

KATA PENGANTAR

Sebagai bagian dari upaya untuk memenuhi komitmen selaku penandatanganan Deklarasi Milenium pada September 2000, Pemerintah Indonesia menerbitkan Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals/MDGs*) pada Pebruari 2004. Laporan MDG yang pertama ini memperlihatkan posisi pencapaian MDG di Indonesia dari tahun 1990 hingga 2003, sekaligus menganalisis kecenderungan pencapaiannya sampai dengan 2015.

Seiring dengan itu, saat ini MDG telah menjadi salah satu acuan penting dalam pelaksanaan pembangunan di Indonesia, mulai dari tahap perencanaan seperti yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) hingga tahap pelaksanaannya. MDG telah pula menjadi dasar perumusan Strategi Penanggulangan Kemiskinan di tingkat nasional dan daerah. Walaupun masih banyak kendala, Pemerintah Indonesia tetap berkomitmen untuk mencapai MDG sesuai target. Untuk itu, diperlukan adanya kerja keras dan kerja sama erat semua pihak baik warga negara, sektor swasta, pemerintah sesama negara berkembang maupun komunitas donor/kreditor.

Untuk menyambut Sidang Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) September 2005 yang salah satu agendanya adalah membahas posisi pencapaian MDG, Pemerintah Indonesia menampilkan Laporan Perkembangan Pencapaian MDG yang pertama tersebut ke dalam bentuk yang lebih ringkas. Namun, ringkasan ini disertai juga pemutakhiran data sesuai dengan kondisi terakhir, ditambah paparan tentang pemikiran Indonesia terhadap tujuan MDG yang ke delapan. Ringkasan ini dimaksudkan supaya masyarakat dan semua pemangku kepentingan pembangunan lebih mudah memahami MDG sebagai landasan pelaksanaan kerja sama ke depan.

Pada Sidang Umum PBB mendatang, selain menyampaikan ringkasan laporan ini, Pemerintah juga akan menyampaikan dukungan bagi upaya pemenuhan komitmen bersama antara negara maju dan negara berkembang tentang kualitas dan kuantitas dana bantuan pembangunan (*Official Development Assistance/ODA*). Indonesia akan turut pula mengkampanyekan upaya pengalihan utang untuk pembiayaan MDG bagi negara berkembang sekaligus penghapusan utang bagi negara miskin. Hal ini sejalan dengan semangat yang tertuang dalam Deklarasi Jakarta mengenai MDG di kawasan Asia dan Pasifik.

Sebagai penutup, saya mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu terbitnya Ringkasan Laporan MDG ini. Semoga apa yang kita laksanakan memberikan manfaat bagi kita semua, demi tercapainya kemajuan bangsa dan negara Indonesia.

Sri Mulyani Indrawati

Menteri Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/
Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional

PENDAHULUAN

Sejarah singkat Millennium Development Goals (MDG)

KTT Milenium. Pada Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) bulan September 2000, sebanyak 189 negara anggota PBB yang sebagian besar diwakili oleh kepala pemerintahan sepakat untuk mengadopsi Deklarasi Milenium. Deklarasi ini menghimpun komitmen para pemimpin dunia yang tidak pernah ada sebelumnya untuk menangani isu perdamaian, keamanan, pembangunan, hak asasi dan kebebasan fundamental dalam satu paket. Dalam konteks inilah, negara-negara anggota PBB kemudian mengadopsi Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals/MDGs*). Setiap tujuan memiliki satu atau beberapa target beserta indikatornya. MDG menempatkan pembangunan manusia sebagai fokus utama pembangunan, memiliki tenggat waktu dan kemajuan yang terukur. MDG didasarkan pada konsensus dan kemitraan global, sambil menekankan tanggung jawab negara berkembang untuk melaksanakan pekerjaan rumah mereka, sedangkan negara maju berkewajiban mendukung upaya tersebut.

Laporan MDG yang pertama telah dikeluarkan oleh Pemerintah Indonesia tahun 2004. Laporan ini memberikan gambaran pencapaian pembangunan manusia yang berhubungan dengan tujuan pertama hingga ketujuh, mengukur dan menelaah kemajuan, mengenali tantangan, dan mengkaji program dan kebijakan untuk mencapai MDG. Laporan ini memanfaatkan sumber-sumber data yang ada dan mengambil data tahun 1990 atau yang terdekat, sesuai dengan ketersediaan data, sebagai acuan dasar (*baseline*). Tujuan utama Laporan MDG ini adalah untuk mendapatkan kesamaan pandang tentang posisi Indonesia dalam kaitan dengan sasaran MDG, dan menetapkan sasaran yang harus dicapai kedepan.

Indonesia: Konteks Pembangunan

Pembangunan ekonomi yang telah ditempuh di masa lalu telah menghasilkan berbagai kemajuan yang cukup berarti namun juga mengandung berbagai permasalahan yang mendesak untuk dipecahkan. Pembangunan masa lalu yang lebih menekankan kepada tercapainya tingkat pertumbuhan ekonomi yang tinggi, telah menciptakan peningkatan pendapatan perkapita, penurunan jumlah kemiskinan dan pengangguran, dan perbaikan kualitas hidup manusia secara rata-rata. Meskipun demikian, pembangunan ekonomi yang sangat berorientasi kepada peningkatan produksi nasional, tidak disertai oleh pembangunan dan penguatan berbagai institusi baik publik maupun keuangan, yang seharusnya berfungsi melakukan alokasi sumber daya secara efisien dan efektif. Bahkan proses pembangunan ekonomi yang ditopang oleh sistem represi dan ketertutupan telah melumpuhkan berbagai institusi strategis seperti sistem hukum dan peradilan untuk menjamin kepastian hukum dan keadilan, sistem politik untuk terciptanya mekanisme kontrol dan keseimbangan (*checks and balances*), dan sistem sosial yang diperlukan untuk memelihara kehidupan yang harmonis dan damai. Hasil pembangunan yang dicapai disertai dampak negatif dalam bentuk kesenjangan antar golongan pendapatan, antar wilayah, dan antar kelompok masyarakat. Sementara itu, erosi dan kelumpuhan berbagai sistem dan lembaga strategis di atas telah menghasilkan kondisi yang rapuh serta sangat rawan terhadap guncangan, baik dari dalam negeri maupun dari dunia internasional akibat pesatnya arus globalisasi.

Krisis ekonomi tahun 1997/98 telah memberikan pelajaran yang sangat mahal namun berharga bagi bangsa Indonesia. Krisis telah memaksa Indonesia melakukan perubahan yang perlu dilakukan dalam rangka koreksi kelemahan dan kesalahan masa lalu. Ekonomi, politik,

sosial dan hukum mengalami transformasi dan reformasi menuju kepada suatu sistem baru yang diharapkan akan lebih berkeadilan, handal, dan berkelanjutan.

Beberapa permasalahan dan tantangan yang dihadapi dalam pembangunan Indonesia ke depan adalah sebagai berikut: (i) masih rendahnya pertumbuhan ekonomi, (ii) kualitas sumber daya manusia Indonesia masih rendah, (iii) masih kurang menyatunya kegiatan perlindungan lingkungan hidup dengan kegiatan pemanfaatan sumber daya alam sehingga sering melahirkan konflik kepentingan antara ekonomi sumber daya alam (pertambangan, kehutanan) dengan lingkungan, (iv) kesenjangan pembangunan antar daerah masih lebar, seperti antara Jawa – luar Jawa, antara Kawasan Barat Indonesia (KBI) – Kawasan Timur Indonesia (KTI), serta antara kota – desa, (v) kualitas dan pelayanan infrastruktur yang belum sepenuhnya pulih dan masih tertundanya pembangunan infrastruktur baru, dan (vi) masih adanya potensi aksi separatisme dan konflik horizontal.

Dalam rangka menjawab semua tantangan dalam pembangunan Indonesia 2004-2009, Pemerintah Indonesia telah menetapkan tiga agenda pembangunan jangka menengah yaitu: (i) menciptakan Indonesia yang aman dan damai, (ii) menciptakan Indonesia yang adil dan demokratis, serta (iii) meningkatkan kesejahteraan rakyat. Khusus terkait agenda yang ketiga, prioritas pembangunan dan arah kebijakannya adalah sebagai berikut: penanggulangan kemiskinan dan pengurangan pengangguran, peningkatan investasi, revitalisasi pertanian, perikanan dan kehutanan, pembangunan perdesaan dan pengurangan ketimpangan antar wilayah, peningkatan akses masyarakat terhadap pendidikan dan layanan kesehatan yang berkualitas, peningkatan perlindungan dan kesejahteraan sosial, pembangunan kependudukan yang berkualitas, dan percepatan pembangunan infrastruktur.

Kependudukan dan MDG

Tujuan dan sasaran MDG tidak akan tercapai, apabila masalah kependudukan, termasuk akses universal pelayanan kesehatan reproduksi, dan keluarga berencana, serta perlindungan bagi hak-hak reproduksi, tidak ditangani dengan baik.

Penduduk Indonesia telah meningkat dari 119 juta pada tahun 1971 menjadi 179 juta pada tahun 1990, dan diperkirakan menjadi 219 juta pada tahun 2005. Laju pertumbuhan penduduk menunjukkan kecenderungan menurun dari 2,32 persen per tahun pada kurun waktu 1971-1980 menjadi 1,97 persen per tahun pada kurun waktu 1980-1990, dan menjadi 1,48 persen per tahun pada kurun waktu 1990-2000.

Penurunan laju pertumbuhan penduduk tidak terlepas dari keberhasilan Indonesia menurunkan tingkat kelahiran (*Total Fertility Rate/TFR*) dari 5,6 anak per keluarga pada tahun 1971 menjadi 2,6 anak per keluarga pada tahun 2003. Penurunan tingkat kelahiran erat kaitannya dengan meningkatnya pemakaian kontrasepsi. Pada tahun 1980 tingkat pemakaian kontrasepsi hanya 26 persen, meningkat menjadi 60,3 persen pada tahun 2002. Namun demikian, setiap tahun (sampai dengan tahun 2015) diperkirakan masih akan terjadi kelahiran sekitar 4 juta jiwa, dan penambahan penduduk baru sekitar 2,4-2,7 juta jiwa.

Komitmen Pemerintah untuk mencapai target MDG

Walaupun masih banyak permasalahan dan tantangan yang dihadapi dalam pelaksanaan pembangunan di Indonesia, Pemerintah Indonesia telah bertekad untuk memenuhi komitmen pencapaian target MDG pada 2015, bahkan target pembangunan jangka menengah dalam RPJMN untuk penanggulangan kemiskinan lebih cepat dari target MDG. MDG telah menjadi salah satu bahan masukan penting dalam penyusunan Dokumen Perencanaan Pembangunan

Nasional. Dialog-dialog dengan semua pihak akan terus diupayakan untuk mencari kesepahaman dan langkah kerjasama konkrit di masa yang akan datang. Hal ini penting untuk dilakukan karena pencapaian MDG akan lebih mudah dicapai dengan dukungan partisipasi aktif dari swasta dan masyarakat.

Dengan mempertimbangkan bahwa sumber pendanaan dalam negeri pemerintah masih belum sepenuhnya mencukupi untuk membiayai pembangunan, karena itu Pemerintah masih memerlukan dukungan internasional bagi pelaksanaan pembangunan. Dalam kaitan itu, Pemerintah berupaya untuk terus meningkatkan kualitas pelaksanaan kerjasama pembangunan melalui penyusunan strategi pengelolaan utang luar negeri, penguatan koordinasi, monitoring dan evaluasi, serta peningkatan harmonisasi pelaksanaan kerjasama internasional secara keseluruhan.

Pemerintah Indonesia juga akan terus mendukung upaya mempererat pelaksanaan kerjasama regional Asia Pasifik. Kerjasama ekonomi dan perdagangan antar negara di Asia Pasifik mempunyai potensi yang besar untuk terus dikembangkan, untuk meningkatkan kemampuan masing-masing negara dalam rangka mencapai MDG di kawasan, serta meningkatkan posisi tawar bersama di lingkungan global.

TUJUAN 1 : MENANGGULANGI KEMISKINAN DAN KELAPARAN

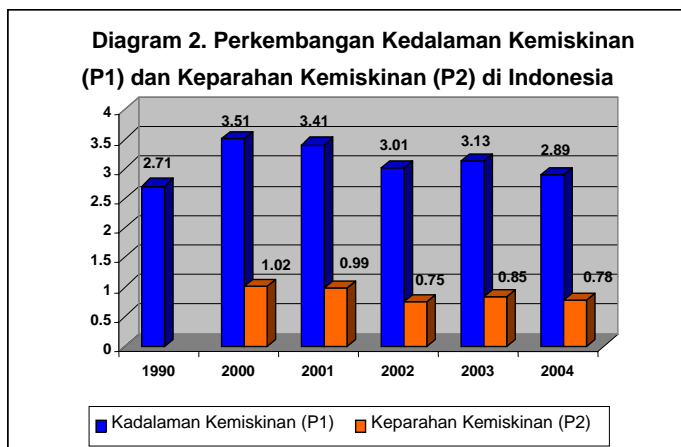
Target 1 : Menurunkan proporsi penduduk yang tingkat pendapatannya di bawah \$ 1 perhari menjadi setengahnya antara 1990 – 2015

Keadaan dan Kecenderungan Bangsa Indonesia telah berhasil menurunkan tingkat kemiskinan yang semula meningkat sebagai dampak dari krisis ekonomi pada tahun 1999. Jumlah penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan nasional turun dari 23,4 persen pada tahun 1999 menjadi 18,2 persen pada tahun 2002 dan 17,4 persen pada 2003, serta menjadi 16,6 persen pada 2004. Sementara itu, jumlah penduduk berdasarkan standar pendapatan kurang dari \$1 perhari juga menurun dari 9,2 persen pada tahun 2001 menjadi 7,2 persen pada tahun 2002.



