehatan ibu, bayi dan anak;
2. Peningkatan status gizi masyarakat;
3. Pengendalian penyakit menular serta penyakit tidak menular, dan penyehatan lingkungan;
4. Pengembangan sumber daya manusia kesehatan;
5. Peningkatan ketersediaan, keterjangkauan, pemerataan, keamanan, mutu dan penggunaan obat serta pengawasan obat dan makanan;
6. Pengembangan sistem jaminan pembiayaan kesehatan;
7. Pemberdayaan masyarakat dan penanggulangan bencana dan krisis kesehatan;
8. Peningkatan pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tersier

3. **Sumberdaya Manusia Kesehatan.** Jumlah tenaga kesehatan terus meningkat, namun distribusinya belum merata, terutama di daerah terpencil, perbatasan dan kepulauan. Ke-senjangan tenaga kesehatan juga masih terlihat jelas antara daerah perkotaan dan perdesaan. Di samping itu, kualitas tenaga kesehatan juga masih rendah akibat belum optimalnya sistem akreditasi institusi pendidikan kesehatan dan sertifikasi lulusan, sehingga penguatan manajemen sumber daya manusia juga sangat diperlukan. Dengan demikian, ke depan perlu penguatan kebijakan untuk: (i) meningkatkan pendayagunaan tenaga kesehatan terutama di daerah terpencil, tertinggal, perbatasan dan daerah kepulauan; dan (ii) meningkatkan kualitas tenaga kesehatan yang didukung dengan penguatan regulasi termasuk akreditasi dan sertifikasi.
4. **Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan.** Ketersediaan dan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan terus membaik, tetapi keterjangkauan, penggunaan dan mutu obat, serta pengawasan obat dan makanan masih belum optimal. Dengan demikian, ke depan perlu penguatan kebijakan untuk: (i) penguatan regulasi, (ii) meningkatkan efektivitas kebijakan pemerintah dalam pengadaan obat dan peralatan kesehatan; (iii) meningkatkan manajemen logistik di semua tingkat administrasi; (iv) mengatur ketersediaan, penggunaan dan menjamin akses obat; (v) memastikan alokasi anggaran dalam penyediaan obat dan alat kesehatan yang efektif, (vi) memastikan distribusi obat-obatan bagi daerah terpencil.
5. **Manajemen dan Informasi Kesehatan.** Statistik kesehatan antara lain data tentang mortalitas, morbiditas, faktor risiko, pembiayaan dan akses terhadap pelayanan kesehatan merupakan dasar bagi perencanaan kesehatan di setiap tingkatan administrasi. Saat ini, penyediaan informasi kesehatan yang akurat dan sistem pelaporan yang tepat waktu masih belum optimal. Dengan demikian, ke depan perlu penguatan kebijakan untuk: (i) mengembangkan *National Health Accounts*; (ii) memperkuat pengumpulan data dan analisis, dan (iii) penguatan monitoring dan evaluasi serta pelaporan.
6. **Pemberdayaan Masyarakat.** Rendahnya kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat masih menjadi tantangan tersendiri dalam upaya peningkatan kesehatan dan gizi masyarakat, antara lain dalam pencegahan faktor risiko terhadap penyakit, pemanfaatan pelayanan kesehatan, penerapan gizi seimbang, dan sebagainya. Hal ini mencerminkan bahwa upaya komunikasi, informasi dan edukasi tentang praktik hidup sehat belum dilaksanakan secara efektif, di samping adanya keterbatasan dalam hal akses pelayanan kesehatan yang berkualitas. Dengan demikian, kegiatan promosi kesehatan, melalui perubahan perilaku dan KIE, serta pemberdayaan masyarakat perlu ditingkatkan melalui kerjasama lintas sektor yang didukung dengan kebijakan dan peraturan perundangan.

