



INDONESIA

Laporan Perkembangan Pencapaian
Tujuan Pembangunan Milenium
(Millennium Development Goals)



Pebruari 2004



INDONESIA

Laporan Perkembangan Pencapaian
Tujuan Pembangunan Milenium
(Millennium Development Goals)

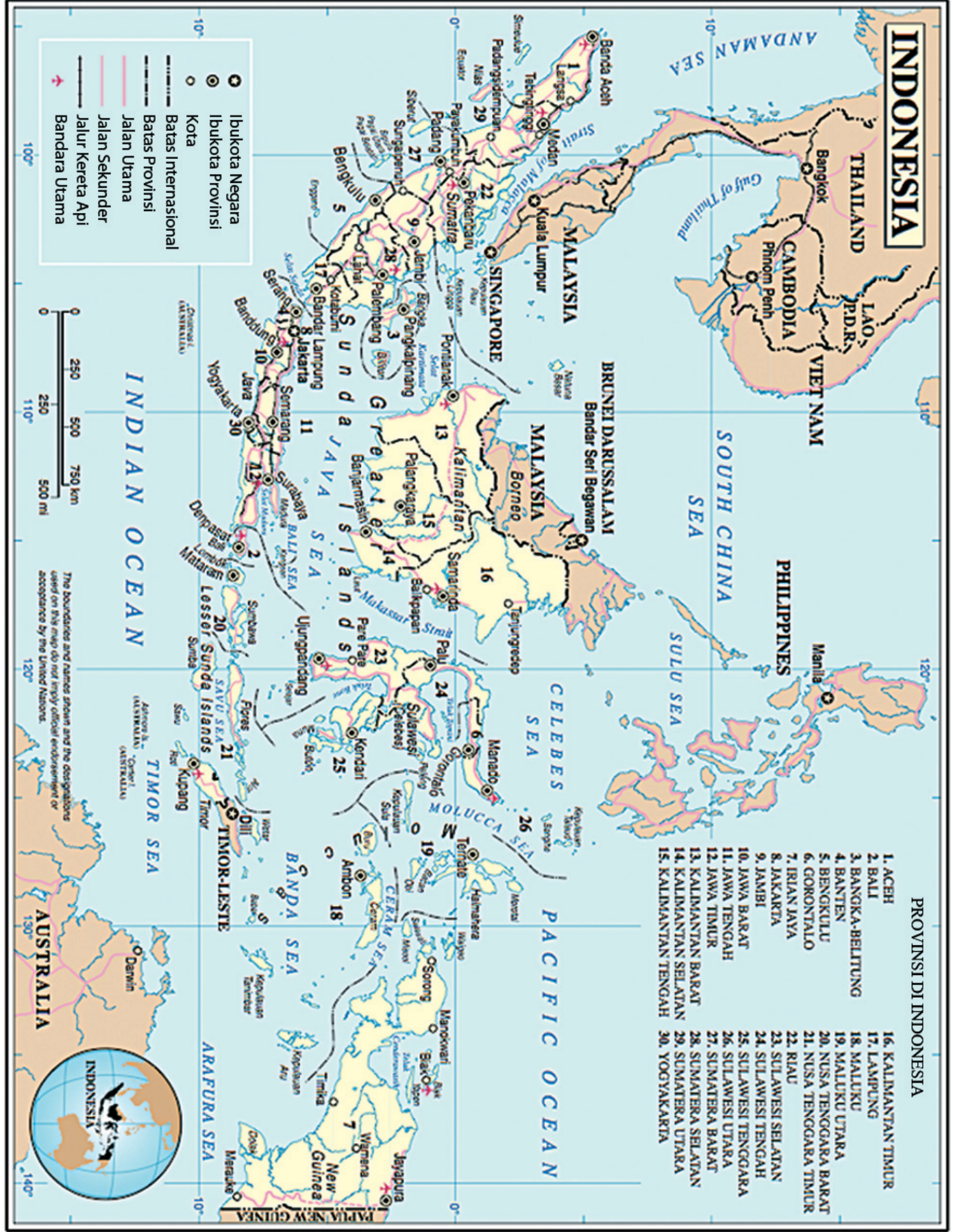
Pebruari 2004

DAFTAR ISI

4	Peta Indonesia	25	Bagian 2. Perkembangan pencapaian
5	Sambutan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat	27	Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan Dan Kelaparan
6	Kata Pengantar Menteri Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional	28	Target 1: Menurunkan proporsi penduduk yang tingkat pendapatannya di bawah \$1 per hari menjadi setengahnya antara 1990–2015
7	Sambutan United Nations Country Team di Indonesia	28	Keadaan dan kecenderungan
8	Tim Penyusun	30	Tantangan
9	Ringkasan Data Nasional Untuk Pemantauan MDG: Indonesia 1990–2002	31	Kebijakan dan program
13	Bagian 1. Latar Belakang	32	Target 2: Menurunkan proporsi penduduk yang menderita kelaparan menjadi setengahnya antara tahun 1990–2015
14	1. Pendahuluan	32	Keadaan dan kecenderungan
14	Sejarah singkat Millennium Development Goals	33	Tantangan
15	Lingkup Laporan MDGs Indonesia Tahun 2003	33	Kebijakan dan program
15	Ketersediaan dan pemilahan data	35	Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar Untuk Semua
18	2. Indonesia: Konteks Pembangunan	36	Target 3: Memastikan pada 2015 semua anak di manapun, laki laki maupun perempuan, dapat menyelesaikan pendidikan dasar
18	Konteks politik	36	Keadaan dan kecenderungan
18	Konteks pembangunan ekonomi dan sosial	41	Tantangan
20	Konteks pembangunan sumber daya alam dan lingkungan hidup	41	Kebijakan dan program
21	Desentralisasi dan kesenjangan antar daerah	43	Tujuan 3: Mendorong Kesetaraan Gender Dan Pemberdayaan Perempuan
22	Konteks internasional	44	Target 4: Menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada 2005 dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015

44	Keadaan dan kecenderungan	71	Tuberkulosis (TB)
48	Tantangan	71	Keadaan dan kecenderungan
49	Kebijakan dan program	72	Tantangan
51	Tujuan 4: Menurunkan Angka Kematian Anak	74	Kebijakan dan program
52	Target 5: Menurunkan angka kematian balita sebesar dua pertiganya, antara 1990 dan 2015	74	Tembakau
52	Keadaan dan kecenderungan	74	Keadaan dan kecenderungan
53	Tantangan	74	Tantangan
55	Kebijakan dan program	75	Kebijakan dan program
57	Tujuan 5: Meningkatkan Kesehatan Ibu	79	Tujuan 7: Memastikan Keberlanjutan Lingkungan Hidup
58	Target 6: Menurunkan angka kematian ibu sebesar tiga perempatnya antara 1990 dan 2015	80	Target 9: Memadukan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dengan kebijakan dan program nasional
58	Keadaan dan kecenderungan	80	Keadaan dan kecenderungan
60	Tantangan	84	Tantangan
61	Kebijakan dan program	84	Kebijakan dan program
63	Tujuan 6. Memerangi HIV/AIDS, Malaria, dan Penyakit Menular Lainnya	85	Target 10: Penurunan sebesar separuh, proporsi penduduk tanpa akses terhadap sumber air minum yang aman dan berkelanjutan serta fasilitas sanitasi dasar pada 2015
64	Target 7: Mengendalikan penyebaran HIV/AIDS dan mulai menurunnya jumlah kasus baru pada 2015	85	Keadaan dan kecenderungan
64	Keadaan dan kecenderungan	91	Tantangan
66	Tantangan	92	Kebijakan dan program
66	Kebijakan dan program	95	Target 11: Mencapai perbaikan yang berarti dalam kehidupan penduduk miskin di pemukiman kumuh pada tahun 2020
68	Target 8: Mengendalikan penyakit malaria dan mulai menurunnya jumlah kasus malaria dan penyakit lainnya	95	Keadaan dan kecenderungan
68	Malaria	97	Tantangan
68	Keadaan dan kecenderungan	97	Kebijakan dan program
69	Tantangan	99	Tabel-tabel
70	Kebijakan dan program	164	Daftar Singkatan

INDONESIA



PROVINSI DI INDONESIA

1. ACEH
2. BALI
3. BANGKA-BELITUNG
4. BANTEN
5. BENGKULU
6. GORONTALO
7. IRIAN JAYA
8. JAKARTA
9. JAMBI
10. JAWA BARAT
11. JAWA TENGAH
12. JAWA TIMUR
13. KALIMANTAN BARAT
14. KALIMANTAN SELATAN
15. KALIMANTAN TENGAH
16. KALIMANTAN TIMUR
17. LAMPUNG
18. MALUKU
19. MALUKU UTARA
20. NUSA TENGGARA BARAT
21. NUSA TENGGARA TIMUR
22. RIAU
23. SULAWESI SELATAN
24. SULAWESI TENGAH
25. SULAWESI TENGGARA
26. SULAWESI UTARA
27. SUMATERA BARAT
28. SUMATERA SELATAN
29. SUMATERA UTARA
30. YOGYAKARTA

SAMBUTAN

Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat

Assalamualaikum Warahmatulahi Wabarokatuh,

Dengan memanjatkan Puji Syukur Kehadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Kuasa atas Rachmat dan Hidayahnya, maka telah tersusun suatu Laporan Pertama *Milenium Development Goal (MDG)* Indonesia, yang akan kita jadikan suatu Informasi Dasar monitoring hasil-hasil pembangunan Indonesia kedepan. Seperti telah diketahui bersama, Indonesia bersama-sama 188 negara lainnya memiliki komitmen untuk menggunakan 8 goal MDG sebagai acuan pelaksanaan pembangunan manusia bagi setiap negara. Dalam konteks inilah kita secara bersama-sama mempunyai kewajiban kepada rakyat, masyarakat, bangsa dan negara untuk mengimplementasikan MDG tersebut dalam upaya mewujudkan Kesejahteraan Rakyat Indonesia.

Mengingat kedelapan goal MDG tersebut, tujuh goal diantaranya harus menjadi tanggung jawab sektor dan lembaga dalam koordinasi Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, maka kami menghimbau kepada seluruh lapisan masyarakat kiranya dapat bekerja bersama secara integral dan berkelanjutan yang melibatkan seluruh unsur bangsa, untuk mensukseskan pelaksanaan komitmen kita ini.

Menyadari tidak semua indikator dalam MDG, datanya dapat tersedia secara lengkap, namun dengan kerja keras berbagai pihak Laporan Pertama akhirnya dapat diterbitkan. Untuk itu kami ucapkan terima kasih dan penghargaan kepada semua pihak yang telah berhasil menyiapkan laporan ini dengan baik.

Untuk kepentingan kedepan, marilah kita bersama-sama menyiapkan data dan informasi secara lebih baik, lengkap, akurat dan berkelanjutan untuk dapat memantau setiap indikator yang telah disepakati dalam MDG. Dengan demikian kita kedepan memerlukan data dan informasi yang secara lokal dapat bermanfaat untuk pembangunan daerah, secara nasional akurat untuk perencanaan makro, secara rentang waktu dapat dibandingkan dan dipelajari kecenderungannya dan secara internasional dapat diakui kesahihan serta dapat dibandingkan antara negara. Apabila semua ini dapat kita wujudkan *Insya Allah* upaya kita mensejahterakan rakyat dapat segera terwujud.