Sumber : BPS, Berbagai Tahun
Keterangan: Tahun 1996* seterusnya menggunakan kriteria 1998

Penurunan jumlah penduduk miskin tersebut menunjukkan adanya *trend positif untuk mencapai target penurunan jumlah penduduk di bawah garis kemiskinan nasional pada tahun 2015 menjadi sebesar 7,2 persen*. Hal ini harus diupayakan dengan usaha, kerjasama seluruh *stakeholders* dan keberpihakan terhadap si miskin dalam pelaksanaan pembangunan di Indonesia .



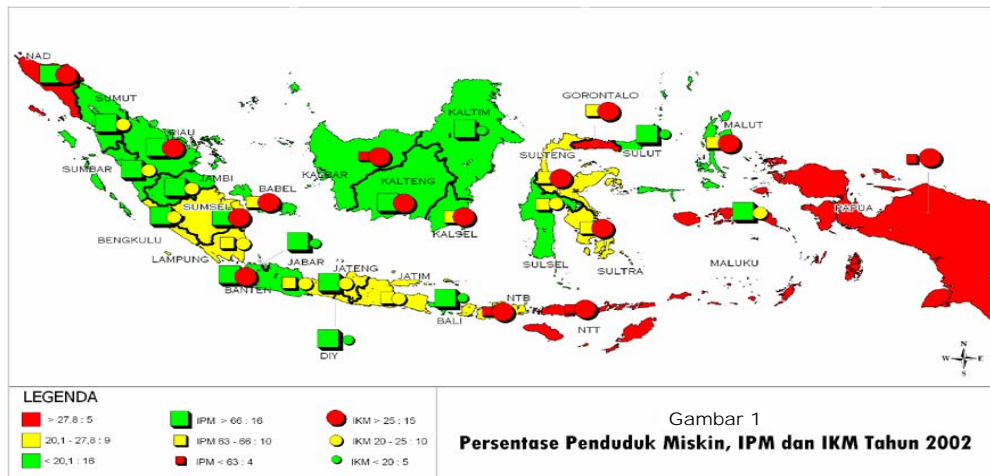
Sumber : BPS, Berbagai Tahun

Selain itu, tingkat kedalaman kemiskinan (P1) di Indonesia yaitu kesenjangan pengeluaran penduduk miskin terhadap garis kemiskinan, juga cenderung menurun pada 2004 dibanding 2003 dan 2002. Tingkat keparahan kemiskinan (P2) yaitu kesenjangan antarpenduduk miskin juga menurun. Diagram 2 menunjukkan perkembangan tingkat kedalaman (P1) dan keparahan kemiskinan (P2) selama periode 1999 – 2004.

Tantangan

Masalah kemiskinan di Indonesia juga ditandai oleh rendahnya mutu kehidupan masyarakat. Hal ini dapat ditunjukkan oleh Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Indonesia pada tahun 2002 sebesar 0,692, dimana diantara beberapa negara ASEAN masih lebih rendah dari Malaysia dan Thailand. Sementara itu, Indeks Kemiskinan Manusia (IKM) Indonesia pada tahun 2002 sebesar 0,178 masih lebih tinggi dari Philipina dan Thailand. Selain itu, kesenjangan gender di Indonesia masih relatif lebih besar dibanding negara ASEAN lainnya.

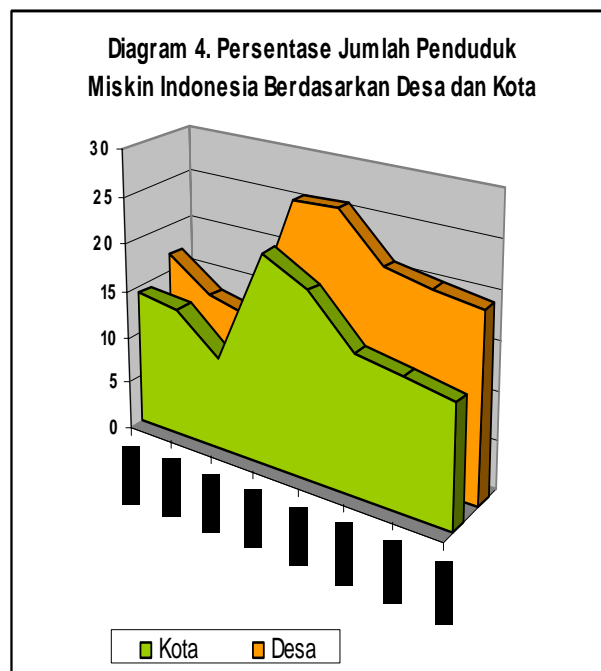
Meskipun proporsi penduduk miskin secara nasional mengalami penurunan, namun masih terjadi kesenjangan antardaerah dalam pembangunan manusia (IPM) dan pemenuhan terhadap beberapa hak dasar (IKM), sebagaimana ditunjukkan pada *Gambar 1*.



Sumber : BPS, Tahun 2003

Tantangan lainnya adalah *kesenjangan antara desa dan kota. Proporsi penduduk miskin di perdesaan relatif lebih tinggi dibanding di perkotaan. (Lihat Diagram 4)*. Data Susenas (*National Socio Economic Survey*) 2004 menunjukkan bahwa sekitar 69,0 persen penduduk di perdesaan termasuk miskin, dan sebagian besar bekerja di sektor pertanian.

Selain itu, tantangan lainnya adalah *kemiskinan yang dialami oleh kaum perempuan* yang ditunjukkan oleh rendahnya kualitas hidup dan peran perempuan, terjadinya tindak kekerasan terhadap perempuan dan anak, serta masih rendahnya angka Indeks Pembangunan Gender (*Gender-related Development Index, GDI*) dan angka Indeks Pemberdayaan Gender (*Gender Empowerment Measurement, GEM*).



Sumber : BPS, Berbagai Tahun

Tantangan lain adalah otonomi daerah yang berdampak pada *meningkatnya peran pemerintah daerah dalam penanggulangan kemiskinan*, sehingga peran daerah sangat penting untuk keberhasilan penanggulangan kemiskinan secara nasional terutama dalam hal mendekatkan pelayanan dasar bagi masyarakat.

Kebijakan dan Program

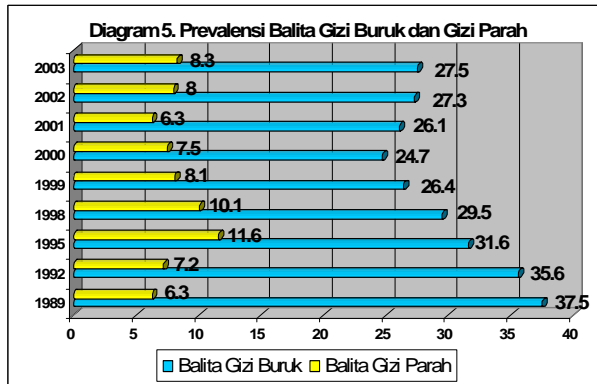
Upaya pengarusutamaan penanggulangan kemiskinan Indonesia telah dilakukan dan menempatkan *penanggulangan kemiskinan sebagai prioritas utama kebijakan pembangunan nasional*. Kebijakan penanggulangan kemiskinan merupakan prioritas Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) 2004–2009 dan dijabarkan lebih rinci dalam Rencana Kerja Pemerintah (RKP) setiap tahun serta digunakan sebagai acuan bagi kementerian/lembaga dan pemerintah daerah dalam pelaksanaan pembangunan tahunan. Berbagai kebijakan dalam RPJM 2004 – 2009 diharapkan dapat menurunkan persentase penduduk miskin menjadi 8,2 persen pada tahun 2009.

Sebagai wujud gerakan bersama dalam mengatasi kemiskinan dan mencapai Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs), Strategi Nasional Penanggulangan Kemiskinan (SNPK)/ (National Strategy for Poverty Reduction) telah disusun melalui proses partisipatif dengan melibatkan seluruh stakeholders pembangunan di Indonesia. SNPK menggunakan pendekatan berbasis hak (*right-based approach*) sebagai pendekatan utama dengan menegaskan adanya pencapaian secara bertahap dan progresif (*progressive realization*) dalam penghormatan (*respect*), perlindungan (*protect*) dan pemenuhan (*fulfill*) hak dasar rakyat, memberikan perhatian terhadap perwujudan kesetaraan dan keadilan gender, serta percepatan pengembangan wilayah. *Selain itu, sekitar 60 persen pemerintah kabupaten/kota telah membentuk Komite Penanggulangan Kemiskinan Daerah (KPKD) dan menyusun Strategi Penanggulangan Kemiskinan Daerah (SPKD) sebagai dasar pengarusutamaan penanggulangan kemiskinan di daerah dan mendorong gerakan sosial dalam mengatasi kemiskinan*.

Langkah prioritas dalam jangka pendek, **pertama**, untuk mengurangi kesenjangan antardaerah antara lain dengan (i) penyediaan sarana irigasi, air bersih dan sanitasi dasar terutama daerah-daerah langka sumber air bersih; (ii) pembangunan jalan, jembatan, dan dermaga terutama daerah terisolasi dan tertinggal; (iii) redistribusi sumber dana kepada daerah-daerah yang memiliki pendapatan rendah dengan instrumen dana alokasi khusus (DAK). **Kedua**, untuk perluasan kesempatan kerja dan berusaha dilakukan melalui: bantuan dana stimulan untuk modal usaha terutama melalui kemudahan dalam mengakses kredit mikro dan UKM, pelatihan keterampilan kerja untuk meningkatkan kualitas tenaga kerja, meningkatkan investasi dan revitalisasi industri termasuk industri padat tenaga kerja, pembangunan sarana dan prasarana berbasis masyarakat yang padat pekerja. **Ketiga**, khusus untuk pemenuhan hak dasar penduduk miskin secara langsung diberikan pelayanan antara lain (i) pendidikan gratis bagi penuntasan wajib belajar 9 tahun termasuk bagi murid dari keluarga miskin dan penunjangnya; serta (ii) jaminan pemeliharaan kesehatan gratis bagi penduduk miskin di puskesmas dan rumah sakit kelas III.

Untuk mencapai ketiga langkah prioritas tersebut di atas, akan dikembangkan dalam budaya pembangunan di Indonesia adalah pemberdayaan masyarakat dan pelibatan peran aktif masyarakat terutama masyarakat miskinnya mulai dari perencanaan program pembangunan baik penentuan kebijakan dan penganggarannya, maupun pelaksanaan program serta monitoring dan evaluasinya.

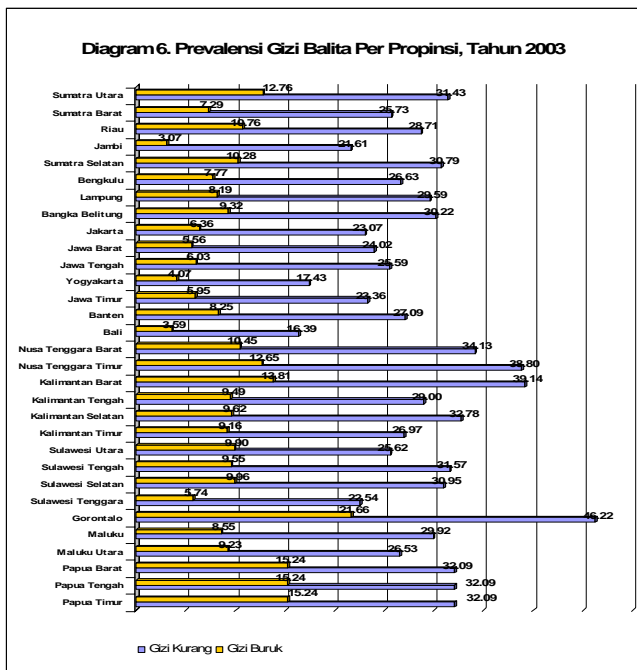
Target 2: Menurunkan proporsi penduduk yang menderita kelaparan menjadi setengahnya antara tahun 1990 – 2015



Sumber : BPS, Berbagai Tahun

Keadaan dan Kecenderungan

Prevalensi balita kurang gizi menunjukkan penurunan dalam kurun waktu 1989–2000, dan sedikit meningkat pada periode 2001–2003 (lihat Diagram 5). Persentase anak balita yang termasuk kategori gizi kurang dan parah umumnya meningkat dari 24,7 persen pada tahun 2000, menjadi 27,5 persen pada tahun 2003.



Sumber : BPS, Tahun 2003

Tantangan

Terjadinya *gizi buruk* pada balita antara lain karena kurangnya asupan gizi dan serangan penyakit infeksi. Faktor penyebab tidak langsung adalah rendahnya daya beli dan ketidaktersediaan pangan yang bergizi, keterbatasan pengetahuan tentang pangan yang bergizi terutama untuk ibu dan anak balita. Perbandingan persentase kecukupan gizi antarwilayah juga menunjukkan kesenjangan yang cukup tinggi (Diagram 6).

Kebijakan dan Program

Upaya mengatasi prevalensi balita gizi buruk dan balita gizi parah dilakukan antara lain melalui (1) *Penanggulangan kurang energi protein (KEP), anemia gizi besi,*

gangguan akibat kurang yodium, kurang vitamin A, dan kekurangan zat gizi mikro lainnya, (2) Pemberdayaan masyarakat untuk pencapaian keluarga sadar gizi, (3) Pemberian subsidi pangan bagi penduduk miskin, (4) Peningkatan partisipasi masyarakat melalui revitalisasi pelayanan Posyandu, dan (5) pelayanan gizi bagi ibu hamil (berupa Tablet Besi) dan balita (berupa Makanan Pendamping ASI) dari keluarga miskin.

Keberhasilan kebijakan dan program ini di samping peran pemerintah juga tidak terlepas dari peran serta dunia usaha dan masyarakat dalam mendukung dalam perbaikan gizi buruk dan balita gizi parah dari masyarakat miskin.