Di samping keenam subsistem kesehatan dalam SKN, terdapat faktor penting yang mempengaruhi kinerja pencapaian target pembangunan kesehatan termasuk didalamnya pencapaian target MDGs, yaitu:

1. **Tata kelola pemerintahan yang baik (*good governance*)**. Berbagai upaya telah dilakukan untuk menyusun kerangka kerja strategis yang efektif dan efisien dalam pelaksanaan program dan kegiatan strategis. Namun demikian, perbaikan dan penataan kelembagaan dalam rangka pelaksanaan pembangunan kesehatan perlu terus dilakukan. Dengan demikian, ke depan perlu penguatan kebijakan untuk: (i) memperjelas peran masing-masing pemerintahan dari tingkat pusat, provinsi sampai kabupaten/kota dalam pelaksanaan program kesehatan; (ii) memperkuat fungsi supervisi guna mendukung pengelolaan sektor kesehatan dan penyediaan pelayanan di tingkat kabupaten/kota; (iii) memperkuat kerja sama lintas sektor dan publik-swasta; serta (iv) memperkuat pengawasan sistem informasi dan pengukuran kinerja.
2. **Penguatan implementasi desentralisasi bidang kesehatan**. Desentralisasi di bidang kesehatan telah diterapkan, namun demikian masih belum optimal berkaitan dengan regulasi yang menjamin kejelasan pembagian tugas dan tanggung jawab serta sumber daya pendukung pembangunan kesehatan di setiap jenjang administrasi. Dengan demikian, ke depan perlu penguatan kebijakan untuk: (i) mengkomunikasikan visi yang jelas dan sederhana dari tujuan desentralisasi; bahwa sistem kesehatan tidak dilihat sebagai program vertikal, namun sebagai strategi luas mencakup perencanaan dan pembangunan seluruh sistem kesehatan; (ii) mengidentifikasi unit implementasi untuk mendukung pelaksanaan desentralisasi sistem kesehatan untuk mengakselerasi pelaksanaan desentralisasi pada tatanan yang sesuai situasi dan kondisi yang ada; (iii) mengembangkan komitmen di semua tingkat pemerintahan yang mendukung desentralisasi; (iv) memperkuat koordinasi dengan memperjelas peran dan tanggung jawab setiap jenjang administrasi pemerintahan; (v) memperkuat supervisi, monitoring, dan evaluasi, serta akuntabilitas; (vi) mendorong kepemimpinan yang efektif di seluruh sistem kesehatan serta memberi peluang bagi pengembangan inovasi pelaksanaan desentralisasi; (vii) mempertajam tugas pencapaian indikator-indikator **Standar Pelayanan Minimum (SPM) bidang kesehatan** yang juga merupakan indikator sasaran MDGs.

Di bawah ini disajikan beberapa prioritas kegiatan, indikator dan target pembangunan kesehatan yang mendukung percepatan pencapaian target MDGs bidang kesehatan yang telah terintegrasi dalam RPJMN 2010-2014, yaitu sebagai berikut:

Gambar L.1.
Prioritas, **Output**, dan
Target Bidang Kesehatan,
Tahun 2010-2014

Prioritas	Output/Indikator	2010	2011	2012	2013	2014
Memastikan ketersediaan obat generik dan vaksin di fasilitas kesehatan dasar	Persentase ketersediaan obat dan vaksin	80%	85%	90%	95%	100%
	Daftar Obat Esensial Nasional akan diberlakukan sebagai dasar pengadaan obat nasional pada tahun 2010					
	Pembatasan harga untuk obat generik berlabel pada tahun 2010					
Pelaksanaan Universal Coverage yang menargetkan semua masyarakat miskin (100%) hingga 2010 dan memperluas target kelompok lain secara bertahap dalam periode 2010-2014	Persentase penduduk (termasuk penduduk miskin) yang telah mempunyai jaminan sosial	59%	70,30%	84,40%	94,50%	100%
	Memformulasikan kebijakan tentang Jaminan sosial kesehatan dan pembiayaan kesehatan					
	Persentase rumah sakit yang memberikan pelayanan bagi peserta JAMKESMAS	75%	80%	85%	90%	95%
	Jumlah puskesmas yang menyediakan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat miskin	8.481	8.608	8.737	8.868	9.000
Memastikan ketersediaan dan implementasi Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) untuk Puskesmas	Jumlah puskesmas yang mendapatkan bantuan operasional kesehatan dan menyelenggarakan lokakarya mini untuk menunjang pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM)	300	8.608	8.737	8.868	9.000

Sumber:
RPJMN 2010-2014.