Dengan semangat, kesungguhan dan ketulusan kita bersama untuk bekerjasama membangun Bangsa dan Negara kita ini, dengan mengacu MDG yang telah kita sepakati, *Insya Allah* cita-cita kita dapat kita capai.

Wassalamualaikum Wr.Wb.



M. Jusuf Kalla
Menteri Koordinator
Bidang Kesejahteraan Rakyat

KATA PENGANTAR

Menteri Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/ Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional

Pemerintah Indonesia telah berpartisipasi dan menandatangani Deklarasi Milenium pada KTT Milenium—PBB yang dilaksanakan pada bulan September tahun 2000. Deklarasi ini kemudian menyepakati tujuan-tujuan pembangunan global yang tertuang dalam *Millennium Development Goals (MDG)*. Sebagai salah satu penandatanganan Deklarasi Milenium, Pemerintah Indonesia mempunyai kewajiban untuk merealisasikan dan memantau perkembangan pencapaian MDG pada tingkat nasional.

Laporan Perkembangan Pencapaian MDG yang pertama ini merefleksikan posisi Indonesia dalam upaya pencapaian MDG mulai tahun 1990 sampai dengan tahun 2003, sekaligus menganalisis tren pencapaian sampai dengan tahun 2015. Selain memperlihatkan posisi pencapaian MDG, diketengahkan pula tantangan, kebijakan dan program pemerintah yang terkait dengan upaya pencapaian MDG di Indonesia.

Dengan adanya MDG, data Indonesia dapat diperbandingkan dengan negara-negara lain secara lebih baik. Hal ini diharapkan dapat menjadi landasan agar pelaksanaan kerjasama pembangunan antara negara miskin dan berkembang dengan negara maju menjadi lebih baik di masa yang akan datang. Secara nasional, MDG mempunyai peranan sebagai salah satu alat ukur pencapaian pelaksanaan pembangunan terkait bidang-bidang yang tercakup dalam MDG. Oleh karena itu, MDG menjadi masukan yang penting dalam proses penyusunan dokumen perencanaan pembangunan nasional di Indonesia.

Sangat disadari bahwa pencapaian MDG bukan merupakan hal yang mudah, apalagi pada saat ini di Indonesia masih berlangsung proses transisi menuju negara yang lebih demokratis yang diwarnai oleh reformasi di hampir semua bidang. Sementara itu dampak dari krisis ekonomi yang terjadi tahun 1997 masih belum lenyap. Walaupun demikian, Pemerintah tetap optimis dapat mencapai MDG sesuai target yang ditetapkan. Untuk itu diperlukan kerja keras dan dukungan semua pihak baik Pemerintah, masyarakat, usahawan, praktisi politik, dan akademisi untuk bekerja bersama-sama agar komitmen tersebut dapat tercapai.

Sebagai penutup, saya sampaikan selamat kepada Tim Penyusun Laporan Perkembangan Pencapaian MDG yang telah bekerja keras dalam mengumpulkan data dan menyusun laporan ini. Laporan ini merupakan salah satu langkah awal dalam upaya pencapaian MDG di Indonesia. Semoga laporan ini dapat memberikan manfaat bagi kita semua.



Kwik Kian Gie

Menteri Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/
Kepala Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS)

SAMBUTAN

United Nations Country Team di Indonesia

Laporan perkembangan Indonesia yang pertama mengenai Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals*) merupakan hasil sebuah proses yang dipimpin dan dimiliki oleh Pemerintah Indonesia. Laporan ini memuat analisa yang jelas mengenai keberadaan Indonesia dan apa saja yang perlu dilakukan.

Bekerjasama dengan Pemerintah dalam menyiapkan laporan ini merupakan suatu kehormatan bagi Perserikatan Bangsa-Bangsa di Indonesia. Proses penyusunan laporan ini merupakan kolaborasi antara tim Pemerintah dengan ke lima Kelompok Kerjanya yang melibatkan berbagai Departemen dan lembaga terkait, sementara Satuan Tugas Perserikatan Bangsa-Bangsa yang mendukung Pemerintah Indonesia dalam upaya ini terdiri dari berbagai lembaga PBB, dipimpin oleh UNICEF. Kami ingin mengucapkan terima kasih kepada Pemerintah Indonesia atas kerjasamanya dalam seluruh proses ini.

Kami berharap dapat terus memberi dukungan terhadap upaya-upaya Pemerintah Indonesia dalam menciptakan lingkungan yang kondusif bagi pengentasan kemiskinan, dan—seperti dinyatakan dalam Deklarasi Milenium—membuat “hak akan pembangunan menjadi kenyataan bagi setiap orang.”



Bo Asplund
Koordinator PBB untuk Indonesia



Steven Allen
Kepala Perwakilan UNICEF di Indonesia
dan Ketua Satuan Tugas
dukungan PBB untuk Pemerintah
dalam penyusunan Laporan MDG

TIM PENYUSUN

Koordinator:

Prasetijono Widjojo, Syahrial Loetan, Delthy S. Simatupang

Bappenas

Kontributor:

Pemerintah Indonesia:

Bappenas: Koensatwanto Inpasihardjo, Dedi M. Masykur Riyadi, Leila Retna Komala, Agus Prabowo, Nina Sardjunani, Arum Atmawikarta, Basah Hernowo, Tuti Riyati, Obrian Saragih, Agus Sutiadi, Teni Widuriyanti, Agustin Arry Yana, Suryadi, Ade Kuswoyo, Suharti, Taufik Hanafi, Pungkas Bahdjuri Ali, Nizhar Marizi, Rohmad Supriyadi, Wawan, Maraita Listyasari

Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat: Djoharis Lubis, Sugihartatmo

Departemen Kesehatan: Azrul Azwar, Umar Fahmi Ahmadi, Haikin Rahmat, Ina Herawati, Lukman Hendro, Siti Nadia, Eko Saputro

Departemen Pendidikan Nasional: Indradjati Sidi, Hamid Muhamad

Kementerian Negara Lingkungan Hidup: Effendy Sumardja

Badan Pusat Statistik: Wynandin Imawan

Perserikatan Bangsa-bangsa:

UNICEF (Koordinator Satuan Tugas): Steven Allen, Yin Yin Nwe, Saptono Priyadi, Nikensari Setiadi

Asian Development Bank: Amanah Abdul Kadir

FAO: Tsukasa Kimoto

UN HABITAT: Sean McCarthy

ILO: Oktaviano Pasaribu

UNAIDS: Jane Wilson

UNDP: Romeo Reyes

UNESCO: Cecilia Barbieri

UNFPA: Melania Hidayat

UN Resident Coordinator's Office: Gro Skaaren-Fystro

UNSFIR: Roland Lindenthal

World Bank: Menno Pradhan

WFP: Pascale Micheau

WHO: Sarah Barber

RINGKASAN DATA NASIONAL

Untuk Pemantauan MDG: Indonesia 1990-2002

INDIKATOR MDG		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Tujuan 1: Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan														
1a	Proporsi penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan nasional	%	15,1		13,7			17,5			23,4			18,2
1b	Proporsi penduduk hidup di bawah \$1 per hari	%	20,6		14,8			7,8			12,0	9,9	9,2	7,2
2	Kesenjangan kemiskinan (insiden x dalamnya kemiskinan)	%	2,7		3,9			1,8			4,3			3,0
3	Kontribusi kuantil pertama penduduk berpendapatan terendah terhadap konsumsi nasional	%	9,3		9,1			8,7			9,6			9,1
4	Prevalensi balita kurang gizi	%			35,5			31,6			29,5	26,4	24,6	27,3
5	Proporsi penduduk yang berada di bawah garis konsumsi minimum (2,100 kkal/kapita/hari)	%	69,5		71,7			68,1			73,9			64,6
Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua														
6	Angka Partisipasi Murni di sekolah dasar (7-12 tahun) ¹⁾	%			88,7		92,1	91,5	91,5	92,3	92,1	92,7	92,3	92,9
	Angka Partisipasi Murni di sekolah lanjutan pertama (13-15 tahun)	%			41,9		50,0	51,0	54,5	57,8	57,0	59,2	60,3	60,5
7a	Proporsi murid kelas 1 yang berhasil mencapai kelas 5	%	75,6	74,7	74,3	75,6	77,5	80,2	81,0	80,9	82,2	81,8	82,6	81,9
7b	Proporsi murid di kelas 1 yang berhasil menamatkan sekolah dasar	%	62,0	62,6	63,4	64,4	66,1	68,1	70,0	71,3	71,9	73,3	74,0	75,1
	Proporsi murid di kelas 1 yang berhasil menyelesaikan sembilan tahun pendidikan dasar	%		32,1	30,7	29,6	32,3	33,6	32,3	36,6	40,2	45,3	44,4	45,7
8	Angka melek huruf usia 15-24 tahun	%			96,6		97,6	97,5	97,7	98,1	98,3	98,4	98,3	98,7
Tujuan 3: Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan														
9a	Rasio APM anak perempuan terhadap anak laki-laki di tingkat sekolah dasar (7-12 tahun)	%			100,6		99,9	100,2	99,8	99,7	100,1	100,1	100,3	100,1
9b	Rasio APM anak perempuan terhadap anak laki-laki di tingkat sekolah lanjutan pertama (13-15 tahun)	%			101,3		100,1	101,1	103,4	101,7	103,2	102,5	104,2	104,8
9c	Rasio anak perempuan terhadap anak laki-laki di tingkat sekolah lanjutan atas (16-18 tahun)	%			98,0		95,2	94,7	96,1	99,6	99,9	103,2	103,7	100,1
9d	Rasio anak perempuan terhadap anak laki-laki di tingkat pendidikan tinggi	%			85,1		82,2	83,6	85,3	79,5	81,8	90,0	89,9	87,1
10	Rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki (15-24 tahun)	%			97,9		98,8	99,0	99,1	99,2	99,5	99,4	99,4	99,6
11	Kontribusi perempuan dalam kerja upahan di sektor pertanian	%			29,2		36,7	36,0	28,3	28,3	37,6	31,2	30,9	30,3
12	Proporsi kursi DPR yang diduduki perempuan	%			12,5					12,5		8,8		