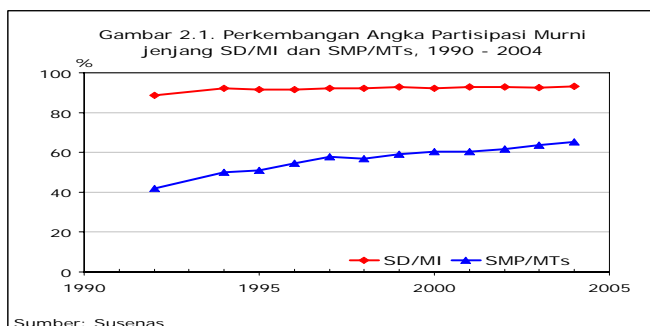
TUJUAN 2: MENCAPAI PENDIDIKAN DASAR UNTUK SEMUA

Target 3: Menjamin bahwa sampai dengan tahun 2015, semua anak, di manapun, laki-laki dan perempuan, dapat menyelesaikan sekolah dasar (*primary schooling*)

Di Indonesia, sekolah dasar (enam tahun) dan yang sederajat sudah universal dengan pencapaian angka partisipasi kasar (APK) lebih dari 100 persen pada tahun 1994. Oleh karena itu sejak 1994, target telah ditingkatkan untuk mencapai jenjang pendidikan dasar (sembilan tahun), yang mencakup sekolah dasar dan madrasah ibtidaiyah (SD/MI), sekolah menengah pertama dan madrasah tsanawiyah (SMP/MTs) dan bentuk lain yang sederajat. Program Wajib Belajar Pendidikan Dasar Sembilan Tahun ditargetkan dapat mencapai APK jenjang SMP/MTs sebesar 90 persen paling lambat pada tahun 2008.

Keadaan dan Kecenderungan

Akses Pendidikan pada Jenjang SD/MI. Data SUSENAS (*National Socio-Economic Survey*) 2004 menunjukkan, angka partisipasi murni (APM) jenjang SD/MI telah mengalami peningkatan dari 88,7 persen pada tahun 1992 menjadi sekitar 93 persen pada 2004 (Gambar 2.1). APM jenjang SD/MI berbeda cukup signifikan dengan APK. Menurut data Depdiknas, pada tahun



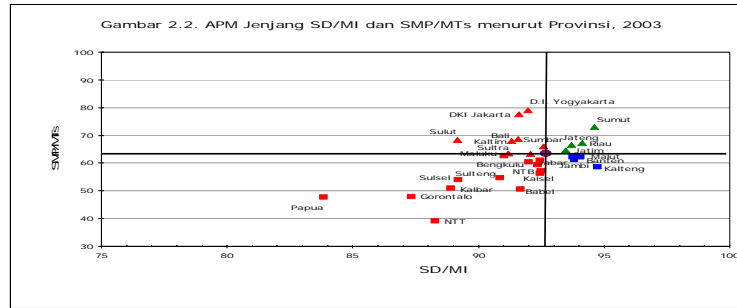
2002 APK SD/MI telah mencapai 112 persen, secara signifikan lebih besar dibanding APM yang baru mencapai 94 persen. Ini menunjukkan, banyak siswa yang berusia di bawah 7 tahun (*underage*) dan di atas 12 tahun (*overage*) yang bersekolah di jenjang SD/MI. Menurut data Depdiknas, siswa SD/MI yang berusia kurang dari 7 tahun sebesar 10,28 persen dan siswa yang berusia di atas 12 tahun sebanyak 4,89 persen.

Ada kecenderungan peningkatan jumlah anak pada usia di bawah 7 tahun yang sudah masuk SD/MI, terutama di daerah perkotaan. Tetapi, banyak pula anak pada usia di atas 12 tahun yang masih di SD/MI, yang disebabkan oleh dua kemungkinan. Pertama, mereka masuk SD di atas usia 7 tahun. Pada tahun 2000/2001, dari sebanyak 3.433.220 murid baru kelas I SD/MI, sekitar 42,18 persen berusia 8 tahun ke atas. Kedua, banyak anak yang mengulang kelas sehingga mereka baru dapat menyelesaikan SD pada usia di atas 12 tahun.

Untuk jenjang SD/MI tidak tampak perbedaan partisipasi pendidikan secara signifikan antara wilayah perdesaan dan perkotaan, antara laki-laki dan perempuan, dan antarkelompok ekonomi dalam masyarakat. Meskipun demikian, terungkap pula bahwa partisipasi pendidikan pada jenjang SD/MI masih bervariasi antarprovinsi.

Akses Pendidikan pada Jenjang SMP/MTs. Pada jenjang SLTP, APM SMP/MTs mengalami kenaikan dari 41,9 persen pada tahun 1992 menjadi 65,24 persen pada tahun 2004 (Gambar 2.1), sedangkan APK mengalami kenaikan dari 65,7 persen pada tahun 1995 menjadi 81,1 persen pada tahun 2003. Meskipun demikian, angka partisipasi tersebut belum cukup tinggi untuk mencapai APK 90 persen sebagai target penuntasan Wajib Belajar Pendidikan Dasar Sembilan Tahun pada tahun 2008.

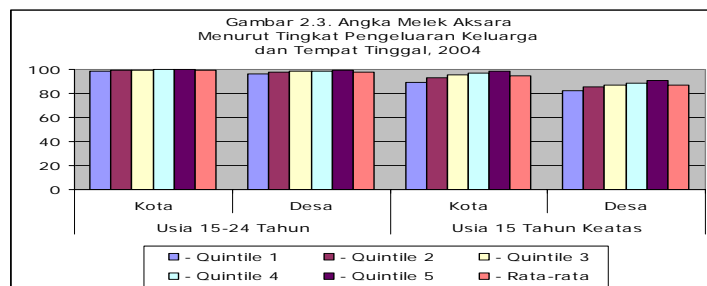
Berbeda dengan jenjang SD/MI, partisipasi pendidikan jenjang SMP/MTs masih menunjukkan perbedaan antarkelompok masyarakat yaitu antara perkotaan dan perdesaan, antara penduduk kaya dan penduduk miskin serta antarprovinsi. Tetapi, perbedaan partisipasi pendidikan antara laki-laki dan perempuan tidak tampak nyata.



Pada tahun 2004, APM daerah perdesaan baru mencapai 60,1 persen, sementara daerah perkotaan telah mencapai 72,7 persen. Sementara itu, APK di daerah perdesaan adalah sebesar 75,9 persen dan di daerah perkotaan sebesar 91,4 persen. Kesenjangan yang cukup signifikan terjadi antara penduduk kaya dan penduduk miskin. Pada tahun 2004, APK kelompok 20 persen penduduk termiskin (quintile 1) baru mencapai 63,8 persen, sementara kelompok terkaya (quintile 5) telah mencapai 97,16 persen. Selain itu, partisipasi pendidikan jenjang SMP/MTs sangat bervariasi antardaerah (Gambar 2.2).

Tingkat Keberaksaraan Penduduk. Data SUSENAS 2004 menunjukkan adanya perbaikan tingkat keberaksaraan penduduk di Indonesia. Secara nasional, tingkat keberaksaraan penduduk usia 15-24 tahun ke atas meningkat dari 96,2 persen pada tahun 1990 menjadi 98,7 persen pada tahun 2004. Meskipun demikian, tingkat keberaksaraan penduduk usia 15-24 tahun itu mengalami stagnasi sejak tahun 1998. Hal ini dikarenakan tingkat keberaksaraan kelompok usia itu sudah sangat tinggi dan penduduk yang masih buta aksara diperkirakan adalah mereka yang berada di daerah yang sulit dijangkau pelayanan pendidikan dan penyandang cacat. Perbaikan tingkat keberaksaraan pada kelompok usia muda disebabkan oleh meningkatnya partisipasi pendidikan dasar serta meningkatnya proporsi siswa SD/MI yang dapat menyelesaikan sekolahnya sampai kelas V.

Dengan cakupan usia yang lebih luas, tampak bahwa angka melek aksara penduduk usia 15 tahun ke atas lebih rendah jika dibandingkan kelompok usia 15-24 tahun (Gambar 2.3). Hal ini disebabkan oleh rendahnya tingkat keberaksaraan kelompok usia lebih tua. Meskipun demikian, tingkat keberaksaraan penduduk usia 15 tahun ke atas meningkat dari 84,2 persen pada tahun 1995 menjadi 90,38 persen pada tahun 2004. Tetapi, masih terdapat perbedaan tingkat keberaksaraan antarkelompok masyarakat.



Tantangan

Tantangan utama pembangunan pendidikan di Indonesia adalah sebagai berikut:

- a. Tingkat pendidikan penduduk Indonesia relatif masih rendah;
- b. Dinamika perubahan struktur penduduk belum sepenuhnya dapat diatasi dalam pembangunan pendidikan;
- c. Masih terdapat kesenjangan tingkat pendidikan yang cukup lebar antarkelompok masyarakat, seperti antara penduduk kaya dan penduduk miskin, antara penduduk laki-laki dan penduduk perempuan, antara penduduk di perkotaan dan penduduk di perdesaan, dan antardaerah;
- d. Fasilitas pelayanan pendidikan belum tersedia secara merata, terutama di daerah perdesaan, terpencil, dan kepulauan, sehingga menyebabkan sulitnya anak-anak mengakses layanan pendidikan;
- e. Kualitas pendidikan relatif masih rendah dan belum mampu memenuhi kebutuhan kompetensi peserta didik;
- f. Manajemen pendidikan belum berjalan secara efektif dan efisien, terutama karena desentralisasi pendidikan belum sepenuhnya dapat dilaksanakan dengan baik. Hal ini ditandai oleh, antara lain, belum mantapnya pembagian peran dan tanggung jawab masing-masing tingkat pemerintahan, termasuk kontribusinya dalam penyediaan anggaran pendidikan.

Kebijakan dan Program

Berdasarkan kondisi dan masalah yang dihadapi, ditempuh langkah-langkah kebijakan pendidikan dasar sebagai berikut:

- a. Meningkatkan akses dan perluasan kesempatan belajar bagi semua anak usia pendidikan dasar, dengan target utama daerah dan masyarakat miskin, terpencil, dan terisolasi. Mulai tahun ajaran 2005/2006 pemerintah menyediakan biaya operasional sekolah (BOS) dalam jumlah yang cukup besar sebagai langkah awal pelaksanaan pendidikan dasar gratis.
- b. Meningkatkan kualitas dan relevansi pendidikan dengan menerapkan standar nasional pendidikan sebagai acuan dan rambu-rambu hukum untuk meningkatkan mutu berbagai aspek pendidikan nasional termasuk mutu pendidik dan tenaga kependidikan, mutu sarana dan prasarana pendidikan, kompetensi lulusan, pembiayaan pendidikan dan penilaian pendidikan,
- c. Meningkatkan anggaran pendidikan untuk dapat mencapai 20 persen dari APBN dan APBD sesuai amanat UUD 1945 dan UU No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional. Untuk mencapai angka 20 persen itu, pemerintah telah memberi komitmen meningkatkan anggaran pendidikan secara bertahap. Bahkan selama lima tahun terakhir, alokasi anggaran pendidikan yang disediakan melalui APBN paling tinggi di antara sektor-sektor pembangunan yang lain.
- d. Mendorong pelaksanaan otonomi dan desentralisasi pengelolaan pendidikan sampai dengan satuan pendidikan dalam menyelenggaraan pendidikan.
- e. Memperkuat manajemen pelayanan pendidikan dalam rangka membangun pelayanan pendidikan yang amanah, efisien, produktif dan akuntabel melalui upaya peningkatan tata kelola yang baik (*good governance*) kelembagaan pendidikan.
- f. Meningkatkan peran serta masyarakat dalam pembangunan pendidikan termasuk meningkatkan peran dan fungsi komite sekolah dan dewan pendidikan dalam

penyelenggaraan pendidikan berbasis sekolah dan masyarakat yang mencakup proses perencanaan, pengawasan, dan evaluasi pelaksanaan pembangunan pendidikan.

Sedangkan program yang dilaksanakan adalah menyelenggarakan layanan pendidikan dasar yang berkualitas dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Program layanan pendidikan dasar ini difokuskan pada (i) peningkatan partisipasi anak yang belum mendapat layanan pendidikan dasar, (ii) mempertahankan kinerja pendidikan yang telah dicapai terutama dengan menurunkan angka putus sekolah dan angka mengulang kelas, dan (iii) penyediaan tambahan layanan pendidikan bagi anak-anak yang tidak dapat melanjutkan ke jenjang pendidikan menengah.

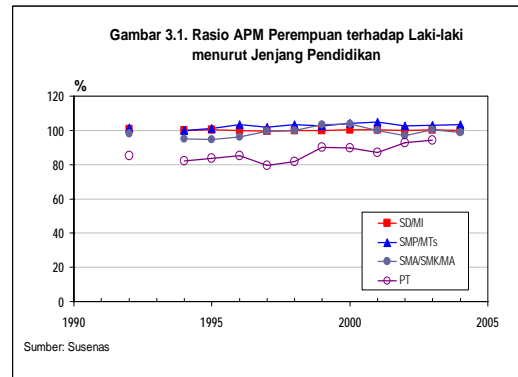
TUJUAN 3: MENDORONG KESETARAAN GENDER DAN PEMBERDAYAAN PEREMPUAN

Target 4: Menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005, dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015.