Demi mengurangi kesenjangan antarprovinsi, seperangkat target *output* dan *outcome* dalam menyediakan pelayanan kesehatan berkualitas, mudah diakses dan terjangkau di wilayah-wilayah yang kurang terjangkau pelayanan, telah ditetapkan sebagai berikut:

Gambar L.2.
Prioritas, **Outcome**, dan
Target untuk Pelayanan
Kesehatan, Tahun 2010
dan 2014

Prioritas	Outcome	2010	2014
Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, keterjangkauan biaya dan akses di daerah terpencil	Rata-rata Umur Harapan Hidup di daerah terpencil (lebih rendah dari rata-rata nasional)	67,5 tahun	68,6 tahun
	AKB di daerah terpencil (per 1.000 kelahiran hidup)	25,3	22,8
	Persentase persalinan terakhir dibantu tenaga kesehatan terlatih	74,70%	100%
Pengembangan kebijakan, koordinasi dan prasarana kesehatan di daerah terpencil	Persentase kabupaten di daerah terpencil yang menerima pengembangan prasarana kesehatan	20%	100%

Sumber:
RPJMN 2010-2014.

Gambar L.3.
Prioritas, **Outcome**, dan
Target untuk Pelayanan
Kesehatan, Tahun 2010
dan 2014

Prioritas	Output	2010	2011	2012	2013	2014
Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan untuk masyarakat	Jumlah puskesmas rawat inap di pulau-pulau dan wilayah perbatasan	76	81	86	91	96
Meningkatkan akses pelayanan kesehatan (puskesmas) untuk masyarakat miskin	Jumlah pelayanan kesehatan yang berfungsi pada puskesmas prioritas di pulau-pulau dan wilayah perbatasan	101	101	101	101	101
Meningkatkan pelayanan dokter spesialis untuk masyarakat	Jumlah rumah sakit berjalan yang memberikan pelayanan kesehatan di daerah terpencil (DTPK)	14	14	10	10	10
Meningkatkan perencanaan dan pemanfaatan sumber daya kesehatan	Jumlah sumber daya kesehatan yang dipekerjakan di daerah DTPK	1.200	1.260	1.320	1.380	1.470
	Jumlah residen senior dan tenaga kesehatan yang menerima insentif melalui formasi tenaga kesehatan di DTPK	1.900	2.050	2.210	2.370	2.560

Sumber:
RPJMN 2010-2014.

Lampiran 4: Susunan Keanggotaan Penyusunan Peta Jalan (Roadmap) Nasional Percepatan Pencapaian MDGs Tahun 2010