RINGKASAN DATA NASIONAL

Untuk Pemantauan MDG: Indonesia 1990-2002

INDIKATOR MDG		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Tujuan 4: Menurunkan Angka Kematian Anak														
13	Angka Kematian Balita ^[2] per 1.000 kh					81,0			58,0					46,0
14	Angka Kematian Bayi ^[2] per 1.000 kh					57,0			46,0					35,0
15	Proporsi anak yang diimunisasi campak sebelum usia satu tahun		44,5			54,6			60,0					
15	Proporsi anak usia 12–23 bulan yang telah diimunisasi campak		57,5			62,5			70,9					71,6
Tujuan 5: Meningkatkan Kesehatan Ibu														
16	Angka Kematian Ibu ^[2] per 100.000 kh					390			334					307
17	Proporsi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih			40,7		47,2	49,7	49,2	56,3	56,0	63,1	66,9	66,6	68,4
17a	Angka pemakaian kontrasepsi pada perempuan menikah usia 15–49 tahun ^[3]			50,5		54,2	55,2	54,2	55,3	55,4	55,3	54,4	52,5	54,2
Tujuan 6: Memerangi HIV/AIDS, Malaria, dan Penyakit Menular Lainnya														
18	Prevalensi HIV di kalangan ibu hamil yang berusia antara 15–24 tahun													
19	Angka pemakaian kontrasepsi kondom pada perempuan menikah usia 15–49 tahun			1,3		1,0	0,8	0,8	0,8	0,7	0,6	0,4	0,4	0,4
19a	Penggunaan kondom pada hubungan sex beresiko tinggi													
19b	Proporsi penduduk usia 15–24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif mengenai HIV/AIDS													
20	Jumlah anak yatim/piatu karena HIV/AIDS													
21a	Prevalensi malaria per 100.000												850	
21b	Angka kematian karena malaria, laki-laki per 100.000											11		
21c	Angka kematian karena malaria, perempuan per 100.000											8		
22	Proporsi penduduk di daerah beresiko malaria yang menggunakan cara pencegahan dan penanganan yang efektif untuk memerangi malaria:													
22a	Proporsi anak balita tidur menggunakan kelambu yang direndam insektisida											0,2		
22b	Proporsi anak balita dengan gejala klinis malaria yang menerima pengobatan anti malaria											4,4		

INDIKATOR MDG		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
23a	Prevalensi tuberculosis per 100.000									786				
23b	Angka kematian karena tuberculosis per 100.000									68				
24	DOTS— angka penemuan penderita tuberculosis BTA positif baru						1	5	8	12	19	19	21	29
24	DOTS—angka kesembuhan penderita tuberculosis	90	85	76	78	68	51	47	74	77	76	84	86	
Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup														
25	Proporsi luas lahan yang tertutup hutan				67,68								64,2	
26	Rasio luas kawasan lindung terhadap luas daratan											26,4		
27	Energi yang dipakai (setara barel minyak per PDB)				1,5	1,44	1,4	1,37	1,36	1,56	1,61	1,61		
28a	Emisi CO ₂ (kg per kapita)	2.536					2.652					2.251		
28b	Jumlah konsumsi zat perusak ozon CFCs (ODP metric ton)			7.815	5.211	7.728	9.150	9.580	8.162	6.608				
29	Proporsi penduduk yang menggunakan biomassa untuk memasak			66,1			59,7			52,1			44,0	
30	Proporsi penduduk dengan akses terhadap sumber air minum yang terlindungi dan berkelanjutan					38,2	38,5	41,5		43,1	43,4			50,0
31	Proporsi penduduk dengan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak			30,9	30,2	33,9	53,4	56,4	59,3	64,9	61,1	62,7	61,5	63,5
32	Proporsi rumah tangga dengan akses terhadap tempat tinggal tetap:													
	Proporsi rumah tangga dengan status rumah milik atau sewa			87,7			85,1			87,3			83,5	
	Proporsi rumah tangga dengan sertifikat kepemilikan dari BPN												32,3	

Catatan:

Nomor indikator mengacu pada "Indicators for Monitoring the Millenium Development Goals," United Nations, 2003

[1] Laporan Statistik Akhir Dekade (2000) oleh BPS memperlihatkan angka 91,1% untuk tahun 1992. Perbedaan kecil ini karena proses pengolahan ulang menurut propinsi.

[2] Tahun data memperlihatkan estimasi untuk periode lima tahun 1990–1994, 1993–1997, dan 1998–2002.

[3] Indonesia mengadopsi indikator ini sebagai indikator kesehatan ibu.



BAGIAN I.

LATAR BELAKANG

1. 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 itu berdasarkan pendekatan yang inklusif, dan berpijak pada perhatian bagi pemenuhan hak-hak dasar manusia. Dalam konteks inilah negara-negara anggota PBB kemudian mengadopsi Tujuan Pembangunan Milenium atau *Millennium Development Goals (MDG)*. Setiap tujuan (goal) memiliki satu atau beberapa target. Target yang tercakup dalam MDG sangat beragam, mulai dari mengurangi kemiskinan dan kelaparan, menuntaskan tingkat pendidikan dasar, mempromosikan kesamaan gender, mengurangi kematian anak dan ibu, mengatasi HIV/AIDS dan berbagai penyakit lainnya, serta memastikan kelestarian lingkungan hidup dan membentuk kemitraan dalam pelaksanaan pembangunan. Bab selanjutnya akan membahas setiap tujuan itu secara terinci.

Tujuan pembangunan lain. Ada beberapa tujuan pembangunan yang lain ditetapkan pada dekade 1960-an hingga 1980-an. Sebagian terlahir dari konferensi global yang diselenggarakan PBB pada 1990-an, termasuk KTT Dunia untuk Anak, Konferensi Dunia tentang Pendidikan untuk Semua 1990 di Jomtien, Konferensi PBB tentang Lingkungan dan Pembangunan 1992 di Rio de Janeiro, dan KTT Dunia untuk Pembangunan Sosial 1995 di Copenhagen. MDG tidak bertentangan dengan komitmen global yang sebelumnya karena sebagian dari MDG itu telah dicanangkan dalam Tujuan Pembangunan

Internasional (IDG), oleh negara-negara maju yang tergabung dalam OECD pada 1996 hingga selanjutnya diadopsi oleh PBB, Bank Dunia dan IMF.¹ Sekalipun MDG merupakan sebuah komitmen global tetapi diupayakan untuk lebih mengakomodasikan nilai-nilai lokal sesuai dengan karakteristik masing-masing negara sehingga lebih mudah untuk diaplikasikan.

Keterkaitan. Beberapa hal penting yang perlu mendapat perhatian berkaitan dengan MDG adalah sebagai berikut: Pertama, MDG bukan tujuan PBB, sekalipun PBB merupakan lembaga yang aktif terlibat dalam promosi global untuk merealisasikannya. MDG adalah tujuan dan tanggung jawab dari semua negara yang berpartisipasi dalam KTT Milenium, baik pada rakyatnya maupun secara bersama antar pemerintahan. Kedua, tujuh dari delapan tujuan telah dikuantitatifkan sebagai target dengan waktu pencapaian yang jelas, hingga memungkinkan pengukuran dan pelaporan kemajuan secara obyektif dengan indikator yang sebagian besar secara internasional dapat diperbandingkan. Ketiga, tujuan-tujuan dalam MDG saling terkait satu dengan yang lain. Misalnya, Tujuan 1—menanggulangi kemiskinan dan kelaparan yang parah—adalah kondisi yang perlu tapi belum cukup bagi pencapaian Tujuan 2 hingga Tujuan 7. Demikian juga, tanpa kemitraan dan kerja sama antara negara miskin dan negara maju, seperti yang disebut pada Tujuan 8, negara-negara miskin akan sulit mewujudkan ketujuh tujuan lainnya. Keempat, dengan dukungan PBB, terjadi upaya global untuk memantau kemajuan, meningkatkan perhatian, mendorong tindakan dan penelitian yang akan menjadi landasan intelektual bagi reformasi kebijakan, pembangunan kapasitas dan memobilisasi sumber daya yang dibutuhkan untuk mencapai semua target. Kelima, 18 belas target

dan lebih dari 40 indikator terkait ditetapkan untuk dapat dicapai dalam jangka waktu 25 tahun antara 1990 dan 2015. Masing-masing indikator digunakan untuk memonitor perkembangan pencapaian setiap tujuan dan target.

Lingkup Laporan MDG Indonesia 2003

Laporan MDG yang pertama ini mencerminkan upaya pemerintah Indonesia untuk mendapatkan gambaran pembangunan manusia yang berhubungan dengan tujuan pertama hingga ketujuh²; mengukur dan menelaah kemajuan; mengenali tantangan; dan mengkaji program dan kebijakan untuk mencapai tujuan MDG. Laporan ini memanfaatkan sumber-sumber data yang ada dan mengambil 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 target yang harus diwujudkan.

Advokasi. Laporan MDG ini juga diharapkan bisa digunakan sebagai sarana advokasi untuk para penentu kebijakan, lembaga pemerintah, anggota dewan, lembaga-lembaga swadaya masyarakat dan masyarakat madani, serta lembaga-lembaga internasional. Informasi dalam Laporan ini bisa digunakan dalam berbagai bentuk sesuai dengan kelompok sasaran yang akan dimobilisasi.

Bukan dokumen perencanaan. Meskipun mengentengahkan target-target nasional dan target-target lain yang sudah ada, laporan ini bukanlah alat perencanaan yang digunakan untuk menetapkan tar-

get nasional. Penetapan target merupakan proses terpisah yang erat kaitannya dengan proses perencanaan pembangunan nasional, termasuk perumusan strategi penanggulangan kemiskinan dimana target dan sasaran telah disesuaikan dengan kondisi nasional. Diharapkan informasi yang terkandung dalam Laporan ini dapat memberikan masukan misalnya dalam proses perencanaan pembangunan dan penyusunan anggaran³.

Target nasional dan daerah. Pemerintah pusat dan daerah, serta pihak-pihak terkait perlu mencapai kesepakatan bersama bagaimana target nasional maupun internasional tersebut akan dilokalkan, dan bagaimana sumber daya akan digalang dan dialokasikan. Berkaitan dengan hal tersebut, pemerintah merencanakan untuk mengadakan pertemuan nasional sebagai wahana dialog antar pemerintah pusat dan daerah.

Ketersediaan dan pemilahan data

Sumber data. Laporan MDG didasarkan atas data yang tersedia. Sehubungan dengan hal itu, kelompok kerja pemerintah, dibantu oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dan kelompok kerja PBB untuk MDG, mengkaji ulang sumber-sumber data yang ada untuk indikator-indikator MDG, yang meliputi Survei Sosial-Ekonomi Nasional (Susenas), Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas), Sensus Penduduk 2000, data-data dari Departemen Kesehatan, Dinas Pendidikan Nasional, dan sumber-sumber data lainnya. Beberapa indikator tertentu memiliki lebih dari satu sumber data.

Data survei. Susenas untuk pertama kalinya dilaksanakan pada 1963 dan berikutnya pada 1964, 1965, 1967, 1969, 1970, 1976, 1978, 1979, 1981, 1982, 1985, dan 1989⁴. Susenas yang dilaksanakan pada tahun-tahun tersebut modulnya bervariasi dan tidak standar, tergantung keperluan pada tahun dilaksanakannya. Pada 1992, Susenas dilaksanakan dengan menggunakan modul yang distandardisasi, yang dimaksudkan untuk menetapkan suatu sistem pemantauan indikator kesejahteraan secara rutin. Sejak tahun itu komponen Susenas terdiri atas “Kor” (Inti) yang dilaksanakan setiap tahun tanpa perubahan dan “Modul” yang bervariasi dari tahun ke tahun. Periode pengulangan “Modul” adalah tiga tahun, kecuali terdapat pembiayaan khusus yang memungkinkan dilaksanakannya setiap tahun. Sebagai contoh adalah pengukuran status gizi balita yang sebelumnya merupakan bagian dari modul kesehatan yang dilaksanakan tiga tahun sekali. Melalui pendanaan khusus, BPS melaksanakan pengukuran status gizi balita setiap tahun sejak 1998 hingga 2003. Data publikasi Susenas—dan pengolahan atas dasar data Susenas—menjadi sumber sebagian besar penulisan laporan MDG.