Keadaan dan Kecenderungan

Indonesia telah mencapai kemajuan dalam meningkatkan kesetaraan dan keadilan gender, terutama di bidang pendidikan. Hal ini dapat dibuktikan, antara lain dengan semakin membaiknya rasio partisipasi pendidikan dan tingkat melek aksara penduduk perempuan terhadap penduduk laki-laki. Keberhasilan lainnya adalah meningkatnya kontribusi perempuan dalam sektor non-pertanian, dan meningkatnya partisipasi perempuan di bidang politik dan lembaga legislatif. Namun demikian, beberapa masalah masih dihadapi di masa mendatang, seperti: rendahnya kualitas hidup dan peran perempuan; tingginya tindak kekerasan terhadap perempuan; banyaknya hukum dan peraturan perundang-undangan yang bias gender, dan/atau diskriminatif terhadap perempuan; dan lemahnya kelembagaan dan jaringan pengarusutamaan gender, terutama di tingkat kabupaten/kota.

Akses pada jenjang pendidikan dasar. Secara keseluruhan, Indonesia telah mencapai kemajuan yang berarti dalam mencapai kesetaraan gender di bidang pendidikan (Gambar 3.1). Untuk jenjang SD/MI rasio Angka Partisipasi Murni (APM) perempuan terhadap laki-laki selalu di sekitar angka 100. Namun demikian rasio APM perempuan terhadap laki-laki untuk jenjang SMP/MTs sejak tahun 1994 selalu lebih dari 100 persen, dan pada tahun 2004 sebesar 103,4. Dengan menggunakan rasio Angka Partisipasi Kasar (APK) perempuan terhadap laki-laki tampak bahwa partisipasi perempuan pada jenjang SMP/MTs lebih tinggi dibanding laki-laki dengan rasio sebesar 103,1 pada tahun 2003. Hal tersebut menunjukkan partisipasi penduduk perempuan lebih tinggi dibanding penduduk laki-laki. Analisis lebih lanjut menemukan bahwa partisipasi penduduk perempuan pada kelompok miskin cenderung lebih tinggi dibanding penduduk laki-laki.

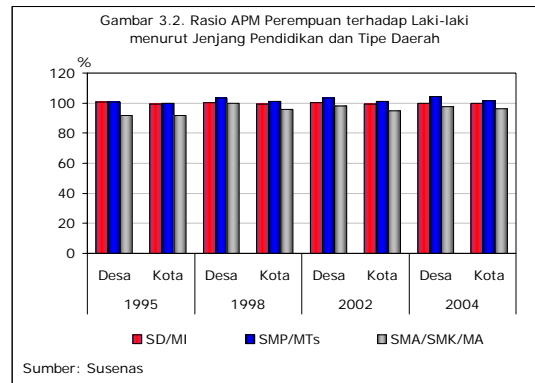


Akses pada jenjang pendidikan menengah dan pendidikan tinggi. Rasio APM perempuan terhadap laki-laki pada jenjang pendidikan menengah menunjukkan fluktuasi yang cukup besar dari 95,2 pada tahun 1994 menjadi 103,7 pada tahun 2000 dan menjadi 98,7 pada tahun 2004. Peningkatan yang tajam pada tahun 1998-2000 diduga karena pengaruh menurunnya taraf ekonomi masyarakat yang menyebabkan banyaknya anak laki-laki yang putus sekolah karena harus bekerja. Di tingkat perguruan tinggi, rasio angka partisipasi perempuan terhadap laki-laki meningkat dari 85,1 persen pada tahun 1992 menjadi 94,3 persen pada tahun 2003, dan sedikit menurun menjadi 93,2 persen pada tahun 2004. Meskipun rasio APM tersebut cukup tinggi, jika dilihat nilai absolutnya tampak bahwa partisipasi pada jenjang pendidikan

menengah dan pendidikan tinggi masih sangat rendah baik untuk laki-laki maupun perempuan. Pada tahun 2004 APM jenjang pendidikan menengah mencapai 43,0 persen dan APM jenjang pendidikan tinggi sebesar 8,6 persen. Sementara itu, APK jenjang pendidikan menengah mencapai 54,4 persen dan APK jenjang pendidikan tinggi mencapai 10,8 persen. Faktor yang menghambat diantaranya adalah aksesibilitas yang masih terbatas, seperti jumlah sekolah dan perguruan tinggi yang terbatas dan jarak tempuh yang jauh sehingga membatasi anak untuk bersekolah. Perkawinan dini juga diduga menjadi sebab perempuan tidak melanjutkan sekolah ke jenjang yang lebih tinggi.

Keragaman antarkelompok pengeluaran keluarga. Hipotesis bahwa semakin rendah tingkat pengeluaran keluarga semakin rendah pula rasio partisipasi penduduk perempuan terhadap laki-laki tidak tampak pada jenjang SD/MI dan SMP/MTs. Susenas 2004 mengungkapkan bahwa APM penduduk perempuan pada kelompok miskin (kuantil 1 atau 20 persen terbawah dari tingkat pengeluaran keluarga) sama atau sedikit lebih tinggi dibanding penduduk laki-laki. Hal ini diduga karena faktor kemiskinan menyebabkan anak laki-laki secara budaya harus bekerja. Kondisi tersebut berbeda pada kelompok 20 persen terkaya (kuantil 5) dengan angka partisipasi penduduk laki-laki lebih tinggi dibanding penduduk perempuan pada semua jenjang pendidikan. Analisis terhadap APK menunjukkan kecenderungan yang sama pula. Namun apabila angka partisipasi pendidikan antara penduduk kaya dan penduduk miskin dibandingkan, dapat disimpulkan bahwa partisipasi penduduk miskin jauh tertinggal dibanding penduduk kaya terutama pada jenjang SMP/MTs ke atas baik pada penduduk laki-laki maupun penduduk perempuan.

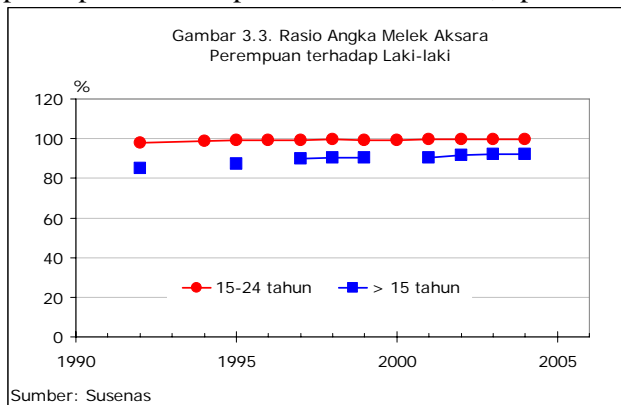
Keragaman antara perkotaan dan perdesaan. Tidak terdapat perbedaan rasio APM dan APK antara perkotaan dan perdesaan di jenjang sekolah dasar dan sekolah lanjutan pertama. Namun demikian kesenjangan partisipasi pendidikan menengah di daerah perdesaan lebih rendah dibanding kesenjangan di daerah perkotaan dengan rasio APM perempuan terhadap laki-laki sebesar 97,8 untuk wilayah perdesaan dan 96,4 untuk wilayah perkotaan (Gambar 3.2).



Pandangan bias gender. Gejala pemisahan gender (*gender segregation*) dalam jurusan atau program studi sebagai salah satu bentuk diskriminasi gender secara sukarela (*voluntarily discrimination*) ke dalam bidang keahlian masih banyak ditemukan. Pemilihan jurusan-jurusan bagi anak perempuan lebih dikaitkan dengan fungsi domestik, sementara itu anak laki-laki diharapkan berperan dalam menopang ekonomi keluarga sehingga harus lebih banyak memilih keahlian-keahlian ilmu keras, teknologi dan industri. Penjurusan pada pendidikan menengah kejuruan dan pendidikan tinggi menunjukkan masih terdapat stereotipi dalam sistem pendidikan di Indonesia yang mengakibatkan tidak berkembangnya pola persaingan sehat menurut gender. Sebagai contoh, bidang ilmu sosial pada umumnya didominasi siswa perempuan, sementara bidang ilmu teknis umumnya didominasi siswa laki-laki. Pada tahun ajaran 2000/2001, persentase siswa perempuan yang bersekolah di SMK program studi teknologi industri baru mencapai 18,5 persen, program studi pertanian dan kehutanan 29,7 persen, sementara untuk bidang studi bisnis dan manajemen 64,6 persen.

Tingkat keaksaraan penduduk. Terjadinya perbaikan tingkat kemampuan keaksaraan

penduduk yang diukur dengan angka melek aksara, menunjukkan adanya peningkatan tingkat melek aksara penduduk usia 15-24 tahun ke atas yaitu dari 96,2 persen pada 1990 menjadi 98,7 persen pada tahun 2004 (Gambar 3.3). Kesenjangan tingkat melek aksara laki-laki dan perempuan juga semakin kecil, yang ditunjukkan oleh meningkatnya rasio angka melek aksara penduduk perempuan terhadap penduduk laki-laki usia 15-24 tahun dari 97,9 persen pada tahun 1990 menjadi 99,7 persen pada tahun 2004. Apabila kelompok penduduk usia diperluas menjadi 15 tahun ke atas, maka tingkat kesenjangan tingkat melek aksara penduduk laki-laki dan perempuan menjadi semakin lebar dengan rasio melek aksara perempuan terhadap laki-laki sebesar 92,3 persen.



Keragaman tingkat melek aksara menurut pengeluaran keluarga. Tingkat melek aksara penduduk perempuan naik secara berarti pada semua kelompok pengeluaran keluarga. Selain itu untuk kelompok usia 15-24 tahun tidak terdapat perbedaan tingkat melek aksara yang besar antara perempuan dan laki-laki di semua kelompok. Data tahun 2004 menunjukkan rasio angka melek aksara perempuan terhadap laki-laki sebesar 99,2 untuk kelompok termiskin dan sebesar 99,9 untuk kelompok terkaya. Namun demikian jika rentang usia diperbesar menjadi 15 tahun ke atas, kesenjangan cukup nampak dengan rasio angka melek aksara perempuan terhadap laki-laki sebesar 89,1 untuk kelompok termiskin dan 96,4 untuk kelompok terkaya.

Keragaman tingkat melek aksara antara perkotaan dan perdesaan. Secara umum dapat disimpulkan bahwa tingkat melek aksara penduduk usia 15-24 tahun di perdesaan tidak memiliki perbedaan yang signifikan dibanding penduduk perkotaan. Hal ini ditunjukkan oleh angka melek huruf penduduk usia 15-24 tahun yang hanya sedikit lebih tinggi di perkotaan dibanding perdesaan baik untuk laki-laki maupun perempuan. Apabila kisaran usia diperlebar menjadi 15 tahun ke atas, tampak bahwa pada tahun 2004 kesenjangan tingkat melek aksara penduduk laki-laki dan perempuan di perdesaan (rasio 90,1) lebih besar dibanding penduduk perkotaan (rasio 94,9).

Keragaman tingkat melek aksara antarprovinsi. Tingkat keaksaraan penduduk usia 15-24 tahun pada tahun 2003 masih beragam antarprovinsi dengan kisaran angka melek aksara antara 94,2 persen sampai dengan 99,8 persen dengan rata-rata sebesar 98,6 persen. Rasio angka melek aksara perempuan terhadap laki-laki secara rata-rata pada tahun 2003 sudah mencapai 100, namun demikian jika dipilah menurut provinsi kesenjangan masih nampak besar dengan kisaran rasio antara 89,6 (Papua) sampai dengan 103,1 (Gorontalo). Apabila kisaran usia diperluas menjadi 15 tahun ke atas, maka perbedaan antarprovinsi menjadi lebih nyata dengan rentang rasio melek aksara perempuan terhadap laki-laki antara 83,2 (NTB) dan 99,9 (Sulawesi Utara).

Kesenjangan pencapaian hasil pembangunan antara perempuan dan laki-laki. Berdasarkan Laporan Pembangunan Manusia tahun 2004, angka *Human Development Index* (HDI), angka *Gender-related Development Index* (GDI) dan angka *Gender Empowerment Measurement* (GEM) masing-masing adalah 65,8, 59,2 dan 54,6. Tingginya angka HDI dibandingkan dengan angka GDI menunjukkan bahwa keberhasilan pembangunan sumber daya manusia secara keseluruhan belum sepenuhnya diikuti dengan keberhasilan pembangunan gender, atau masih terdapat kesenjangan gender. Sementara itu, rendahnya angka GEM menunjukkan bahwa partisipasi dan kesempatan perempuan masih rendah di bidang politik, ekonomi, dan pengambilan keputusan. Angka GDI Indonesia tersebut menempati peringkat ke-90, jauh lebih rendah jika dibandingkan dengan beberapa negara ASEAN. Selanjutnya, data Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) tahun 2004 menunjukkan bahwa tingkat partisipasi angkatan kerja (TPAK) perempuan masih relatif rendah yaitu 49,2 persen, dibandingkan dengan laki-laki 86,0 persen. Kontribusi penduduk perempuan dalam pekerjaan upahan (*wage employment*) di sektor non-pertanian juga masih rendah yaitu 28,3 persen pada tahun 2002.

Partisipasi perempuan di sektor publik. Data yang ada menunjukkan bahwa status ketenagakerjaan perempuan di Indonesia, khususnya di sektor publik, belum memuaskan. Keterwakilan perempuan sebagai pengambil keputusan di lembaga-lembaga eksekutif, legislatif, dan yudikatif belum cukup penting untuk bisa mempengaruhi proses pengambilan keputusan secara keseluruhan. Meskipun Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2003 tentang Pemilihan Umum mengamanatkan aksi afirmasi yaitu 30 persen kuota untuk perempuan dalam partai politik, namun keterwakilan perempuan dalam lembaga legislatif masih rendah. Pada periode 1992-1997, proporsi perempuan di Dewan Perwakilan Rakyat (DPR) adalah 12,0 persen, sedangkan pada periode 1999-2004 adalah 9,9 persen, dan pada periode 2004-2009 adalah 11,6 persen. Keterwakilan perempuan di DPD (yang dibentuk pada tahun 2004) juga masih rendah yaitu 19,8 persen. Pegawai negeri sipil (PNS) perempuan yang menjabat sebagai Eselon I, II, dan III masih rendah, yaitu 12 persen. Demikian halnya peran perempuan di lembaga yudikatif juga masih rendah, masing-masing sebesar 20 persen sebagai hakim, dan 18 persen sebagai hakim agung pada tahun 2004.