PENANGGUNG JAWAB	: Prof. Dr. Armida S. Alisjahbana, SE, MA Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/ Wakil Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
TIM PENGARAH	:
a. Ketua	: Dr. Ir. Lukita Dinarsyah Tuwo, M.A. Dr. Ir. Lukita Dinarsyah Tuwo, MA Wakil Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/ Wakil Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
b. Sekretaris	: Dra. Nina Sardjunani, MA Deputi Bidang Sumber Daya Manusia dan Kebudayaan, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional
c. Anggota	: 1. Dr. Prasetijono Widjojo MJ, MA (Bappenas) 2. Ir. Umiyatun Trihastuti, Msc (Bappenas) 3. Dr. Ir. Lukita Dinarsyah Tuwo, MA (Bappenas) 4. Dr. Ir. Dedy Supriadi Priatna, Msc (Bappenas) 5. Dr. Slamet Seno Adji, MA (Bappenas) 6. Mayjen TNI Bambang Sutedo, MSc (Bappenas) 7. Ir. Max Hasudungan Pohan, CES, MA (Bappenas) 8. Dr. Ir. Dedi M. Masykur Riyadi (Bappenas) 9. Dr. Ir. Bambang Widiyanto, MA (Bappenas) 10. Arizal Ahnaf, MA (BPS) 11. Prof. Dr. Achmad Suryana, M.S (Kementan) 12. Prof. Suyanto, Ph.D (Kemendiknas) 13. Prof. Muhammad Ali (Kemenag) 14. Dr. Ir. Hertomo Heroe, MM (KemenPP&PA) 15. drg. Ida Wulan (KemenPP&PA) 16. Sudibyo Alimoeso, MA (BKKBN) 17. dr. Ratna Rosita Hendarji, MPH (Kemenkes) 18. Dr. Budihardja, DTM&H, MPH (Kemenkes) 19. Dr. Tjandra Yoga Aditama, Sp.P(K) (Kemenkes) 20. Dra. Sri Indrawaty, Apt. M.Kes (Kemenkes) 21. Prof. Dr. dr. Agus Purwadianto, Sp.F(K) (Kemenkes) 22. Dra. Kustantinah Apt. M.App.Sc (BPOM)
d. Kelompok Kerja	:
a) Pokja Tujuan 1	: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan
Ketua	: Dr. Prasetijono Widjojo MJ, MA Deputi Bidang Kemiskinan, Ketenagakerjaan dan Usaha Kecil Menengah, Bappenas

- Wakil Ketua** : **Prof. Dr. Achmad Suryana, M.S**
Kepala Badan Ketahanan Pangan, Kementan
- Sekretaris** : **Dr. Ir. Rr. Endah Murniningtyas, MSc**
Direktur Penanggulangan Kemiskinan, Bappenas
- Anggota** : 1. Drs. Arum Atmawikarta, SKM, MPH (Bappenas)
2. Ir. Wahyuningsih Darajati, MSc (Bappenas)
3. Dra. Rahma Iryanti, MT (Bappenas)
4. DR. Minarto, MS (Kemenkes)
5. Dr. Ir. Tjuk Eko Hari Basuki, M.Sc (Kementan)
6. Drs. Wynandin Imawan, M.Sc (BPS)
7. DR. Wendy Hartanto, MA (BPS)
8. Woro Srihastuti Sulistyaningrum, ST, MIDS (Bappenas)
9. Mahatmi Parwitasari Saronto, ST, MSIE (Bappenas)
10. Ir. Yosi Diani Tresna, MPM (Bappenas)
11. Dr. Ir. Arif Haryana, MSc (Bappenas)
12. Rizang Wrihatnolo, S.Sos, MA (Bappenas)
- Tim Pendukung** : 1. Karim, S.Ant, (Bappenas)
2. Inti Wikanestri, SKM, (Bappenas)

- b) Pokja Tujuan 2** : **Mewujudkan Pendidikan Dasar Untuk Semua**
- Ketua** : **Dra. Nina Sardjunani, MA**
Deputi Bidang SDM dan Kebudayaan, Bappenas
- Wakil Ketua** : **Prof. Suyanto, Ph.D**
Dirjen Manajemen Pendidikan Dasar dan Menengah, Kemendiknas
- Sekretaris** : **Dr. Ir. Taufik Hanafi, MURP**
Direktur Agama dan Pendidikan, Bappenas
- Anggota** : 1. Dr. Bambang Iryanto (Kemendiknas)
2. DR. H. Zainy Arony, M.Pd (Kemendiknas)
3. Ir. Giri Suryatmana (Kemendiknas)
4. Drs. Mudjito AK, M.Si (Kemendiknas)
5. Dr. Didik Suhardi, SH, M.Si (Plt) (Kemendiknas)
6. Drs. R Agus Sartono, MBA (Kemendiknas)
7. Drs. H. Firdaus, M.Pd (Kemenag)
8. Emmy Soeparmijatun, SH, MPM (Bappenas)
9. Drs. Mohammad Sjuhdi Rasjid (Bappenas)
- Tim Pendukung** : 1. Dr. Sanjoyo, M.Ec, (Bappenas)
2. Suprpto Budinugroho, ST, M.Eng, (Bappenas)
3. Endang Sulastri, S.Sos, (Bappenas)