Pentingnya pemilahan data. Di negara yang sangat luas dan beragam seperti Indonesia, rata-rata nasional tidak dapat memberikan gambaran yang sesungguhnya terhadap pencapaian MDG dan tujuan-tujuan pembangunan lainnya. Karena itu, pemilahan data per provinsi dan kabupaten menjadi sangat penting. Pada saat ini di Indonesia terdapat 32 provinsi dan 435 kabupaten/kota. Mengingat kabupaten/kota adalah pusat pemerintahan dalam konteks desentralisasi, maka pemilahan dan analisis data setidaknya dilakukan pada tingkat provinsi dan apabila mungkin hingga tingkat kabupaten/kota.

Pemilahan data. Secara umum, Susenas menghasilkan data dengan tingkat ketelitian yang cukup tinggi pada tingkat provinsi. Data “Kor” yang didapat setiap tahun dari lebih 200.000 rumah tangga sampel bahkan mampu memberikan gambaran yang mewakili hingga tingkat kabupaten dengan tingkat ketelitian yang cukup, tergantung jenis indikatornya. Di sisi lain, komponen “Modul” Susenas dengan jumlah sampel kurang lebih 65.000 rumah tangga tidak mencukupi untuk memberikan gambaran yang mewakili hingga tingkat kabupaten. Secara umum, data untuk indikator-indikator dengan kohor yang lebih panjang—misalnya anak usia sekolah (indikator pendidikan) atau rumah tangga secara keseluruhan (untuk air bersih dan sanitasi)—membutuhkan jumlah sampel yang lebih sedikit untuk mendapatkan gambaran hingga tingkat kabupaten dibandingkan dengan data untuk kohort yang lebih pendek (misalnya cakupan imunisasi anak di bawah satu tahun). Dengan kata lain, reliabilitas data hasil survei di tingkat kabupaten—termasuk Susenas—perlu dilihat kasus per kasus dan indikator per indikator. Tidak semua survei dirancang untuk mendapatkan data yang dapat mewakili provinsi. Sebagai contoh, SDKI 1997 dengan jumlah sampel kurang lebih 35.000 rumah tangga menghasilkan data yang mewakili tiga kawasan, yaitu Jawa-Bali, Luar Jawa-Bali I, dan Luar Jawa-Bali II, di mana di dalamnya masing-masing terdapat beberapa provinsi. Secara umum, survei dengan pemilahan data membutuhkan biaya lebih besar, tergantung jumlah provinsi atau kabupaten yang ingin direpresentasikan.

Data institusional. Selain bersumber dari survei rumah tangga, beberapa indikator MDG juga tersedia dari data yang diperoleh dari institusi/departemen. Beberapa indikator MDG yang hanya bisa diperoleh dari departemen misalnya: angka berta-

han di pendidikan dasar (*primary survival rate*), HIV/AIDS, TB, malaria, kawasan lindung. Seperti halnya data survei, penggunaan dan reliabilitas data institusional perlu dilihat kasus per kasus. Pada saat ini masih terdapat hambatan dalam penggunaan data laporan rutin departemen, antara lain: Pertama, jumlah penduduk—sebagai pembilang dalam penghitungan sebagian besar indikator sosial—sering tidak cukup mencukupi ketelitiannya karena sistem registrasi vital yang masih lemah. Perkiraan jumlah penduduk yang dilakukan institusi/departemen pada akhirnya menggunakan proyeksi hasil sensus (yang dilangsungkan 10 tahun sekali, dan yang terakhir adalah tahun 2000) dan hal itu sering berbeda antar departemen, bahkan antar unit di dalam departemen yang sama. Kedua, pelaksanaan otonomi daerah telah menyebabkan banyak mekanisme pengumpulan data di dalam institusi/departemen, yang sebelumnya dikontrol dari pusat, sekarang terdesentralisasi yang berakibat pada lemahnya *monitoring* dan pelaporan.

Catatan

- 1 IMF, OECD, UN and World Bank, 2000. *Progress towards the international development goals: A Better World for All*. Washington, June 2000.
- 2 Negara berkembang diharapkan melaporkan Tujuan 1 hingga 7, negara maju bertanggungjawab terhadap pelaporan Tujuan 8.
- 3 Sebagai contoh, pada tahun 2004 Bappenas and BPS, didukung oleh UNDP melalui UNSFIR (the UN Support Facility for Indonesian Recovery), akan mencoba menghitung dana yang diperlukan untuk mencapai target MDG seperti yang telah disepakati.
- 4 Surbakti, Payung., 1997. *Survei Sosio-Ekonomi Nasional*. BPS, Jakarta.



2. INDONESIA: KONTEKS PEMBANGUNAN

Konteks politik

Semenjak proklamasi kemerdekaan pada 17 Agustus 1945, Indonesia mengalami tiga masa pemerintahan, yaitu Orde Lama, Orde Baru, dan Orde Reformasi.

Orde Lama. Secara formal pemerintah Indonesia baru menerima kedaulatan dari Belanda pada akhir 1949. Lima belas tahun pertama kemerdekaan Indonesia diwarnai ketidakstabilan politik dan kemerosotan ekonomi. Republik Indonesia yang liberal didirikan pada 1950, bercirikan seringnya terjadi perubahan kabinet, ketegangan di beberapa daerah, dan kesulitan dalam masalah ekonomi. Setelah 1965, keadaan terus memburuk hingga terjadi peristiwa G30S/PKI pada 1965.

Orde Baru. Pada 1966 pemerintahan diambil alih oleh Jenderal Soeharto yang kemudian menjadi presiden pada 1967 dan berkuasa sepanjang masa Orde Baru, yaitu selama enam periode berikutnya. Pemerintah Orde Baru sangat menekankan stabilitas dan penerapan Rencana Pembangunan Lima Tahun (Repelita) pada setiap periodenya. Namun, pembangunan ekonomi yang berhasil tidak dibarengi dengan partisipasi politik, perwujudan HAM, keadilan, dan transparansi pembuatan keputusan publik. Pada masa ini transaksi keuangan sering diwarnai korupsi, kolusi, dan nepotisme (KKN). Pada akhirnya penolakan atas rezim Orde Baru meningkat dan menemukan momentumnya ketika Krisis Ekonomi 1997. Presiden Soeharto mengundurkan diri pada 21 Mei 1998.

Era Reformasi. Semenjak 1998 Indonesia memasuki masa penuh perubahan politik, ekonomi, dan sosial, dan memasuki cara pemerintahan yang lebih

demokratis. Sampai sekarang telah terjadi tiga kali pergantian pemerintahan dan banyak sekali partai politik. Reformasi ini meliputi juga penguatan dan pembentukan lembaga baru yang mendukung *governance* yang lebih demokratis dan efektif, dengan akuntabilitas dan transparansi yang lebih besar dalam pelaksanaan fungsi pemerintah. Reformasi konstitusi telah memperkenalkan sistem perwakilan yang lebih adil dalam bidang legislatif dan mulai 2004 rakyatlah, bukan anggota MPR, yang akan memilih kepala pemerintahan secara langsung.

Konteks pembangunan ekonomi dan sosial

Konteks pembangunan ekonomi. Perekonomian Indonesia terdiversifikasi dimana beberapa sektor tertentu berperan sangat penting. Di masa lalu, pertanian merupakan sektor yang dominan dalam menyerap pekerja maupun menghasilkan produk. Indonesia memiliki beraneka sumber daya mineral yang telah dieksploitasi secara cepat selama tiga dekade terakhir. Sektor industri manufaktur berkembang cepat pada pertengahan 1980-an. Pada 1991, untuk pertama kalinya proporsi manufaktur terhadap PDB melebihi rasio pertanian terhadap PDB. Ekspor adalah motor utama pertumbuhan. Sebelum 1970-an, yang diekspor hanya beberapa komoditas primer. Penurunan harga minyak setelah 1983 mendorong industrialisasi hingga produk manufaktur dan setengah-jadi menjadi barang ekspor utama. Upaya keras mempromosikan pariwisata semenjak pertengahan 1980-an menghasilkan pendapatan ekspor yang besar.

Di masa Orde Baru, pemulihan ekonomi diawali dengan peninjauan kembali tujuan ekonomi. Sta-

dan peningkatan aksesibilitas fisik dan nonfisik bagi penyandang cacat.

Garis besar kebijakan pendidikan adalah perluasan dan pemerataan kesempatan pendidikan, peningkatan mutu dan kesejahteraan pendidik, dan memberdayakan lembaga pendidikan. Lembaga pendidikan akan menjadi pusat pembudayaan nilai, sikap, dan kemampuan. Selain itu, tujuan pembangunan pendidikan juga melakukan pembaruan dan pematapan sistem pendidikan, termasuk pembaruan kurikulum dan pelaksanaan desentralisasi pendidikan. Desentralisasi pendidikan termasuk pembaruan kurikulum, peningkatan kualitas lembaga pendidikan dalam menghadapi perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dan seni, serta pengembangan sumber daya manusia sedini mungkin. Selama masa Orde Baru, pendidikan membaik sehingga proporsi mereka yang buta huruf menurun.

Investasi yang besar dalam bidang kesehatan telah dilakukan semenjak 1960. Kebijakan kesehatan terkonsentrasi ke pembangunan fasilitas kesehatan di pedalaman. Prioritas kesehatan preventif terutama meliputi penyediaan air minum bersih, imunisasi, pemberantasan hama, dan perbaikan gizi.

Konteks pembangunan sumber daya alam dan lingkungan hidup

Pemanfaatan sumber daya alam merupakan tulang punggung bagi pemenuhan kebutuhan masyarakat Indonesia dan perekonomian nasional. Berjuta orang bergantung pada pertanian subsisten, perikanan, dan perkebunan untuk hidupnya. Negara Indonesia memiliki sumber laut yang luar biasa banyaknya. Penebangan komersial sejak 1970-an telah mengurangi hutan Indonesia yang semula sangat luas. Kekayaan minyak, gas, batubara, tembaga, nikel, bauksit, emas, perak, kaolin, marmer, dan lain-

lain merupakan sumber tambang dan galian yang penting. Sekalipun sumber daya alam penting bagi perekonomian, eksploitasinya dilakukan secara tidak berkelanjutan. Kekayaan yang dihasilkan dari mengeksploitasi sumber daya alam belum didistribusikan secara merata, dan belum diinvestasikan kembali ke dalam perekonomian.

Komitmen Indonesia pada pengelolaan lingkungan yang berkelanjutan secara kronologis telah dimulai 14 tahun sebelum KTT Bumi 1992, dengan pembentukan Kementerian Negara Pengawasan Pembangunan dan Lingkungan Hidup pada 1978, atau enam tahun setelah *Stockholm Conference on Environment* pada 1972. Indonesia memberikan sumbang saran pada KTT Bumi 1992 dengan konsep tentang keseimbangan hubungan antara kependudukan, pembangunan, dan lingkungan hidup yang akhirnya diadopsi KTT. Indonesia juga salah satu negara pertama yang menandatangani konvensi internasional untuk perubahan iklim global dan keanekaragaman hayati (*UN Climate Change Convention Act No. 1/1994 dan UN Convention on Biological Diversity Act No. 2/1995*). Dalam dokumen perencanaan pembangunan nasional, butir-butir konsep pembangunan berkelanjutan telah diadopsi oleh Indonesia dan diawali dengan memasukkan isu pengelolaan lingkungan hidup pada Repelita II (1973–1978) dan diteruskan sampai era Program Pembangunan Nasional (Propenas) sekarang ini. Namun Undang-Undang Lingkungan Hidup masih belum dapat dilaksanakan secara optimal, sehingga pengrusakan lingkungan terus meningkat semenjak 1998. Pelanggaran hukum dan peraturan umumnya, serta beratnya permasalahan ekonomi, memperburuk penebangan hutan, penangkapan ikan, dan penambangan secara liar yang kini sudah mencapai tingkat yang membahayakan.