Tantangan

Tantangan yang dihadapi dalam rangka menghapuskan kesenjangan gender antara lain adalah: meningkatkan kualitas hidup dan peran perempuan di segala bidang pembangunan, terutama di bidang pendidikan, kesehatan, ekonomi, dan pengambilan keputusan; merevisi peraturan perundang-undangan yang bias gender dan/atau diskriminatif terhadap perempuan; meningkatkan kesempatan kerja dan partisipasi perempuan dalam pembangunan politik; dan melaksanakan strategi pengarusutamaan gender di seluruh tahapan pembangunan dan di seluruh tingkat pemerintahan (nasional, provinsi, dan kabupaten/kota). Di bidang pendidikan, tantangan yang dihadapi, antara lain yaitu: meningkatkan kualitas dan relevansi pendidikan, menyediakan pelayanan pendidikan secara lebih luas dan beragam, dan menyempurnakan seluruh materi bahan ajar agar responsif gender.

Kebijakan dan Program

Pengarusutamaan gender di seluruh bidang dan kegiatan pembangunan telah ditetapkan sebagai salah satu prinsip pengarusutamaan dalam perencanaan jangka menengah dan tahunan. Kebijakan pembangunan yang akan dilakukan dalam lima tahun ke depan diarahkan

untuk: meningkatkan keterlibatan perempuan dalam proses politik dan jabatan publik; meningkatkan taraf pendidikan dan layanan kesehatan serta bidang pembangunan lainnya untuk mempertinggi kualitas hidup perempuan; menyempurnakan perangkat hukum untuk melindungi setiap individu dari berbagai tindak kekerasan, eksploitasi, dan diskriminasi; dan memperkuat kelembagaan, koordinasi, dan jaringan pengarusutamaan gender dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi dari berbagai kebijakan, program, dan kegiatan pembangunan di segala bidang, termasuk pemenuhan komitmen-komitmen internasional, penyediaan data dan statistik gender, serta peningkatan partisipasi masyarakat. Untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pendidikan yang lebih berkualitas, kebijakan diarahkan pada penyelenggaraan Wajib Belajar Pendidikan Dasar Sembilan Tahun, penurunan secara signifikan jumlah penduduk yang buta aksara, dan peningkatan keadilan dan kesetaraan pendidikan antarkelompok masyarakat termasuk antara penduduk laki-laki dan perempuan.

Program-program pembangunan jangka menengah dan tahunan terus dikembangkan agar responsif gender. Program-program tersebut ditujukan untuk meningkatkan kualitas hidup dan perlindungan perempuan, terutama di bidang pendidikan, kesehatan, hukum, ketenagakerjaan, sosial, politik, lingkungan hidup dan ekonomi. Program lain yang dilakukan adalah memperkuat kelembagaan pengarusutamaan gender, terutama di tingkat kabupaten/kota.

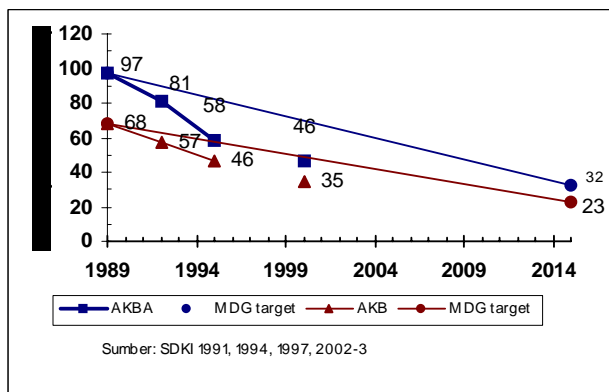
TUJUAN 4: MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN ANAK

Target 5: Menurunkan Angka Kematian Balita sebesar dua-pertiganya, antara tahun 1990 dan 2015.

Keadaan dan Kecenderungan

Kematian balita dan bayi. Pada tahun 1960 angka kematian balita (AKB) masih sangat tinggi yaitu 216 per 1000 kelahiran hidup. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2002-2003 menunjukkan terjadinya penurunan AKB hingga mencapai 46 per 1.000 kelahiran hidup pada periode 1998-2002. Rata-rata penurunan AKBA pada dekade 1990-an adalah sebesar 7 persen per tahun, lebih tinggi dari dekade sebelumnya sebesar 4 persen per tahun. Pada tahun 2000 Indonesia telah mencapai target yang ditetapkan dalam *World Summit for Children* (WSC) yaitu 65 per 1000 kelahiran hidup.

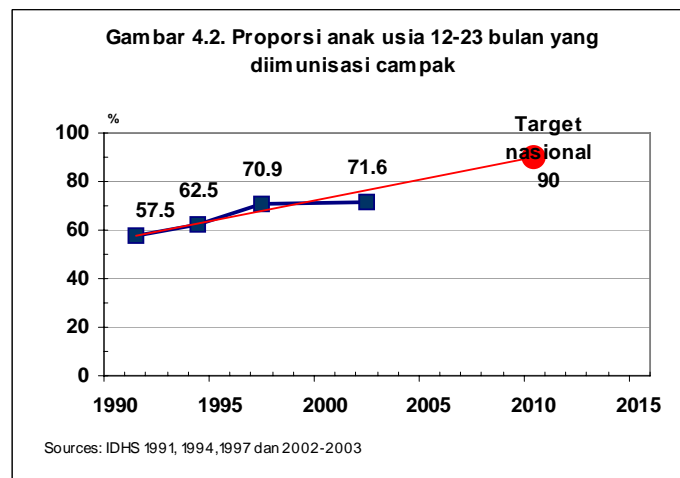
Gambar 4.1. Kecenderungan Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Balita



Angka kematian bayi juga menurun tajam menjadi 35 per 1.000 kelahiran hidup pada kurun 1998-2002. Walaupun begitu, angka kematian bayi ini masih tergolong tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota ASEAN, yaitu 4,6 kali lebih tinggi dari Malaysia, 1,3 kali lebih tinggi dari Filipina dan 1,8 kali lebih tinggi dari Thailand. Variasi kematian bayi antar propinsi masih cukup besar, dengan kematian paling tinggi terjadi

di Nusa Tenggara Barat yaitu hampir lima kali lebih tinggi dari angka kematian bayi di Yogyakarta

Imunisasi campak. Cakupan imunisasi campak terus mengalami peningkatan, namun cakupan di daerah perkotaan cenderung lebih tinggi. Variasi cakupan antar propinsi juga masih tinggi, dengan cakupan tertinggi di Yogyakarta (91,1%). Angka ini dua kali lebih tinggi dari Banten (44,0%) yang merupakan propinsi dengan cakupan terendah.



Tantangan

Sebab kematian pada anak. Tiga penyebab utama kematian bayi adalah infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), komplikasi perinatal dan diare. Gabungan ketiga penyebab ini memberi andil bagi 75% kematian bayi. Pola penyebab utama kematian balita juga hampir sama yaitu penyakit saluran pernafasan, diare, penyakit syaraf – termasuk meningitis dan encephalitis – dan tifus.

Kesehatan neonatal dan maternal. Tingginya kematian anak pada usia hingga satu tahun, menunjukkan masih rendahnya status kesehatan ibu dan bayi baru lahir; rendahnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak; serta perilaku ibu hamil dan keluarga serta masyarakat yang belum mendukung perilaku hidup bersih dan sehat.

Perlindungan dan pelayanan kesehatan bagi golongan miskin dan kelompok rentan di perdesaan dan wilayah terpencil, serta kantong-kantong kemiskinan di daerah perkotaan, merupakan salah satu strategi kunci untuk menurunkan angka kematian anak. Angka kematian bayi pada kelompok termiskin adalah 61 per 1.000 kelahiran hidup, jauh lebih tinggi daripada golongan terkaya sebesar 17 per 1.000 kelahiran hidup. Penyakit infeksi yang merupakan penyebab kematian balita dan bayi seperti infeksi saluran pernafasan akut, diare dan tetanus, lebih sering terjadi pada kelompok miskin. Rendahnya status kesehatan penduduk miskin ini terutama disebabkan oleh terbatasnya akses terhadap pelayanan karena kendala kendala biaya (cost barrier), geografis dan transportasi.

Penerapan desentralisasi kesehatan menjadi tantangan yang cukup berat bagi pelayanan kesehatan secara umum karena pembagian tugas dan wewenang di bidang kesehatan yang belum sepenuhnya dipahami. Selain perlunya intervensi yang *cost-effective*, kerjasama lintas sektor bagi upaya penanggulangan kemiskinan akan sangat berperan dalam peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak secara umum.

Kebijakan dan Program

Penurunan angka kematian bayi dan balita merupakan salah satu prioritas dalam pembangunan kesehatan dalam Program Pembangunan Nasional 2001-2004. Upaya nyata penurunan kematian anak pada masa krisis telah dilakukan melalui **Jaring Pengaman Sosial dan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bahan Minyak**, yaitu dengan memberikan akses pelayanan kesehatan gratis bagi masyarakat miskin meliputi pelayanan kesehatan dasar, pelayanan kebidanan dasar, pelayanan perbaikan gizi, revitalisasi pos pelayanan terpadu (posyandu), pemberantasan penyakit menular, dan revitalisasi kewaspadaan pangan dan gizi.

Dengan ditetapkannya Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, maka upaya peningkatan akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan dilanjutkan dan lebih ditingkatkan melalui **upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin dengan sistem jaminan/asuransi** kesehatan yang preminya dibayar oleh pemerintah. Dengan sistem ini, sekitar 36,1 juta penduduk miskin dapat memanfaatkan pelayanan di puskesmas dan jaringannya seperti puskesmas pembantu dan bidan di desa, serta pelayanan di kelas III rumah sakit secara gratis.

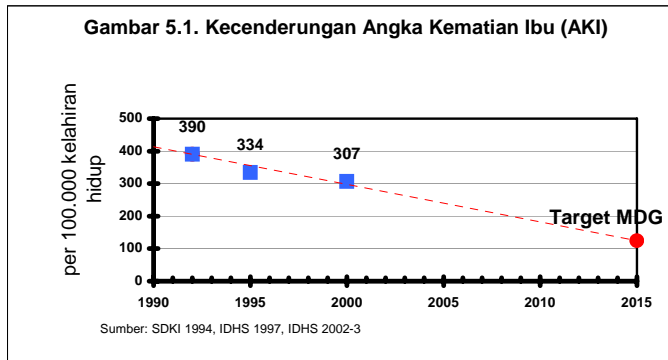
Untuk *mendekatkan akses masyarakat terhadap fasilitas pelayanan kesehatan*, dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah 2004-2009, kebijakan pembangunan kesehatan terutama diarahkan pada peningkatan jumlah, jaringan dan kualitas puskesmas, peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan (terutama dokter dan bidan), dan pengembangan sistem jaminan kesehatan terutama bagi penduduk miskin.

Upaya lain yang dilakukan dalam rangka menurunkan angka kematian anak adalah pengembangan upaya kesehatan bersumber masyarakat seperti pos pelayanan terpadu (posyandu), penanggulangan kurang energi protein, pendidikan gizi, penyediaan sarana air bersih dan sanitasi dasar, serta pencegahan dan pemberantasan penyakit melalui surveilans dan imunisasi.

TUJUAN 5: MENINGKATKAN KESEHATAN IBU

Target 6: Menurunkan angka kematian ibu antara tahun 1990 dan 2015 sebesar tiga-perempatnya.

Keadaan dan Kecenderungan

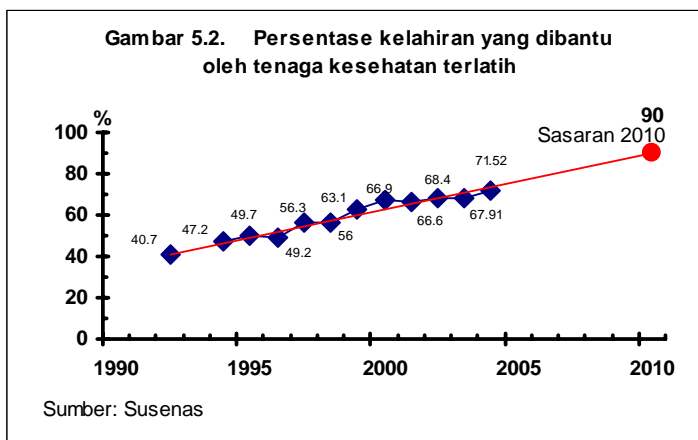


Angka kematian ibu (AKI) di Indonesia telah mengalami penurunan menjadi 307 per 100.000 kelahiran hidup (1998-2002). Tetapi dengan 20.000 ibu yang meninggal setiap tahun akibat komplikasi kehamilan atau persalinan, pencapaian target MDG akan dapat terwujud hanya jika dilakukan upaya yang lebih intensif untuk mempercepat laju

penurunannya.

Disparitas kematian ibu antar wilayah di Indonesia masih cukup besar dan masih relatif lebih tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota ASEAN misalnya resiko kematian ibu karena melahirkan di Indonesia adalah 1 dari 65, dibandingkan dengan 1 dari 1.100 di Thailand.

Penyebab kematian ibu yang utama adalah perdarahan, eklampsia, partus lama, komplikasi aborsi, dan infeksi. Kontribusi dari penyebab kematian ibu tersebut masing-masing adalah perdarahan 28 persen, eklampsia 13 persen, aborsi yang tidak aman 11 persen, serta sepsis 10 persen. Kontrasepsi modern memainkan peranan penting untuk menurunkan kehamilan yang tidak diinginkan. Pada tahun 1997, tingkat pemakaian kontrasepsi pada perempuan kawin usia 15-49 tahun hanya 57,4 persen dan meningkat menjadi 60,3 persen pada tahun 2002-2003 (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003).