- c) Pokja Tujuan 3** : **Mempromosikan Kesenjangan Gender dan Pemberdayaan Perempuan**

Ketua	: Dra. Nina Sardjunani, MA Deputi Bidang SDM dan Kebudayaan, Bappenas
Wakil Ketua	: drg. Ida Wulan Deputi PUG Bidang Sosial, Politik dan Hukum, KemenPP&PA
Sekretaris	: Dr. Ir. Subandi, M.Sc Direktur Kependudukan, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, Bappenas
Anggota	: 1. Dra. Rahma Iryanti, MT (Bappenas) 2. Dra. Raden Siliwanti, MPIA (Bappenas) 3. Asisten Deputi Gender Dalam Pendidikan, KemenPP&PA Dra. Sally Astuty Wardhani, M.Si (KemenPP&PA) 4. Drs. Kajun Suprpto (KemenPP&PA) 5. Drs. Maulana T. Hasyim, M.Sc (KemenPP&PA) 7. Ella Yulaelawati, MA, Ph.D (Kemendiknas) 8. Direktur Pendidikan Madrasah, Kemenag Drs. H. Firdaus, M.Pd (Kemenag) 9. Chairul Fuad Yusuf (Kemenag) 10. Ir. J. Gede Suratha, MMA (Kemendagri) 11. Fithriyah, SE, MPA, Ph.D (Bappenas) 12. Benny Azwir, ST, MM (Bappenas)
Tim Pendukung	: 1. Ir. Ani Pudyastuti, MA, (Bappenas) 2. Renova Glorya Montessori Siahaan, SE, (Bappenas)
d) Pokja Tujuan 4	: Menurunkan Kematian Anak
Ketua	: Dra. Nina Sardjunani, MA Deputi Bidang SDM dan Kebudayaan, Bappenas
Wakil Ketua	: Dr. Budihardja, DTM&H, MPH Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, Kemenkes
Sekretaris	: Drs. Arum Atmawikarta, SKM., MPH Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Bappenas
Anggota	: 1. dr. Untung Suseno Sutarjo, M.Kes (Kemenkes) 2. dr. H. Andi Muhadir, MPH (Kemenkes) 3. Pribudiarta Nur (KemenPP&PA) 4. S. Happy Hardjo, M.Ec (BPS) 5. Imam Subekti, MPS, MPH (Bappenas)
Tim Pendukung	: 1. Ardhiantie, SKM, (Bappenas)
e) Pokja Tujuan 5	: Meningkatkan Kesehatan Ibu
Ketua	: Dra. Nina Sardjunani, MA Deputi Bidang SDM dan Kebudayaan, Bappenas
Wakil Ketua	: Dr. Budihardja, DTM&H, MPH Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, Kemenkes