Pemanfaatan sumber daya alam akan dikelola dengan lebih mengedepankan prinsip kelestari-

an serta tidak terpusat pada beberapa kelompok masyarakat dan golongan tertentu, dan sejalan dengan otonomi daerah. Untuk itu, kontrol masyarakat dan penegakan supremasi hukum perlu dikembangkan. Peraturan perundangan yang mengatur pengelolaan sumber daya alam harus dapat mengurangi tumpang tindih peraturan penguasaan dan pemanfaatan sumber daya alam, mewujudkan keselarasan peran antara pusat dan daerah serta sektor, dan melindungi hak-hak publik dan hak-hak masyarakat adat. Di samping itu, pengendalian terhadap meningkatnya intensitas kegiatan penduduk dan industri juga diperlukan untuk mengurangi kadar kerusakan lingkungan di banyak daerah.

Desentralisasi dan kesenjangan antar daerah

Undang-undang No. 22/1999 tentang Otonomi Daerah dan UU No. 25/1999 tentang Kewenangan dan Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah menetapkan kebijakan pembangunan daerah berdasarkan GBHN 1999–2004 yaitu mengembangkan otonomi daerah yang luas, nyata, dan bertanggung jawab; mengkaji kebijakan otonomi daerah bagi provinsi, kabupaten/kota, dan desa; mewujudkan perimbangan keuangan pusat dan daerah secara adil; serta memberdayakan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah dalam melaksanakan fungsi dan perannya.

Tantangan. Ketidakadilan dalam pembagian sumber-sumber keuangan antara pusat dan daerah beberapa waktu lalu menyebabkan peningkatan kesenjangan pertumbuhan ekonomi antar daerah, kurangnya kemandirian daerah, dan munculnya ketidakpuasan masyarakat di daerah. Di samping itu, krisis ekonomi menyulitkan peningkatan pengangguran, kemiskinan, dan permasalahan sosial lainnya di beberapa daerah. Melemahnya kegiatan ekonomi

di pelbagai daerah juga menyebabkan penurunan pendapatan asli daerah. Hal itu menghambat kemampuan pemerintah daerah dalam melaksanakan kegiatan pemerintahan, pembangunan, dan pelayanan masyarakat.

Pola pembangunan di Indonesia tidak merata.

Jawa dan Bali merupakan daerah dengan tingkat pertumbuhan tercepat selama tiga dasawarsa terakhir, sehingga kekayaan terkonsentrasi di pulau yang padat ini. Pertumbuhan di pelosok terkonsentrasi pada daerah yang cocok bagi pertanian dan eksplorasi tambang saja. Laju pembangunan lebih lambat di Indonesia bagian timur yang sebagian besar berpenduduk sedikit dan jauh dari pusat kekuatan politik. Kesenjangan antara keadaan di Jawa dan Bali dan daerah lain melebar selama masa 1980-an dan 1990-an. Kesenjangan ekonomi antar daerah masih menjadi persoalan pembangunan, terutama kesenjangan antara Kawasan Barat Indonesia (KBI) dan Kawasan Timur Indonesia (KTI). Kenyataan ini dapat dilihat dari pangsa produk domestik regional bruto (PDRB) yang diberikan KBI dan KTI. Selama periode 1997-2000 rata-rata pangsa PDRB KBI sebesar 82 persen dibandingkan pangsa KTI sebesar 18 persen.

Penerapan kebijakan. Dalam mengatasi kesenjangan antardaerah serta dampak krisis ekonomi, pemerintah berusaha meningkatkan alokasi dana langsung ke daerah, meningkatkan upaya penanggulangan kemiskinan, dan menggerakkan kembali kegiatan ekonomi di berbagai daerah secara merata. Namun upaya yang dilakukan oleh pemerintah itu tidak akan berjalan optimal jika tanpa pemberdayaan kemampuan pelaku ekonomi, khususnya masyarakat kecil, ataupun tanpa didukung investasi swasta di daerah. Peningkatan kemampuan pelaku ekonomi, khususnya masyarakat kecil, dilakukan melalui penyediaan akses terhadap sumber daya ekonomi dan kesempatan pengelolaan dan peman-

faatan sumber daya alam yang tersedia di daerah.

Konteks internasional

Pengaruh global Dalam era globalisasi pada saat sekarang ini, pelaksanaan pembangunan di Indonesia dan negara-negara lain terkait erat dengan komitmen-komitmen global dalam bidang ekonomi, perdagangan, transaksi keuangan, dan lain-lain. Indonesia adalah anggota PBB dan pelbagai lembaga lain di bawahnya, serta di gerakan Nonblok. Selain itu, Indonesia juga menandatangani perjanjian dagang internasional, antara lain WTO, APEC, OPEC, ASEAN, dan AFTA. Salah satu faktor utama yang mendorong pertumbuhan ekonomi Indonesia selama ini adalah mengalirnya dana melalui penanaman modal langsung dan investasi portofolio, pinjaman komersial, Bantuan Dana Pembangunan (*Official Development Assistant/ODA*) yang berupa pinjaman lunak dan hibah. Indonesia adalah anggota aktif badan-badan keuangan maupun program PBB serta organisasi antar pemerintah seperti Gerakan Non-blok. Selain itu juga terlibat dalam berbagai konvensi baik global maupun regional seperti

WTO, APEC dan ASEAN. Untuk menunjukkan semangat internasionalnya, Indonesia sangat berperan di dalam Kerjasama Selatan-Selatan dan terlibat secara aktif dalam program-program TCDC (*Technical Cooperation between Developing Countries*) seperti penyelenggaraan training dan penyediaan tenaga ahli bagi Negara Negara belum berkembang di Asia dan Afrika.

Komitmen Indonesia sebagai salah satu penandatanganan MDG tercermin di dalam Garis-garis Besar Haluan Negara dan Propenas. Komitmen ini selanjutnya dituangkan dalam upaya penyusunan strategi pengentasan kemiskinan yang sedang dilakukan di baik tingkat nasional maupun daerah, yang secara langsung berkaitan dengan ketercapaian target MDG.

Untuk mencapai target MDG pada 2015. Indonesia masih memerlukan kerja sama internasional, khususnya dengan negara maju. Karena kurangnya modal domestik, harus diusahakan agar arus masuk modal asing lebih besar daripada arus modal keluar. Agar hal ini terjadi, Indonesia akan melakukan langkah nyata memperbaiki iklim investasi bagi pe-



nanam modal yang telah ada dan yang akan datang. Perbaikan iklim investasi meliputi reformasi hukum dan peraturan terkait dengan pelaksanaan usaha di Indonesia. Masalah bagi sebagian besar negara miskin dan berkembang, termasuk Indonesia, adalah beban pembayaran pinjaman lebih besar daripada aliran bantuan yang diterima. Karena itu, dibutuhkan kemitraan antara negara kaya dan miskin, salah satu dari tujuan MDG (Tujuan 8). Tanpa kesepakatan antara negara maju dan berkembang, Indonesia akan kesulitan dalam mencapai target MDG². Negara-negara maju juga harus berperan dalam membenahi sistem pinjaman luar negeri dan memperbesar pinjaman lunak yang diberikan agar memberikan dukungan yang nyata bagi negara miskin dan berkembang untuk mencapai sasaran MDG. Hal ini sesuai dengan Konsensus Mon-

terrey mengenai pendanaan pembangunan, yang pada prinsipnya mengingatkan kembali negara maju untuk memenuhi komitmennya menyisihkan 0,7 persen dari pendapatan kotor nasional atau Gross National Income (GNI) negara yang bersangkutan untuk disalurkan kepada negara miskin dalam bentuk ODA. Tindakan lain yang dapat ditempuh adalah pembahasan pengalihan utang ke dalam bentuk komitmen yang lain (*debt swap*). Banyak isu yang dapat dikedepankan berkaitan dengan hal ini, yaitu pengelolaan lingkungan hidup, pendidikan, kesehatan, dan penanggulangan kemiskinan.

Catatan

¹ BPS-Statistics Indonesia, 2003. *Statistical Year Book of Indonesia 2002*

² UNDP, 2003. *Human Development Report*.





BAGIAN 2.

PERKEMBANGAN PENCAPAIAN

- TUJUAN 1:** Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan
- TUJUAN 2:** Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua
- TUJUAN 3:** Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan
- TUJUAN 4:** Menurunkan Angka Kematian Anak
- TUJUAN 5:** Meningkatkan Kesehatan Ibu
- TUJUAN 6:** Memerangi HIV/AIDS, Malaria, dan Penyakit Menular Lainnya
- TUJUAN 7:** Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup



TUJUAN 1

Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

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

Indikator:

- Proporsi penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan nasional.
- Proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari \$ 1 per hari.
- Kontribusi kuantil pertama penduduk berpendapatan terendah terhadap konsumsi nasional.

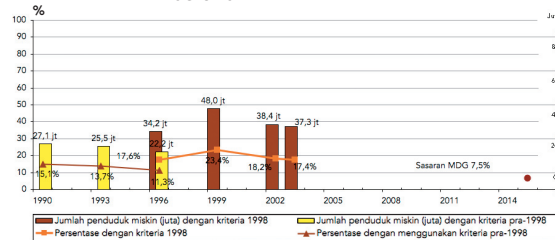
Keadaan dan kecenderungan

Proporsi penduduk miskin. Seperti tampak pada Gambar 1.1, proporsi penduduk miskin—yaitu kelompok yang pengeluarannya di bawah Garis Kemiskinan Nasional—menurun dari 15,1 persen pada 1990 menjadi 11,3 persen pada 1996. Menggunakan garis kemiskinan baru—yang ditetapkan oleh pemerintah pada 1998 untuk mencerminkan perubahan standar hidup—proporsi penduduk miskin pada 1996 adalah 17,6 persen (Boks 1). Pada saat krisis ekonomi, penduduk miskin bertambah hingga menjadi 23,4 persen (1999) dan mulai turun kembali menjadi 18,2 persen pada 2002 dan 17,4 persen pada 2003. Proyeksi pada Gambar 1.2 menunjukkan bahwa Indonesia secara nasional akan berhasil mencapai target penurunan proporsi penduduk miskin menjadi 7,5 persen (setengah dari proporsi penduduk miskin tahun 1990). Pencapaian untuk masing masing provinsi akan membutuhkan kajian lebih lanjut (Tabel 1.1).