Penyebab tidak langsung.

Resiko kematian ibu makin besar dengan adanya anemia, kekurangan energi kronik (KEK), dan penyakit menular seperti malaria, tuberkulosis (TB), hepatitis dan HIV/AIDS. Pada tahun 1995 misalnya, prevalensi anemia pada ibu hamil mencapai 51 persen dan pada ibu nifas 45 persen. Pada tahun 2002, 17,6 persen wanita usia subur menderita KEK.

Tingkat sosial ekonomi, tingkat pendidikan, faktor budaya, akses ke sarana kesehatan, transportasi, dan tidak meratanya distribusi tenaga terlatih terutama bidan, juga berkontribusi secara tidak langsung terhadap kematian ibu.

Pertolongan persalinan oleh petugas kesehatan terlatih terus mengalami peningkatan hingga mencapai 71,52 persen pada tahun 2004. Akan tetapi, proporsi ini bervariasi antar propinsi. Proporsi ini juga bervariasi mengikuti tingkat pendapatan. Pada tahun 2002, ibu dengan pendapatan lebih tinggi, 89,2 persen kelahirannya ditolong oleh tenaga kesehatan berbanding dengan 21,3 persen pada golongan berpendapatan rendah.

Tantangan

Struktur penduduk masa yang akan datang yang dicirikan dengan proporsi wanita usia subur yang lebih tinggi menyebabkan kebutuhan akan pelayanan kesehatan meningkat. **Desentralisasi bidang kesehatan** pada saat ini masih belum secara jelas mendefinisikan peran dan tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah. Daerah dengan kemampuan keuangan yang rendah akan mengalami kesulitan untuk mengalokasikan anggaran kesehatannya.

Keterbatasan tenaga dan biaya. Data terbaru menunjukkan bahwa jumlah bidan di desa telah menurun. Dengan demikian kelompok rentan dan miskin akan semakin sulit untuk mendapatkan pertolongan persalinan. Selain itu, keterbatasan kemampuan finansial rumah tangga juga telah menghambat akses ke pelayanan dasar. Oleh karenanya, inovasi mekanisme yang meringankan beban keuangan rumah tangga sangat diperlukan untuk menjamin akses mereka kepada pelayanan.

Kebijakan dan Program

Prioritas nasional. Penurunan angka kematian ibu merupakan salah satu prioritas pembangunan kesehatan sebagaimana tercantum dalam Rencana Pembangunan Nasional Jangka Menengah Nasional 2004-2009. Untuk mencapai sasaran tersebut, kebijakan pembangunan kesehatan terutama diarahkan pada peningkatan jumlah, jaringan dan kualitas puskesmas disertai dengan peningkatan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan. Dengan kebijakan ini diharapkan fasilitas pelayanan kesehatan makin dekat dan makin mudah terjangkau oleh masyarakat. Demikian pula cakupan dan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk keluarga berencana terus ditingkatkan.

Mengacu pada Indonesia Sehat 2010, telah dicanangkan **Making Pregnancy Safer (MPS)**, yang terfokus pada pendekatan perencanaan sistematis dan terpadu dalam intervensi klinis dan sistem kesehatan serta penekanan pada kemitraan. MPS ini dilakukan dengan meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir; membangun kemitraan yang efektif melalui kerjasama lintas program dan lintas sektor; mendorong pemberdayaan wanita dan keluarga; dan mendorong keterlibatan masyarakat.

Untuk **meningkatkan akses masyarakat miskin**, kebijakan yang ditempuh adalah dengan pengembangan sistem jaminan kesehatan. Metode layanan kesehatan ini telah dimulai sejak terjadinya krisis ekonomi pada tahun 1998, melalui Program Jaring Pengaman Sosial yaitu dengan memberikan pelayanan kesehatan gratis kepada penduduk miskin. Dalam RPJMN 2004-2009, program ini terus dilanjutkan dan ditingkatkan dengan sistem asuransi kesehatan

yang preminya dibayarkan oleh pemerintah. Seluruh penduduk miskin bisa mendapatkan pelayanan kesehatan gratis di puskesmas dan jaringannya dan kelas III rumah sakit, termasuk di dalamnya pemeriksaan ibu hamil dan persalinan baik normal maupun dengan persalinan dengan penyulit. Untuk mendekatkan akses pelayanan kepada penduduk, akan dilakukan perekrutan dan penempatan tenaga kesehatan baik di rumah sakit maupun di puskesmas dan jaringannya termasuk dokter dan bidan di desa.

TUJUAN 6. MEMERANGI HIV/AIDS, MALARIA, DAN PENYAKIT LAINNYA

HIV/AIDS

Target 7: Mengendalikan penyebaran HIV/AIDS dan mulai menurunnya jumlah kasus baru pada tahun 2015

Keadaan dan Kecenderungan

Prevalensi HIV/AIDS pada penduduk usia 15-29 tahun diperkirakan masih di bawah 0,1 persen. Namun angka prevalensi pada sub populasi beresiko tinggi telah melebihi 5 persen. Hingga Juni 2005, semua propinsi telah melaporkan adanya penduduk yang terinfeksi HIV dengan jumlah penderita AIDS yang tercatat sebanyak 3.358 orang. Tetapi penderita HIV/AIDS yang sebenarnya diperkirakan mencapai 103.971 orang. Angka ini lebih kecil dari jumlah penderita di Thailand, Myanmar dan Vietnam, namun lebih tinggi dari Malaysia dan Filipina. Pola penyebaran umumnya melalui napza suntik (IDUs) 47,2%, hubungan heteroseksual 36,4%, dan homoseksual 5,8%.

Penggunaan kondom pada hubungan seksual komersial terakhir pada tahun 2004, mencapai 59,7 persen, atau naik dari 41 persen pada tahun sebelumnya. Namun survei di 3 kota menunjukkan hanya 10 persen dari 7 – 10 juta pelanggan seks pria yang menggunakan kondom secara konsisten. Penggunaan kondom sebagai alat KB (yaitu pada *contraceptive prevalence rate*) pada wanita menikah usia subur (15-49 tahun) sangat rendah, yaitu 0,7 persen pada tahun 1997 dan meningkat menjadi 0,9 persen pada tahun 2002-2003 (Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003).

Pengetahuan tentang HIV/AIDS. Sebesar 65,8 persen wanita dan 79,4 persen pria usia 15-24 tahun telah mendengar tentang HIV/AIDS (SDKI 2002-2003). Pada wanita usia subur usia 15 - 49 tahun, sebagian besar (62,4 persen) telah mendengar HIV/AIDS, tapi hanya 20,7 persen yang mengetahui bahwa menggunakan kondom setiap berhubungan seksual dapat mencegah penularan HIV/AIDS.

Tantangan

Ancaman epidemi HIV/AIDS, telah terlihat melalui data infeksi HIV yang terus meningkat khususnya di kalangan kelompok beresiko tinggi. Diperkirakan ada 90.000 – 130.000 orang dengan HIV/AIDS di 2003 dan pada tahun 2010 akan ada sekitar 110.000 orang yang menderita atau meninggal karena AIDS, serta 1 – 5 juta orang yang mengidap virus HIV. Data ini menunjukkan bahwa HIV/AIDS telah menjadi ancaman serius bagi Indonesia.

Kebijakan dan Program

Penanggulangan penyebaran HIV/AIDS, terutama pada kelompok resiko tinggi akan ditingkatkan dan mendapat perhatian utama dari pemerintah. Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia terdiri atas upaya pencegahan, termasuk peningkatan kualitas dan akses pelayanan

kesehatan reproduksi dan pemahaman akan hak-hak reproduksi; pengobatan, dukungan dan perawatan bagi orang yang hidup dengan HIV/AIDS; dan surveilans. Upaya pencegahan juga ditujukan kepada populasi beresiko tinggi seperti pekerja seks komersial dan pelanggannya, orang yang telah terinfeksi dan pasangannya, para pengguna napza suntik serta pekerja kesehatan yang mudah terpapar oleh infeksi HIV/AIDS.

Aksesibilitas penderita terhadap pelayanan kesehatan ditingkatkan dengan memperluas rumah sakit rujukan pada tahun 2005 menjadi 50 rumah sakit dan 10 rumah sakit ditunjuk sebagai pusat rehabilitasi pecandu napza. Pada wilayah kabupaten/kota dengan prevalensi HIV/AIDS 5% atau lebih, secara konsisten dilakukan upaya kolaborasi dengan pemberantasan penyakit tuberkulosis. Pemerintah juga memberikan subsidi penuh obat *Anti Retroviral* (ARV), obat tuberkulosis, reagen tes HIV, serta diagnosa/pengobatan melalui rumah sakit rujukan.

Malaria

Target 8: Mengendalikan penyakit malaria dan mulai menurunnya jumlah kasus malaria dan penyakit lainnya pada tahun 2015

Keadaan dan kecenderungan

Prevalensi. Pada tahun 2001, diperkirakan prevalensi malaria sebesar 850 per 100.000 penduduk dan angka kematian spesifik akibat malaria sebesar 11 per 100.000 untuk laki-laki dan 8 per 100.000 untuk perempuan. Lebih dari 90 juta orang di Indonesia tinggal di daerah endemik malaria. Diperkirakan dari 30 juta kasus malaria setiap tahunnya, kurang lebih hanya 10 persennya saja yang mendapat pengobatan di fasilitas kesehatan. Beban terbesar dari penyakit malaria ada di bagian timur Indonesia yang merupakan daerah endemik. Sebagian besar daerah pedesaan di luar Jawa-Bali juga merupakan daerah risiko malaria. Bahkan di beberapa daerah, malaria merupakan penyakit yang muncul kembali (*re-emerging diseases*).

Di antara anak di bawah lima tahun (balita) dengan gejala klinis malaria, hanya sekitar 4,4 persen yang menerima pengobatan malaria, sementara balita yang menderita malaria umumnya hanya menerima obat untuk mengurangi demam (67,6 persen). Diperkirakan kurang lebih separuh dari kasus yang dilaporkan, hanya didiagnosa berdasarkan gejala klinik tanpa dukungan konfirmasi laboratorium.

Tantangan

Hubungan dengan kemiskinan. Tingginya prevalensi malaria merefleksikan adanya hambatan finansial dan budaya untuk mencegah dan mengobati malaria secara tepat dan efektif. Malaria dihubungkan dengan kemiskinan sekaligus sebagai penyebab dan akibat. Misalnya, upaya pencegahan difokuskan untuk meminimalkan jumlah kontak manusia dengan nyamuk melalui pemakaian kelambu (*bed nets*) dan penyemprotan rumah. Namun hanya satu dari tiap tiga anak di bawah lima tahun yang tidurnya menggunakan kelambu karena ketidakmampuan untuk membeli kelambu. Faktor lain yang berkontribusi pada memburuknya malaria adalah bencana dan tingginya mobilitas penduduk.

Sumber daya manusia. Sejak krisis ekonomi (1997), banyak petugas kesehatan yang pensiun tanpa adanya penggantian, termasuk di dalamnya Juru Malaria Desa (JMD) di Jawa dan Bali, yang berperan pada deteksi dini dan pengobatan malaria. **Resistensi** dilaporkan terjadi di seluruh propinsi, baik untuk obat malaria yang tersedia, maupun insektisida, terutama disebabkan oleh kepatuhan terhadap pengobatan yang tidak memadai, pengobatan yang tidak tepat, dan tingginya mobilitas penduduk.

Kebijakan dan Program

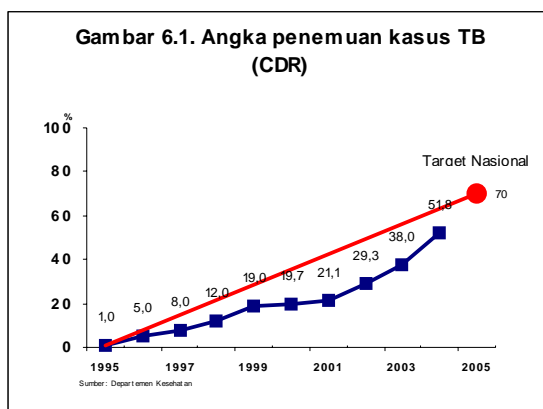
Pencegahan malaria diintensifkan melalui pendekatan *Roll Back Malaria* (RBM) yang dioperasionalkan dalam Gerakan Berantas Kembali (Gebrak) Malaria sejak tahun 2000, dengan strategi deteksi dini dan pengobatan yang tepat; peran serta aktif masyarakat dalam pencegahan malaria; dan perbaikan kapasitas personal kesehatan yang terlibat. Yang juga penting adalah pendekatan terintegrasi dari pembasmian malaria dengan kegiatan lain, seperti Manajemen Terpadu Balita Sakit dan promosi kesehatan.

Upaya pemberantasan malaria di Indonesia saat ini terdiri dari delapan kegiatan yaitu: diagnosis awal dan pengobatan yang tepat; pemakaian kelambu dengan insektisida; penyemprotan; surveilans deteksi aktif dan pasif; survei demam dan surveilans migran; deteksi dan kontrol epidemik; langkah-langkah lain seperti *larvaciding*; dan *capacity building*. Untuk menanggulangi strain yang resisten terhadap klorokuin, pemerintah pusat dan daerah akan menggunakan kombinasi baru obat-obatan malaria untuk memperbaiki kesuksesan pengobatan.

Tuberkulosis (TB)

Keadaan dan kecenderungan

Prevalensi. Pada tahun 1998, prevalensi tuberkulosis nasional sebesar 786 per 100.000 penduduk (kasus baru dan lama), 44 persen diantaranya adalah kasus BTA positif (SS+) menular. Pada tahun 2004, angka SS+ nasional turun menjadi 104 per 100.000 penduduk, dengan rincian Bali dan Jawa 59 per 100.000 penduduk, Sumatera 160 per 100.000 penduduk, dan wilayah timur Indonesia 189 per 100.000 penduduk.