- Sekretaris** : **Drs. Arum Atmawikarta, SKM., MPH**
Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Bappenas
- Anggota** : 1. Dr. Ir. Subandi, M.Sc (Bappenas)
2. Bambang Hartono, SKM, M.Sc (Kemenkes)
3. Ir. Ambar Rahayu, MNS (BKKBN)
4. Setia Edi, SE, M.Kes (BKKBN)
5. Sularsono, SP, ME (Bappenas)
6. Ahmad Taufik, S.Kom, MAP (Bappenas)
- Tim Pendukung** : 1. Dani Ramadan, S.Si, MHR, (Bappenas)
2. Qurrota A'yun, Ssi, (Bappenas)
- f) Pokja Tujuan 6** : **Mencegah Penularan HIV dan AIDS, Malaria dan Penyakit Menular Lainnya (TB)**
- Ketua** : **Dra. Nina Sardjunani, MA**
Deputi Bidang SDM dan Kebudayaan, Bappenas
- Wakil Ketua** : **Dr. Tjandra Yoga Aditama, Sp.P(K)**
Dirjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kemenkes
- Sekretaris** : **Drs. Arum Atmawikarta, SKM., MPH**
Direktur Kesehatan dan Gizi Masyarakat, Bappenas
- Anggota** : 1. Dadang Rizki Ratman, SH, MPA (Bappenas)
2. dr. Iwan M. Muljono, MPH (Kemenkes)
3. Bambang Hartono, SKM, M.Sc (Kemenkes)
4. Dr. Wisianto Wisnu, MPH (BPOM)
5. S. Happy Hardjo, M.Ec (BPS)
6. Dr. Hadiat, MA (Bappenas)
- Tim Pendukung** : 1. Dewi Amila Solikha, SKM, (Bappenas)
- g) Pokja Tujuan 7** : **Menjamin Kelestarian Lingkungan Hidup**
- Ketua** : **Ir. Umiyatun Hayati Trihastuti, MSc**
Deputi Bidang SDA dan LH, Bappenas
- Wakil Ketua** : **Dr. Ir. Dedy Supriadi Priatna, MSc**
Deputi Bidang Sarana dan Prasarana, Bappenas
- Sekretaris** : **Dr. Ir. Edi Effendi Tedjakusuma, MA**
Direktur Lingkungan Hidup, Bappenas
- Anggota** : 1. Drs. Arum Atmawikarta, SKM., MPH (Bappenas)
2. Ir. Budi Hidayat, M.Eng.Sc (Bappenas)
3. Ir. Basah Hernowo, MA (Bappenas)
4. Ir. Montty Girianna, M.Sc., MCP., Ph.D (Bappenas)
5. Dr. Ir. Sri Yanti, MPM (Bappenas)
6. Ir. Bambang Setyabudi, MURP (KemenLH)
7. Ir. Sulistyowati, MM (KemenLH)
8. Ir. Tamin M. Zakaria Amin, MSc (KemenPU)

	9. Ir. Susmono (KemenPU)
	10. Ir. Guratno Hartono, MBC (KemenPU)
	11. Ir. Kuswardono, MCP (KemenPera)
	12. Ir. Anna Syviana Kartika, MM. (KemenHut)
	13. Ir. R. Nilanto Perbowo, M.Sc (Kementerian Kelautan dan Perikanan)
	14. Dr. Ir. Djudjang Sukarna (Kementerian ESDM)
	15. Tri Dewi Virgiyanti, ST, MEM (Bappenas)
	16. Dr. Nur Hygiawati Rahayu, ST, MSc (Bappenas)
	17. Ir. Tommy Hermawan, MA (Bappenas)
	18. Ir. Nugroho Tri Utomo, MRP (Bappenas)
	19. Imam Subekti, MPS, MPH (Bappenas)
Tim Pendukung	: 1. Setyawati, ST, M.NatResEcon, (Bappenas)
	2. Ira Lubis, ST, (Bappenas)
	3. Nur 'Aisyah Nasution, ST, (Bappenas)
	4. Erik Armundito, ST, MT, (Bappenas)
h) Pokja Tujuan 8	: Mengembangkan Kemitraan Global untuk Pembangunan
Ketua	: Dr. Ir. Lukita Dinarsyah Tuwo, MA Deputi Bidang Pendanaan Pembangunan, Bappenas
Wakil Ketua	: Dr. Slamet Seno Adji, MA Deputi Bidang Ekonomi, Bappenas
Sekretaris	: Dra. Tuti Riyati, MA Direktur Perencanaan dan Pengembangan Pendanaan Pembangunan, Bappenas
Anggota	: 1. Ir. Wismana Adi Suryabrata, MIA (Bappenas)
	2. Ir. Yahya Rahmana Hidayat, M.Sc., Ph.D (Bappenas)
	3. Ayu Sukorini (Kemenkeu)
	4. Ghafur Akbar Darmaputra, SE, M.Com (Kemenlu)
	5. Prof. Ir. R. Sjarief Wijaya, Ph.D (Kemenkominfo)
	6. Makbullah Pasinringi, SE (Kementerian Perdagangan)
	7. Ir. Farah Ratnadewi Indriani, MBA (BKPM)
	8. Riza Hamzah, SE, MA (Bappenas)
	9. Erwin Dimas, SE, DEA, Msi (Bappenas)
Tim Pendukung	: 1. Maliki, ST, MSIE, Ph.D, (Bappenas)
	2. Wulandari, SE, AK, MPP, (Bappenas)
	3. Sugeng Wahyu Hendarto, ST, (Bappenas)