Kesenjangan kemiskinan. Kesenjangan kemiskinan (*poverty gap*^a) atau angka Foster-Greer-Thorbeke

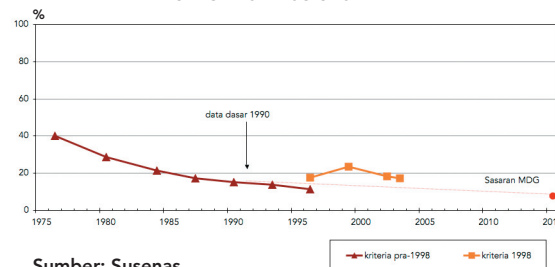
P1 tidak mengalami banyak perubahan. Nilainya berfluktuasi antara 2–4 persen pada 1990-2002. *Poverty Gap* pada 2002 adalah sebesar 3,01 persen (Gambar 1.4 dan Tabel 1.2a).

Gambar 1.1. Penduduk di bawah garis kemiskinan nasional



Sumber: Susenas

Gambar 1.2. Proporsi penduduk di bawah garis kemiskinan nasional



Sumber: Susenas

^a *Poverty gap* didefinisikan sebagai hasil kali antara proporsi penduduk miskin dengan *depth of poverty*, dirumuskan sebagai: $PG = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^q \left[\frac{z - y_i}{z} \right]$ di mana n= jumlah penduduk; q= jumlah penduduk miskin; z= garis kemiskinan; dan y_i = pendapatan individual ke-i.

Boks 1. Garis Kemiskinan Nasional

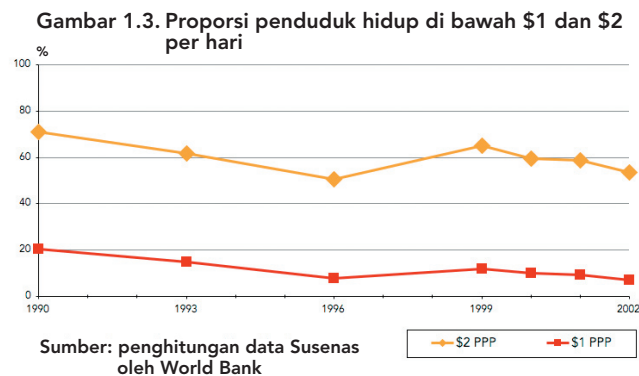
Ukuran Garis Kemiskinan Nasional adalah jumlah rupiah yang diperlukan oleh setiap individu untuk makan-an setara 2.100 kilo kalori per orang/hari dan untuk memenuhi kebutuhan nonmakanan berupa perumahan, pakaian, kesehatan, pendidikan, transportasi, dan aneka barang/jasa lainnya. Biaya untuk membeli 2.100 kilo kalori/hari disebut sebagai Garis Kemiskinan Makanan, sedangkan biaya untuk membayar kebutuhan minimum non-makanan disebut sebagai Garis Kemiskinan Non-Makanan. Mereka yang pengeluarannya lebih rendah dari garis kemiskinan disebut sebagai penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan atau penduduk miskin.

Standar kemiskinan yang digunakan BPS bersifat dinamis, disesuaikan dengan perubahan/pergeseran pola konsumsi agar realistis. Proporsi penduduk di bawah garis kemiskinan pada 1996 memiliki dua angka untuk menunjukkan berbedanya kriteria yang digunakan, yaitu standar 1996 dan standar 1998 (BPS, Statistik In-donesia 2002). Perubahan standar terjadi bukan hanya karena pergeseran pola konsumsi tetapi juga karena perluasan cakupan komoditas yang diperhitungkan dalam kebutuhan minimum, antara lain karena adanya kewajiban belajar sembilan tahun.

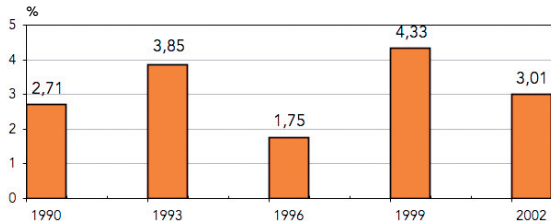
Boks 2. Pencapaian MDG

Kesimpulan tentang telah tercapai atau tidaknya MDG berbeda bila menggunakan kriteria yang ber-beda. Berdasarkan ambang batas standar internasional \$1 (PPP) per orang/hari, pada 1990 penduduk miskin 20,6 persen sehingga target pada 2015 adalah 10,3 persen atau telah dicapai sebelum 1996.

Jika ukuran \$2 (PPP) per hari yang digunakan, penduduk miskin 71,1 persen pada 1990 yang berarti target pada 2015 adalah 35,5 persen sehingga sampai 2002 target ini masih sulit untuk dicapai.

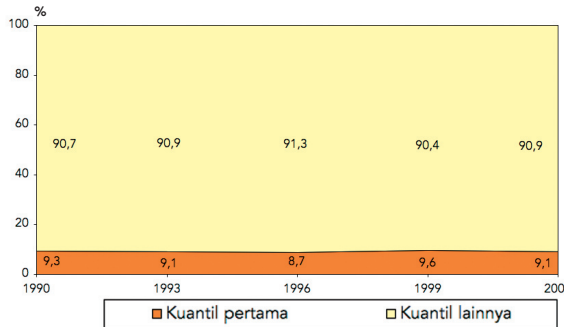


Gambar 1.4. Kesenjangan kemiskinan, P1



Sumber: Susenas

Gambar 1.5. Sumbangan kuantil pertama penduduk miskin terhadap konsumsi nasional



Sumber: Susenas

Dalamnya kemiskinan (depth of poverty^a). Rata-rata kekurangan pendapatan penduduk miskin terhadap garis kemiskinan pada 1990–2002 bervariasi antara 10–18 persen. Pada 2002, rata-rata konsumsi penduduk miskin adalah 16,5 persen di bawah garis kemiskinan nasional (Tabel 1.2b).

Kontribusi kuantil termiskin. Kontribusi konsumsi kuantil (20 persen) pertama penduduk berpendapatan terendah terhadap total konsumsi selama dasawarsa terakhir antara 9–10 persen pada sepuluh tahun terakhir (Gambar 1.5 dan Tabel 1.3).

Tantangan

Disparitas. Masalah kemiskinan di Indonesia bukan hanya jumlahnya yang besar tetapi juga disparitas yang tinggi antar wilayah, provinsi, ataupun kabupaten dan kota, dan kemiskinan transien yang serius, yaitu sejumlah besar penduduk akan tergolong miskin bila terjadi sesuatu perubahan keadaan/kebijakan. Disparitas antarwilayah terlihat, misalnya, dari keadaan di DKI Jakarta dan di Papua. Hampir setengah dari penduduk Papua hidup di bawah garis kemiskinan nasional, sedangkan penduduk miskin di DKI Jakarta hanya 3,4 persen (Tabel 1.1).

Penduduk marginal. Tantangan lain adalah terdapat sejumlah besar penduduk yang pendapatannya/pengeluarannya sedikit di atas garis kemiskinan. Kelompok ini sangat rentan untuk masuk kategori penduduk miskin bila terdapat perubahan kebijakan. Sebagai contoh, jumlah proporsi penduduk miskin bertambah cukup besar jika garis kemiskinan dinaikkan sedikit saja (Boks 3).

Boks 3. Pengaruh Perubahan Garis Kemiskinan

Wilayah	Kriteria 1996			Kriteria 1998		
	Garis kemiskinan Rupiah per bulan	Penduduk di bawah garis kemiskinan		Garis kemiskinan Rupiah per bulan	Penduduk di bawah garis kemiskinan	
		Juta	persen		Juta	persen
Urban	38.246	7,2	9,7	42.032	9,6	13,6
Rural	27.413	15,3	12,3	31.366	24,9	19,9
Total		22,5	11,3		34,5	17,6

^a Depth of Poverty, I, dihitung dengan: $I = \frac{z - y^p}{z}$, di mana y^p menunjukkan rata-rata konsumsi kelompok miskin.

Kebijakan dan program

Target dan kebijakan nasional. Target penanggulangan kemiskinan secara nasional, sesuai arahan Propenas (2000–2004), adalah mengurangi jumlah penduduk miskin dari 18,2 persen pada 2002 menjadi 14,0 persen pada 2004. Target itu dicapai melalui dua strategi. Pertama, meningkatkan pendapatan melalui perluasan peluang usaha, kesempatan kerja, dan peningkatan produktivitas penduduk miskin. Kedua, mengurangi pengeluaran keluarga miskin untuk pangan, pendidikan, kesehatan, dan infrastruktur. Adapun kebijakan utamanya adalah perluasan kesempatan, pemberdayaan masyarakat, peningkatan kapasitas sumber daya manusia, dan perlindungan sosial.

Program. Penanggulangan kemiskinan mendapat prioritas utama di dalam Propenas 2000–2004. Berdasarkan UU No. 25/2000, penanggulangan kemiskinan ditempuh melalui tiga program. Pertama, penyediaan kebutuhan pokok berupa bahan pokok pangan, pelayanan dasar di bidang kesehatan, pendidikan dan perumahan bagi keluarga dan kelompok masyarakat miskin secara merata. Kedua, pengembangan budaya usaha masyarakat miskin hingga dapat melakukan usaha ekonomi rakyat yang produktif atas dasar sikap demokratis dan mandiri. Ketiga, pengembangan sistem dana jaminan sosial yang dapat melindungi kelompok masyarakat dari situasi yang mengurangi pendapatan atau konsumsinya. Kelompok sasaran diprioritaskan pada keluarga miskin, anak terlantar, kelompok lanjut usia, dan penyandang cacat.

Kegiatan. Program pertama dijabarkan ke dalam berbagai kegiatan seperti penyediaan dan pencadangan bahan pokok secara terus-menerus;

pengendalian harga bahan pokok; penyediaan pelayanan dasar, terutama kesehatan dan pendidikan; perluasan jaringan pelayanan dalam penyediaan kebutuhan pokok; dan perbaikan lingkungan perumahan, termasuk air bersih. Program kedua mencakup kegiatan pengembangan pendidikan dan latihan ketrampilan usaha; pendampingan melalui bimbingan dan konsultasi; penciptaan jaringan kerja sama dan kemitraan usaha yang didukung oleh organisasi masyarakat setempat, pemerintah daerah, swasta, dan perguruan tinggi; penyediaan kemudahan akses terhadap sumber daya-sumber daya; penyediaan prasarana dan sarana usaha bagi keluarga miskin; dan penyediaan pemukiman transmigrasi baru untuk petani dan buruh tani yang tidak memiliki lahan pertanian. Program ketiga mencakup kegiatan pengembangan sistem jaminan sosial yang efektif sesuai dengan budaya masyarakat; pematapan sistem jaminan sosial yang sudah berkembang di masyarakat; peningkatan kemampuan pemerintah daerah dan masyarakat dalam pengelolaan sistem jaminan sosial. Keseluruhan program penanggulangan kemiskinan bersifat lintas sektoral dan komprehensif. Selain program dan kegiatan di atas, terdapat lagi kegiatan pendukung lainnya yang tersebar dalam berbagai program pembangunan.



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

Indikator:

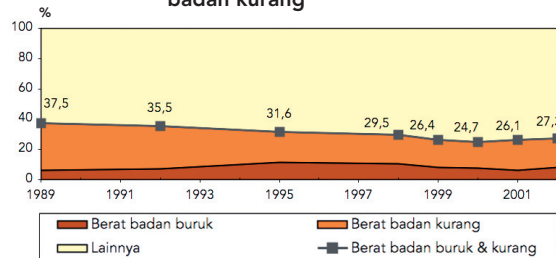
- Prevalensi balita kurang gizi.
- Proporsi penduduk yang berada di bawah garis konsumsi minimum (2.100 kkal/per kapita/hari).