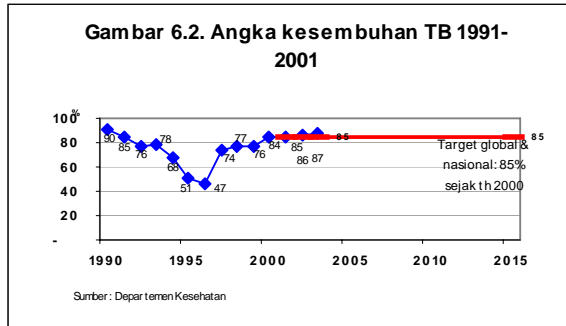
Indonesia berada pada urutan ketiga penyumbang kasus tuberkulosis di dunia, dengan sekitar 582,000 kasus baru setiap tahun, dan 259,970 kasus di antaranya adalah tuberkulosis paru dengan SS+. Angka kematian tuberkulosis (*death rate*) secara nasional pada tahun 1998 diperkirakan sebesar 68 per 100.000 penduduk dan angka kematian kasus (*case fatality rate*) sebesar 24 persen. Sedangkan angka penemuan kasus terus meningkat dan pada tahun 2004 mencapai 51,8 persen.

Angka kesembuhan. Pada 2003, 86,7 persen penderita menyelesaikan pengobatan (pengobatan lengkap dan sembuh). Angka ini telah mencapai target global dan nasional

sebesar 85 persen pada tahun 2000. Walaupun demikian variasi yang cukup tajam masih terjadi antara berbagai wilayah di Indonesia.

Tantangan

Tantangan yang dihadapi dalam pemberantasan TB adalah bagaimana membangun komitmen politik pemerintah, melakukan diagnosis akurat dengan pemeriksaan mikroskopis, kesesuaian *directly observed treatment success rate* (DOTS), menjaga ketersediaan obat yang tidak terputus, dan membangun sistem pelaporan dan pencatatan.



Kebijakan dan Program

Gerdunas. Pemerintah Indonesia menetapkan pengendalian tuberkulosis sebagai prioritas kesehatan nasional. Pada tahun 1999, telah dicanangkan Gerakan Nasional Terpadu Pemberantasan Tuberkulosis atau “Gerdunas” untuk mempromosikan percepatan pemberantasan tuberkulosis dengan

pendekatan integratif, mencakup rumah sakit dan sektor swasta dan semua pengambil kebijakan lain, termasuk penderita dan masyarakat. Pada tahun 2001, semua propinsi dan kabupaten telah mencanangkan Gerdunas, meskipun tidak semua operasional secara penuh.

Untuk membangun pondasi pemberantasan tuberkulosis yang berkelanjutan, telah ditetapkan Rencana Strategis Program Penanggulangan Tuberkulosis 2002-2006. Pemerintah Indonesia juga menyediakan sejumlah besar dana untuk pengendalian tuberkulosis. Mulai tahun 2005, upaya ini didukung oleh pemberian pelayanan kesehatan termasuk pemeriksaan, obat-obatan dan tindakan medis secara gratis bagi seluruh penduduk miskin.

Tembakau

Keadaan dan Kecenderungan

Penggunaan tembakau merupakan salah satu penyumbang utama dari kesakitan di antara penduduk termiskin di Indonesia. Pada tahun 2004, 34,4 persen penduduk berumur 15 tahun ke atas merokok, dengan prevalensi lebih tinggi pada di daerah pedesaan (36,6 persen), dibanding perkotaan (31,7 persen). Angka ini meningkat dari 31,5 persen pada tahun 2001. Sekitar 77,9 persen dari perokok tersebut mulai merokok sebelum usia 19 tahun, yaitu pada saat mereka mungkin belum bisa mengevaluasi resiko merokok dan sifat nikotin yang sangat adiktif. Karena sebagian besar (91,8 persen) perokok yang berumur 10 tahun ke atas merokok di dalam rumah ketika bersama dengan anggota keluarga lainnya, maka diperkirakan jumlah perokok pasif anak-anak adalah 43 juta orang.

Tantangan

Beban kesehatan dan ekonomi. Di Indonesia, penggunaan tembakau berkontribusi cukup besar pada beban kesehatan. Satu dari dua perokok jangka panjang, meninggal karena kebiasaan tersebut, dan separuh kematian terjadi dalam tahun-tahun produktif ekonomi. Pada tingkat sosial, tembakau bukan hanya berpengaruh pada biaya-biaya perawatan kesehatan, namun juga menurunkan produktifitas para pekerja yang merokok.

Kelompok miskin adalah yang paling dirugikan karena penggunaan tembakau. Pada 2001, penduduk termiskin menggunakan 9,1 persen dari pengeluaran bulanan untuk tembakau, dibandingkan 7,5 persen pada kelompok kaya. Belanja produk tembakau yang lebih banyak daripada pengeluaran untuk makanan mempunyai dampak yang sangat besar pada kesehatan dan gizi keluarga miskin.

Sumber daya terbatas. Dengan beban kesehatan yang begitu besar, pendanaan untuk mendukung pengendalian terhadap tembakau relatif masih kecil. Di luar dukungan analitis penting oleh WHO dan World Bank, tidak ada donor utama yang mendukung upaya pengendalian tembakau di Indonesia, dan sumber-sumber pemerintah untuk menangani masalah kesehatan utama ini masih belum cukup berarti.

Kebijakan dan Program

Salah satu kebijakan yang ditempuh adalah **mempertahankan harga tinggi** pada produk tembakau dengan mengenakan cukai yang tinggi. Diperkirakan kenaikan harga sebesar 10 persen akan menurunkan tingkat permintaan global terhadap tembakau sebesar rata-rata 4 persen hingga 8 persen. Kenaikan cukai dan harga produk tembakau merupakan strategi yang efektif untuk mengurangi beban kerusakan kesehatan akibat penggunaan tembakau.

Selain itu dilakukan **pembatasan terhadap iklan, promosi dan pemberian sponsor** produk rokok. Pembatasan iklan misalnya diterapkan pada iklan di media televisi dengan pelarangan penayangan iklan rokok pada siang hari dan sebagian malam.

Pemerintah juga terus **mempromosikan perilaku hidup bersih dan sehat**, yang antara lain adalah promosi dan pendidikan kepada masyarakat untuk tidak merokok. Upaya ini akan ditunjang dengan gerakan bebas asap rokok serta larangan merokok pada lokasi-lokasi tertentu seperti kantor-kantor dan tempat-tempat umum.

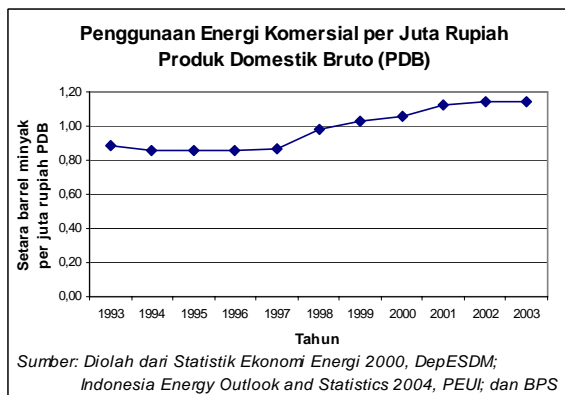
TUJUAN 7: MEMASTIKAN KELESTARIAN LINGKUNGAN HIDUP

Target 9 : Memadukan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumber daya lingkungan yang hilang

Keadaan dan Kecenderungan

Proporsi kawasan hutan terhadap luas daratan pada tahun 2004 di Indonesia menyusut menjadi 63,04% jika dibandingkan dengan kondisi di tahun 1993 yaitu sebesar 67,7% dan tahun 2001 sebesar 64,2%. Penyusutan ini disebabkan antara lain oleh penjarahan hutan, kebakaran, dan konversi untuk kegiatan pembangunan lain seperti untuk pertambangan dan pembangunan jalan, dan permukiman. Indonesia merupakan negara dengan luas hutan terbesar dibanding negara ASEAN lainnya. Namun, bersama Filipina, Indonesia memiliki **laju deforestasi** yang tertinggi. Laju deforestasi yang pada periode 1985-1997 sebesar 1,6 juta hektar per tahun meningkat menjadi 2,1 juta hektar per tahun pada periode 1997-2001.

Rasio kawasan lindung terhadap luas daratan pada kurun waktu 2001-2004 cenderung meningkat. Meskipun dianggap penting dengan banyaknya bantuan, pengelolaan kawasan lindung menghadapi ancaman yang juga tidak kalah banyaknya, terutama penambangan liar di taman-taman nasional, penjarahan hutan, dan tidak diakuinya batas wilayah konservasi.

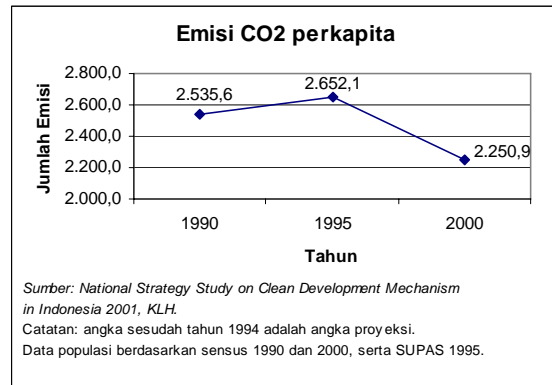


Rasio penggunaan energi per PDB Indonesia cenderung meningkat. Hal ini menunjukkan semakin tidak efisiennya penggunaan energi. Di lain pihak, ketersediaan energi tak terbarukan semakin terbatas. Hal ini menyebabkan adanya ancaman krisis energi di masa datang.

Indonesia merupakan salah satu negara peserta dalam program penghapusan bahan-bahan yang membahayakan ozon (ODS) berdasarkan Protokol Montreal sejak 1992.

Meskipun sejak 1998 impor CFC dan barang-barang yang berkaitan dengan CFC secara resmi telah dilarang, namun kenyataan bahwa permintaan akan CFC masih terpenuhi mengindikasikan terjadinya impor dan perdagangan ODS secara ilegal. Bentuk negara kepulauan yang luas membuat **kontrol terhadap usaha impor ilegal dan penggunaan ODS** sangat sulit dilakukan.

Komunikasi Nasional Indonesia Pertama pada 1999 telah menginventarisasi semua gas rumah kaca (GRK) yang penting, yaitu CO₂, CH₄, N₂O, NO_x, dan CO₃. Sektor-sektor pengonsumsi energi (*energy-demand sectors*) menjadi kontributor utama **emisi GRK** dan peningkatannya hingga dua dekade mendatang. Sektor kehutanan diperkirakan berkontribusi 11–33 persen, sedangkan sektor pertanian 12 persen dari total emisi.



Tantangan

Di masa depan ada empat isu yang menjadi tantangan dalam mewujudkan tatanan pembangunan berkelanjutan dan mengembalikan sumber daya yang hilang, yaitu pemulihan krisis ekonomi, desentralisasi, *good governance*, serta globalisasi. **Pemulihan krisis ekonomi** dapat memperbaiki keadaan ekonomi sepertiga masyarakat di kawasan hutan yang mengakibatkan semakin maraknya penebangan liar. **Desentralisasi** diharapkan dapat membuka peluang bagi perbaikan pengelolaan sumber daya alam, konservasi, dan efisiensi, meskipun dapat juga memperburuk kerusakan sumber daya hayati ketika keanekaragaman hayati ditempatkan sebagai sumber tambahan pendapatan dan penerimaan daerah. **Tata pemerintahan yang baik** harus menjadi pendukung tercapainya pembangunan yang berkelanjutan. Di sisi lain, **globalisasi** juga menyajikan peluang bagi pembangunan berkelanjutan.

Kebijakan dan Program

Dalam RPJMN 2005-2009, kebijakan pembangunan diarahkan pada pengelolaan sumberdaya alam dan lingkungan hidup yang seimbang, antara fungsinya sebagai modal pertumbuhan ekonomi dan sebagai penopang sistem kehidupan, untuk menjamin keberlanjutan pembangunan nasional.

Langkah-langkah yang telah dan akan dilaksanakan pemerintah adalah sebagai berikut ini. **Pemberantasan *illegal logging*** di berbagai daerah dilakukan untuk mempertahankan luas kawasan hutan dan kawasan konservasi. Pemerintah juga mencanangkan **gerakan nasional rehabilitasi hutan dan lahan** untuk merehabilitasi hutan dan lahan yang kritis. Pemerintah mensosialisasikan **gerakan penghematan energi dan pemakaian energi alternatif** yang lebih efisien dan ramah lingkungan, misalnya pemanfaatan gas alam dan biodiesel. Melalui **program perlindungan lapisan ozon**, pemerintah akan terus mengurangi hingga akhirnya bahan-bahan perusak ozon tidak lagi digunakan di Indonesia pada tahun 2010.

Target 10: Penurunan sebesar separuh, proporsi penduduk tanpa akses terhadap sumber air minum yang aman dan berkelanjutan serta fasilitas sanitasi dasar pada 2015

Air Minum

Berdasar pada definisi air minum sebagai air dari sumber air yang berjarak lebih dari 10 meter dari tempat pembuangan tinja, maka akses air minum Indonesia pada tahun 2002 baru mencapai 50 persen dimana 18 persennya terlayani dari air perpipaan. Pada tahun 2004 terjadi peningkatan akses menjadi sekitar 53,4 persen. Melihat kecenderungan tersebut akses air minum sudah menunjukkan perbaikan namun masih membutuhkan biaya yang besar untuk mencapai target MDG tahun 2015.