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. Tidak dipublikasikan.
- 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. Tidak dipublikasikan.
- 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*. Wahington, 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 Deputy 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. Background 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. Background 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 all. (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/cmc_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 kabupa-ten 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). Direktur Diseminasi Statistik - BPS. *The Availability of ICT Indicators for Households and Individuals: Case of Indonesia*. Badan Pusat Statistik. Jakarta.

Kredit Foto

Foto sampul	KADER ANTI KORUPSI. Puluhan Anak SD yang Tergabung dalam “Kader Anti Korupsi” Melempar Topi Usai Upacara Peringatan Hari Anti Korupsi Se-Dunia di Halaman Gedung Grahadi Surabaya, Rabu 9 Desember 2009.	ANTARA/Bhakti Pundhowo
Tujuan 1: • Halaman 23 • Halaman 32 • Halaman 37 • Halaman 38 • Halaman 58	Pulang dari Ladang Ibu dan Anak-Anak Kembali dari Kebun PNPM – Bantuan Jalan Desa PNPM Generasi – Bantuan Biaya Siswa Pojok Gizi	Bappenas A. Manembu Bappenas Bappenas Kemkes
Tujuan 2: • Halaman 69 • Halaman 72 • Halaman 76	Murid Sekolah Dasar dan Taman Kanak Kanak. Suasana di Ruang Kelas Pendidikan Anak Usia Dini / PAUD	Bappenas Bappenas Kemdiknas
Tujuan 3: • Halaman 87	SUPERNETS. Seribu Perempuan Berinternet Bersama di Atrium TP 3 Surabaya, 11 Mei 2009. Perhelatan Bertajuk Seribu Perempuan Belajar Internet Bersama (Supernets) yang Digelar dalam Rangka Hari Kartini, Hari Pendidikan Nasional dan HUT Surabaya ke-716 ini Tercatat dalam Sebuah Rekor.	ANTARA/Eric Ireng
Tujuan 4: • Halaman 101 • Halaman 108	“Antre Mendapatkan Vitamin A” (dari Lomba Foto MDGs 2008, UNDP) Pemantauan Tumbuh Kembang Bayi di Posyandu	UNDP/Priyombodo, Gendon Kemkes
Tujuan 5: • Halaman 121 • Halaman 131	“Puskesmas di Praya, NTT” (dari Lomba Foto MDGs 2008, UNDP) Penyuluhan KB	UNDP/Ali Budiman Kemkes
Tujuan 6: • Halaman 147	“Stop AIDS, Start Running” (dari Lomba Foto MDGs 2008, UNDP)	UNDP/Camelia Siagian
Tujuan 7: • Halaman 183 • Halaman 194 • Halaman 215 • Halaman 216 • Halaman 219 • Halaman 221 • Halaman 231 • Halaman 231	“Menjaga Pertumbuhan Pohon Bakau” (dari Lomba Foto MDGs 2008, UNDP) PLTP Wayang Windu di Jawa Barat Sumber Air Minum, Muara Enim Cuci Tangan Sumber Air Minum, NTT MCK “Margo Ratan” di Kota Mojokerto Wilayah Kumuh di Makassar Perumahan Rusunawa di Makassar	UNDP/Priyombodo Gendon Bappenas Bappenas Bappenas Bappenas Bappenas Bappenas Bappenas
Tujuan 8: • Halaman 235	Pertemuan G-20 di Pittsburgh, 24-25 September, 2009.	Randy R. Wrihatnolo Bappenas



ISBN 978-979-3764-60-3



9 789793 764603