Keadaan dan Kecenderungan

Prevalensi balita berat badan kurang

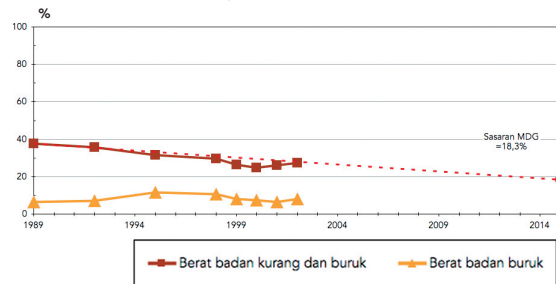
Kecenderungan. Kurang gizi pada anak, yang diukur melalui proporsi anak di bawah umur lima tahun yang berat badannya kurang (kurang gizi sedang dan kurang gizi parah), menurun dari 37,5 persen pada 1989 menjadi 27,3 persen pada 2002. Pada periode yang sama, jumlah anak yang tergolong kurang gizi parah justru bertambah, dari 6,3 persen pada 1989 menjadi delapan persen pada 2002. Hal ini sesuai dengan kesimpulan pembahasan indikator kemiskinan (Boks 2), bahwa masih dibutuhkan langkah khusus untuk bisa menjangkau kelompok termiskin.

Gambar 1.6. Prevalensi balita dengan berat badan kurang



Sumber: Susenas

Gambar 1.7. Prevalensi balita dengan berat badan kurang

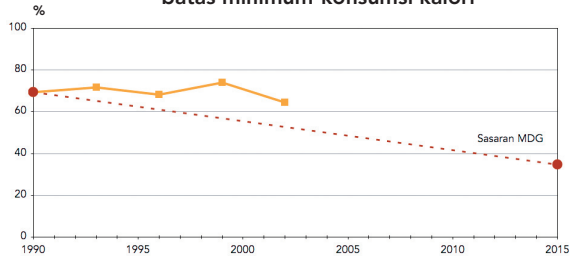


Sumber: Susenas

Gambar 1.6 dan Tabel 1.4 juga menunjukkan bahwa kecenderungan angka kurang gizi di Indonesia belum menuju ke arah pencapaian target MDG.

Disparitas. Daerah pedesaan menunjukkan pengurangan angka kurang gizi yang lebih besar dibandingkan daerah perkotaan. Secara keseluruhan, proporsi anak laki laki yang kurang gizi lebih besar dibandingkan anak perempuan, baik di pedesaan maupun perkotaan. Terdapat perbedaan angka kurang gizi yang mencolok antarprovinsi di Indonesia: hanya 17,1 persen di Yogyakarta dan 17,9 persen di Bali, sementara angka itu mencapai 42,3 persen di Gorontalo dan 38,6 persen di NTT (Tabel 1.4 dan 1.5).

Gambar 1.8. Proporsi penduduk di bawah batas minimum konsumsi kalori



Sumber: Susenas, menggunakan batas 2.100 kkal/orang/hari

Prevalensi kelaparan

Asupan energi kurang Tingkat kelaparan masyarakat ternyata masih tinggi karena dua pertiga penduduk mendapatkan asupan energi kurang dari 2.100 kkal/hari (Gambar 1.8 dan Tabel 1.6).

Tantangan

Tantangan utama. Dalam mengatasi masalah kelaparan dan kekurangan gizi, tantangan yang dihadapi adalah mengusahakan agar masyarakat miskin, terutama ibu dan anak balita, dapat memperoleh bahan pangan cukup dengan gizi yang seimbang dan harga yang terjangkau. Mereka juga harus memperoleh pendidikan tentang gizi.

Kebijakan dan Strategi

Kebijakan penanggulangan kelaparan antara lain tecermin dalam arah pembangunan pangan dan gizi masyarakat yang diarahkan bagi pengembangan sistem ketahanan pangan. Sistem itu berbasis keragaman sumber daya bahan pangan, kelestarian dan budaya lokal untuk tersedianya pangan dan gizi dalam jumlah dan mutu yang dibutuhkan

pada tingkat harga yang terjangkau, serta sejalan dengan pemenuhan gizi seimbang.

Prioritas kebijakan pangan dan gizi ditempuh melalui:

- Pemberdayaan keluarga dan masyarakat untuk meningkatkan kemandirian melalui kegiatan berbasis masyarakat. Perhatian khusus diberikan pada kelompok yang rentan, terutama keluarga miskin.
- Pemantapan kewaspadaan pangan dan gizi, agar selalu berjalan baik pada kondisi kritis maupun tidak.
- Peningkatan mutu gizi dan pelayanan pangan dan memadukannya dengan program penanggulangan kemiskinan.
- Penerapan sanksi atas pelanggaran peraturan perundang-undangan tentang pangan dan gizi, di antaranya undang-undang tentang ketahanan pangan dan peraturan tentang iklan dan label pangan.

Program-program untuk mengatasi masalah kelaparan dan kekurangan gizi, dan memperbaiki ketahanan pangan keluarga adalah:

- Pemberian bantuan makanan tambahan/makanan pendamping ASI (MP-ASI), terutama pada bayi, anak balita, ibu hamil pada keluarga miskin dan rawan pangan.
- Sosialisasi pedoman umum gizi seimbang.
- Peningkatan produksi dan diversifikasi penyediaan pangan lokal dengan harga yang terjangkau.
- Pembinaan keluarga tentang gizi dan merawat anak.
- Peningkatan efisiensi sistem dan jaringan distribusi pangan nasional yang menjamin ketersediaan dan keterjangkauan pangan sampai di tingkat rumah tangga.
- Pengembangan kemandirian pangan masyarakat.

- Peningkatan sistem kewaspadaan dini pada masalah gizi dan rawan pangan.
- Penyusunan Peraturan pendukung Undang-undang Pangan No. 7 Tahun 1996 dan penerapan Peraturan Pemerintah tentang Ketahanan Pangan yang berpihak kepada keluarga miskin.



TUJUAN 2

Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua

Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua

Target 3: Memastikan pada 2015 semua anak-anak di mana pun, laki-laki maupun perempuan, dapat menyelesaikan pendidikan dasar.^a

Indikator:

- **Angka Partisipasi Murni di sekolah dasar.**
- **Angka Partisipasi Murni di sekolah lanjutan pertama.**
- **Proporsi murid yang berhasil mencapai kelas 5.**
- **Proporsi murid di kelas 1 yang berhasil menamatkan sekolah dasar.**
- **Proporsi murid di kelas 1 yang berhasil menyelesaikan sembilan tahun pendidikan dasar.**
- **Angka melek huruf usia 15–24 tahun.**

Keadaan dan kecenderungan

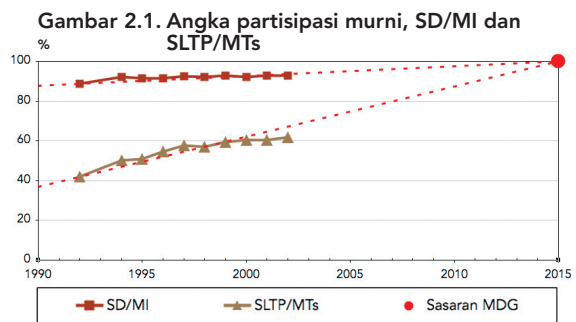
Pengantar. Untuk meningkatkan pembangunan suatu bangsa diperlukan *critical mass* di bidang pendidikan. Hal ini membutuhkan adanya persentase penduduk dengan tingkat pendidikan yang memadai untuk mendukung pembangunan ekonomi dan sosial yang cepat. Program pendidikan dasar sembilan tahun merupakan salah satu upaya pemerintah untuk mewujudkan *critical mass* itu dan membekali anak didik dengan ketrampilan dan pengetahuan dasar: untuk melanjutkan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi, untuk bekal menjalani kehidupan dalam masyarakat, untuk membuat pilihan-pilihan dan memanfaatkan produk-produk berteknologi tinggi, untuk mengadakan interaksi dan kompetisi antar warga masyarakat, kelompok, dan antar bangsa.

Target. Target MDG adalah menjamin bahwa sampai dengan 2015, semua anak, di mana pun, laki-laki dan perempuan, dapat menyelesaikan sekolah dasar. Target itu sejalan dengan target Program Wajib Belajar Pendidikan Dasar Sembilan Tahun, yaitu

meningkatkan partisipasi pendidikan dasar dengan indikator kinerja pencapaian Angka Partisipasi Kasar (APK) jenjang SLTP/MTs mencapai 90 persen persen paling lambat pada 2008, dan meningkatkan mutu pendidikan dasar yang pada saat ini masih di bawah standar nasional.

Angka partisipasi

Angka partisipasi tingkat sekolah dasar. Data Susenas menunjukkan adanya perbaikan Angka Partisipasi Murni (APM) jenjang SD/MI untuk anak usia 7–12 tahun dari 88,7 persen pada 1992 menjadi antara 92–93 persen selama tiga tahun terakhir (Gam-



Sumber: Susenas

^a Indonesia menetapkan Pendidikan Dasar Sembilan Tahun: enam tahun di sekolah dasar (anak usia 7–12 tahun) dan tiga tahun di SLTP (anak usia 13–15 tahun). Dengan demikian, sasaran MDG untuk Indonesia lebih tinggi dari pada standar internasional untuk pendidikan dasar.

bar 2.1). Sementara itu, Data Departemen Pendidikan Nasional menunjukkan APM yang lebih tinggi, yaitu 94 persen. Perbedaan angka antara Susenas dan data Depdiknas dapat terjadi karena sistem pendataan yang berbeda. Pertama, Susenas menggunakan pendataan berdasarkan tempat tinggal, sementara Depdiknas menggunakan data dari laporan sekolah yang memungkinkan terjadinya penghitungan ganda karena adanya anak yang sekolah di lebih dari satu tempat. Kedua, waktu pelaksanaan yang berbeda; data Depdiknas adalah data pendaftaran pada awal tahun ajaran baru, sedangkan Susenas tidak selalu pada tahun ajaran baru.

Angka Partisipasi Kasar. Angka Partisipasi Murni juga berbeda cukup signifikan dengan Angka Partisipasi Kasar (APK). Menurut data Depdiknas, pada 2002 APK SD/MI telah mencapai 112 persen, secara signifikan lebih besar dibanding APM yang baru 94 persen. Hal itu menunjukkan banyaknya siswa yang berusia di bawah tujuh tahun (*underage*) dan di atas 12 tahun (*overage*). Data Depdiknas menunjukkan bahwa siswa SD/MI yang berusia kurang dari tujuh tahun sebesar 10,3 persen dan siswa yang berusia di atas 12 tahun sebanyak 4,9 persen. Dengan dimungkinkannya anak usia di bawah tujuh tahun untuk mengikuti pendidikan di SD/MI, maka jumlahnya cenderung meningkat, terutama di daerah perkotaan. Di sisi lain, adanya anak-anak usia di atas 12 tahun yang masih di SD disebabkan oleh dua kemungkinan. Pertama, anak-anak itu masuk SD di atas usia tujuh tahun, misalnya pada 2000/2001 ada sekitar 42,2 persen murid baru kelas I SD/MI yang berusia delapan tahun ke atas. Kedua, adanya anak-anak yang mengulang kelas, sehingga mereka baru dapat menyelesaikan SD pada usia di atas 12 tahun.