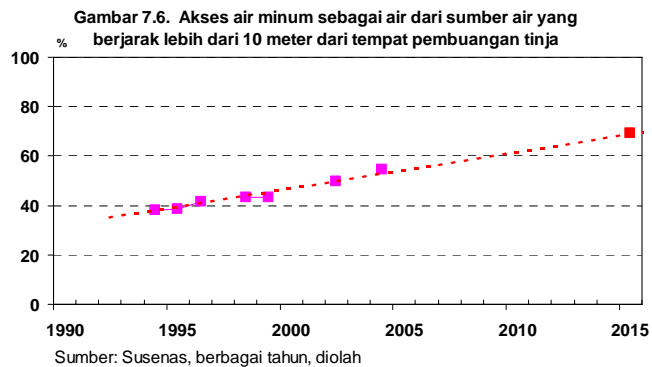
Masih relatif rendahnya akses air minum disebabkan oleh rendahnya komitmen Pemerintah/Pemerintah

Daerah dalam pembangunan sarana dan prasarana air minum, rendahnya kemampuan teknis-keuangan-manajemen PDAM, ketidakjelasan pengaturan investasi air minum yang menyebabkan masih rendahnya keterlibatan masyarakat dan swasta dalam pembangunan air minum. Selain itu banyak sarana dan prasarana air minum terbangun tidak terpelihara dan tidak berlanjut pengelolaannya. Kondisi di atas semakin rumit dengan tidak tersedianya data yang akurat dan disepakati oleh semua pihak yang berakibat pada kurang optimalnya penetapan kebijakan.

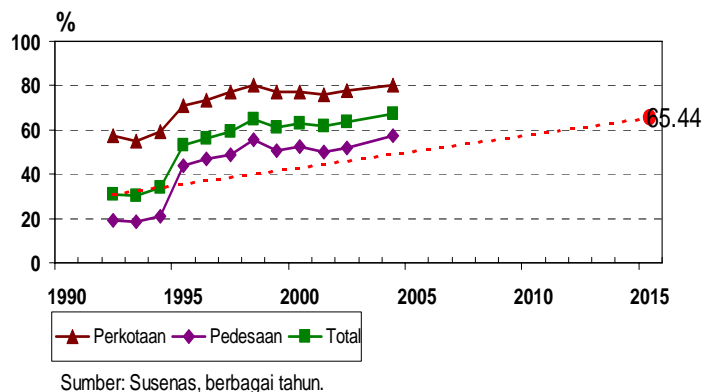
Kebijakan pembangunan air minum diarahkan pada peningkatan cakupan pelayanan dalam upaya memenuhi kebutuhan air minum masyarakat. Peningkatan cakupan pelayanan dicapai melalui peningkatan peran serta seluruh pemangku kepentingan (*stakeholders*), pembenahan kinerja PDAM, regionalisasi pengelolaan air minum, pembenahan peraturan perundang-undangan. Selain itu juga dilakukan pembangunan sarana dan prasarana air minum perdesaan yang berbasis partisipasi masyarakat.

Sanitasi Dasar

Tingkat aksesibilitas rumah tangga terhadap sarana jamban mengalami peningkatan dari 63,5 persen pada tahun 2002 menjadi 67,1 % pada tahun 2004. Aksesibilitas sanitasi dasar telah mencapai kemajuan yang cukup besar, namun sebagian besar dari sarana yang ada belum memenuhi persyaratan sanitasi yang layak.



Gambar 7.7. Proporsi rumah tangga dengan akses sanitasi yang layak

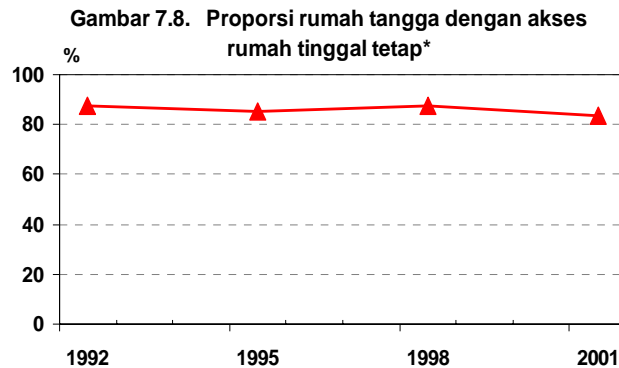


Tingginya proporsi rumah tangga di perdesaan yang belum mempunyai sarana dan prasarana sanitasi dasar dipicu oleh masih kurangnya kesadaran masyarakat, rendahnya kepedulian pemerintah dan legislatif, serta masih belum berkembangnya keterlibatan kalangan swasta dalam investasi pengolahan air limbah.

Kebijakan pembangunan sanitasi diarahkan pada peningkatan aksesibilitas masyarakat terhadap sarana dan prasarana sanitasi melalui peningkatan kesadaran masyarakat terhadap perilaku hidup bersih dan sehat, peningkatan peran serta seluruh pemangku kepentingan, serta pembangunan sarana dan prasarana sanitasi yang berbasis partisipasi masyarakat.

Target 11: Mencapai perbaikan yang berarti dalam kehidupan penduduk miskin di pemukiman kumuh pada tahun 2020

Masih ditemui sekitar 17 persen atau setidaknya 8,8 juta dari 52 juta rumah tangga yang belum memiliki atau masih menyewa rumah, dan sebagian besar berada di perkotaan. Kecenderungan tersebut tidak berubah banyak dalam beberapa tahun terakhir. Keadaan ini diperparah lagi dengan masih banyaknya rumah yang tidak layak huni yang sebagian besar berada di kawasan kumuh. Kondisi ini disebabkan oleh belum sempurnanya penyelenggaraan perumahan, belum tersedianya peraturan pendukung, dan belum berjalannya institusi penyelenggara perumahan.



Sumber: Susenas, berbagai tahun.
*Proporsi rumah tangga yang memiliki atau menyewa rumah

Selain itu, status kepemilikan tanah juga masih merupakan persoalan besar.

Pemenuhan kebutuhan perumahan yang layak, aman, dan terjangkau dilakukan secara komprehensif dengan menitikberatkan kepada masyarakat miskin dan berpendapatan rendah. Beberapa langkah yang telah dilakukan adalah mencanangkan gerakan nasional pengembangan sejuta rumah (GNPSR), meningkatkan penyediaan prasarana dan sarana dasar bagi kawasan rumah sederhana dan rumah sederhana sehat, serta pembangunan perumahan yang bertumpu pada masyarakat. Selain itu juga akan dikembangkan kredit mikro perumahan, pola subsidi baru, dan lembaga yang bertanggungjawab dalam pembangunan perumahan untuk meningkatkan aksesibilitas masyarakat berpendapatan rendah dalam melakukan perbaikan dan pengadaan rumah. Seiring dengan itu pengembangan sumber pembiayaan perumahan dilakukan melalui pembentukan *secondary mortgage facility (SMF)*, dan pembentukan peraturan perundang-undangan pendukung.

TUJUAN 8: MEMBANGUN KEMITRAAN GLOBAL UNTUK PEMBANGUNAN

Target-target yang harus dicapai dalam tujuan ke delapan antara lain mencakup pengembangan lebih lanjut sistem perdagangan dan keuangan yang terbuka berdasarkan aturan yang jelas, pasti dan tidak diskriminatif (termasuk komitmen *good governance* dan pengentasan kemiskinan baik secara nasional maupun internasional), menyelesaikan secara komprehensif masalah utang luar negeri melalui kesepakatan antar negara dan internasional, dan bekerjasama dengan sektor swasta menyalurkan manfaat teknologi khususnya teknologi informasi dan komunikasi. Laporan perkembangan pencapaian MDG Indonesia yang pertama tahun 2004 belum mencakup pemaparan mengenai tujuan ke delapan. Namun melalui ringkasan ini, akan dipaparkan pandangan Pemerintah Indonesia mengenai hal-hal yang menjadi fokus perhatian pada tujuan ke delapan.

Bantuan pembangunan global. Sesuai dengan analisis dari PBB bahwa untuk membantu pemenuhan tujuan dan target MDG untuk negara miskin dan berkembang, bantuan pembangunan global harus dilipat-gandakan. Sebagaimana dalam laporan Sekretaris Jenderal PBB, setiap negara maju yang belum memenuhi komitmen ODA harus menentukan kerangka waktu untuk mencapai target 0,7 persen dari pendapatan nasional kotor (GNP) sebelum tahun 2015. Dimulai dari peningkatan yang signifikan sebelum tahun 2006, dan mencapai 0,5 persen pada tahun 2009. Peningkatan ini harus dimulai dengan pengucuran dana melalui fasilitas keuangan internasional, dan sumber-sumber keuangan inovatif lainnya.

Utang Luar Negeri. Karena keterbatasan sumber pendanaan dalam negeri, Indonesia masih menempatkan dana ODA yang disalurkan melalui mekanisme utang dan hibah luar negeri menjadi salah satu alternatif pendanaan pembangunan. Sampai dengan Maret 2005 total utang luar negeri pemerintah adalah US\$ 67,12 Milyar. Besarnya utang luar negeri pada saat ini semakin menuntut pemerintah untuk lebih selektif dan hati-hati dalam pengelolaannya. Penyusunan strategi pengelolaan utang luar negeri merupakan prioritas utama. Strategi ini melingkupi fokus prioritas pemanfaatan utang yang antara lain untuk mendukung pencapaian MDG, perbaikan kinerja kelembagaan, dan upaya penurunan ketergantungan terhadap utang luar negeri melalui penurunan stok utang secara bertahap dalam rangka memantapkan kesinambungan fiskal.

Dalam rangka mengurangi ketergantungan negara-negara miskin dan berkembang terhadap utang luar negeri, perlu adanya dukungan yang sistematis dan berkelanjutan dari negara maju dan lembaga keuangan internasional. Dalam kaitan ini, Indonesia mendukung langkah-langkah masyarakat internasional guna menghapus utang negara-negara miskin dengan jumlah utang luar negeri yang besar. Namun demikian, Indonesia tetap mendesak negara-negara maju dan organisasi donor untuk memperluas dan mengintensifkan mekanisme pengalihan utang untuk mendukung upaya pencapaian MDG (*debt swap for Achieving MDG*).

Perdagangan. Dalam hal perdagangan, perlu diberikan akses pasar yang bebas kuota dan bebas bea untuk ekspor negara-negara yang kurang maju (LDCs). Oleh karena itu putaran Doha mengenai negosiasi perdagangan harus memenuhi komitmen pembangunannya.

Indonesia belum melihat kemajuan berarti dalam hal akses perdagangan internasional terhadap negara-negara berkembang, di samping itu, rezim hak cipta intelektual (HAKI) juga telah menjadi salah satu faktor penghambat aliran teknologi, pengetahuan obat murah dan produk lainnya yang diperlukan negara-negara berkembang. Isu perdagangan yang adil harus diarus-utamakan ke dalam rencana pembangunan global, termasuk ke dalam program pembangunan nasional. Penciptaan sistem perdagangan yang terbuka, tidak diskriminatif termasuk pelaksanaan tata kelola yang baik merupakan keharusan yang tidak dapat ditawar.

Kemitraan. Untuk Indonesia, pelaksanaan tujuan kedelapan ini merupakan salah satu prasyarat untuk pencapaian tujuan 1 sampai 7. Dalam rangka meningkatkan kerjasama global dalam pembangunan, masyarakat internasional harus memfokuskan pada isu-isu yang berpengaruh besar dalam pelaksanaan pembangunan seperti: investasi dan perdagangan, peningkatan kuantitas dan kualitas ODA, pengurangan utang luar negeri, dan alih teknologi.

Kemitraan global harus didasari oleh kerjasama yang tulus (*genuine partnership and cooperation*) antara negara-negara maju dan berkembang dan melibatkan seluruh pemangku kepentingan yaitu pemerintah, swasta, masyarakat madani. Salah satu kemitraan dan kerjasama yang diusulkan Indonesia adalah *debt swap for MDG* perlu didukung secara luas. Konsep ini akan lebih efektif dan sehat dalam mencari jalan keluar bagi permasalahan utang luar negeri pemerintah di negara berkembang.

Kerjasama regional. Deklarasi Jakarta untuk MDG menyuarakan pentingnya kemitraan dan kerjasama regional untuk pencapaian MDG diantaranya di bidang perdagangan, investasi, pengembangan kapasitas, dukungan teknologi, pembangunan infrastruktur seperti transportasi, ICT dan *environmental sustainability*.

Indonesia berharap bahwa negara-negara maju, lembaga donor dan organisasi internasional lainnya dapat melakukan *scaling up* dalam mendorong lebih lanjut kemitraan dan kerjasama global untuk membantu pencapaian MDG di tingkat global. Indonesia menyambut baik beberapa inisiatif positif yang telah dikembangkan untuk mendukung pencapaian MDG tahun 2015 dan setelahnya, baik secara bilateral dan kerjasama triangular, regional dan global. Selaku negara berkembang, Indonesia telah berupaya juga membantu pembangunan negara-negara berkembang lainnya, termasuk bagi negara-negara terbelakang (LDCs), negara tanpa pantai dan negara berkembang kepulauan, melalui skema kerjasama teknik luar negeri (TCDC) dan kerjasama segitiga dengan negara maju. Indonesia juga secara aktif berpartisipasi dan membantu berbagai program pembangunan negara berkembang melalui *Non Alignment Movement Center for South-South Technical Cooperation (NAM CSSTC)* yang berkedudukan di Jakarta. NAM Center ini juga telah ditunjuk sebagai pusat pelatihan bagi implementasi *Bali Strategic Plan, United Nations Environment Program (UNEP)*.

Akhirnya, Indonesia percaya bahwa tanpa kemitraan dan kerjasama global, tujuan pembangunan global tidak akan tercapai, dan tanpa pembangunan tidak akan ada kesejahteraan umat manusia, dan tanpa kesejahteraan perdamaian global akan terganggu.