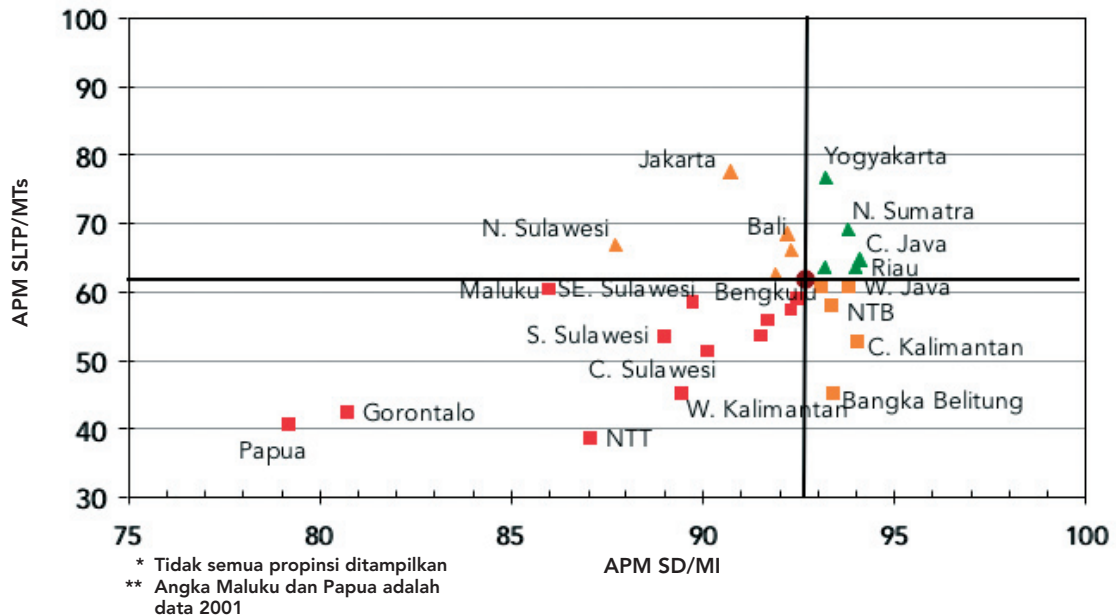
Disparitas APM dan APK SD/MI. Analisis lebih lanjut berdasarkan data Susenas 2002 diketahui bahwa APM dan APK SD/MI yang tinggi terjadi pada semua kelompok masyarakat. Tidak ada perbedaan yang signifikan antara daerah pedesaan dan perkotaan, antara laki-laki dan perempuan, dan antar kelompok ekonomi masyarakat yang diukur menggunakan pengeluaran konsumsi keluarga (Tabel 2.2a dan 2.2b). Namun terdapat variasi APM di antara provinsi, bahkan beberapa provinsi memiliki APM di bawah 90 persen (Gambar 2.2 dan Tabel 2.1).

Sekolah lanjutan tingkat pertama dan madrasah tsanawiyah (SLTP/MTs). Akses pendidikan tingkat SLTP/MTs mengalami peningkatan secara signifikan selama dilaksanakannya Program Wajib Belajar Pendidikan Dasar Sembilan Tahun, yaitu sejak 1994. APM jenjang SLTP/MTs naik dari 41,9 persen pada 1992 menjadi 61,6 persen pada 2002, sedangkan APK naik dari 65,7 persen pada 1995 menjadi 79,8 persen pada 2002 (Tabel 2.3). Namun angka partisipasi itu belum cukup tinggi untuk mencapai APK 90 persen sebagai target penuntasan Wajib Belajar Pendidikan Dasar Sembilan Tahun pada 2008. Angka partisipasi di SLTP/MTs perlu diukur dengan menggunakan APK mengingat banyaknya murid yang berusia di bawah 13 tahun dan di atas 15 tahun yang bersekolah di tingkat ini.

Disparitas APM dan APK SLTP/MTs. Berbeda dengan jenjang SD/MI, partisipasi pendidikan jenjang SLTP/MTs menunjukkan masih adanya perbedaan antara pedesaan dan perkotaan serta antar kelompok pengeluaran konsumsi keluarga meskipun perbedaan antara laki-laki dan perempuan tidak tampak nyata^a (Tabel 2.4a, 2.4b). APM pedesaan baru

^a Lihat pembahasan Tujuan 3 tentang kesetaraan gender.

Gambar 2.2. Angka partisipasi murni SD/MI dan SLTP/MTs, 2002



Sumber: Susenas

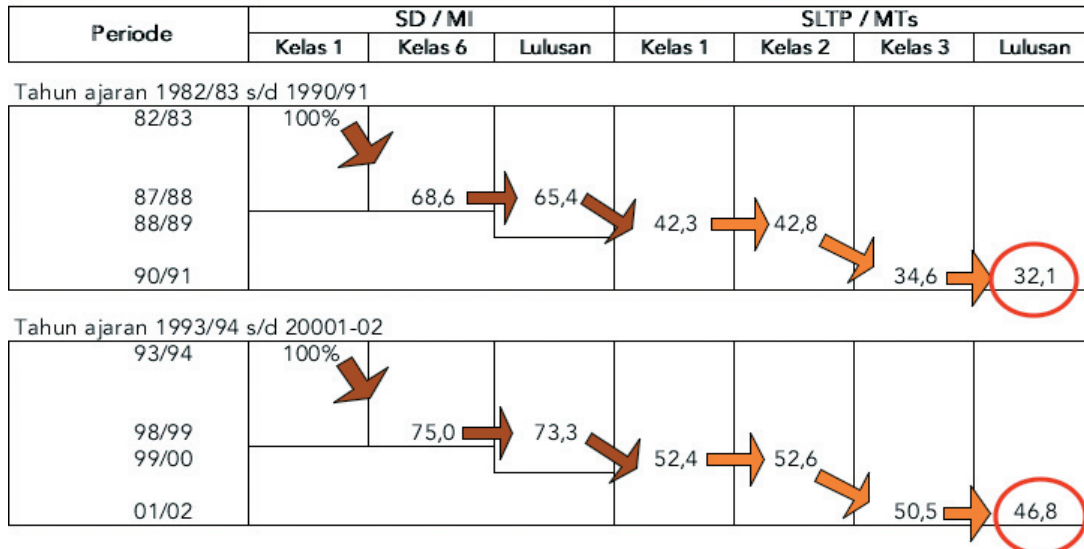
mencapai 54,1 persen, sementara daerah perkotaan 71,9 persen. Selanjutnya, APM kelompok 20 persen penduduk termiskin (kuantil 1) baru mencapai 49,9 persen, sangat berbeda tajam dengan kelompok terkaya (kuantil 5) yang telah mencapai 72,3 persen. APK SLTP/MTs juga bervariasi antara pedesaan (69,7 persen) dan perkotaan (93,5 persen), dan antara kelompok penduduk termiskin (64,8 persen) dengan kelompok penduduk terkaya (94,6 persen). Disparitas APM yang tajam juga terjadi antarprovinsi (Gambar 2.2). Masih banyak provinsi yang memiliki APM di bawah 60 persen seperti Gorontalo, Nusa Tenggara Timur (NTT), Kalimantan Barat, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, Kalimantan Tengah, Kalimantan Selatan, Sulawesi Tenggara, dan Nusa Tenggara Barat (NTB). Data Susenas 2001 memperlihatkan APM 40,5 persen untuk Provinsi Papua.

Proporsi murid yang menyelesaikan pendidikan dasar

Murid yang dapat bertahan hingga kelas 5. Proporsi murid yang memulai pendidikannya dari kelas 1 dan dapat bertahan hingga kelas 5 meningkat dari 74,7 persen pada 1991 menjadi 82,2 persen pada 2002.

Angka kelulusan pendidikan dasar. Proporsi murid kelas 1 yang berhasil menamatkan sekolah dasarnya dan selanjutnya menyelesaikan sembilan tahun pendidikan dasar, dapat dilihat pada arus siswa pendidikan dasar (Gambar 2.3), yang menunjukkan proporsi siswa yang menyelesaikan satu siklus pendidikan dasar tertentu. Gambar itu secara implisit

Gambar 2.3. Proporsi murid kelas 1 yang menyelesaikan pendidikan dasar (kohort)



Sumber: Departemen Pendidikan Nasional

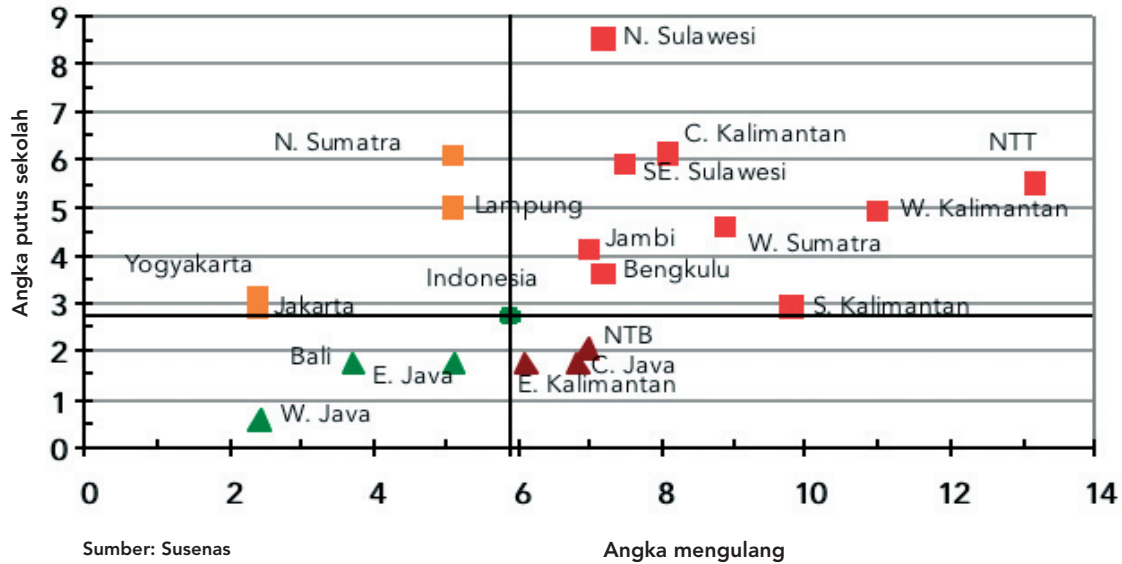
mengindikasikan tingkat kesuksesan pelaksanaan program wajib belajar serta kemajuan tingkat penyelesaian pendidikan dasar dalam kurun waktu 11 tahun. Dari data arus siswa yang masuk SD tahun 1982/1983, hanya 32,1 persen yang lulus dari SLTP pada 1990/1991, menyelesaikan sembilan tahun pendidikan dasar. Sementara, 46,8 persen arus siswa yang masuk SD/MI pada 1993/1994 menyelesaikan pendidikan dasarnya pada 2001/2002.

Penyelesaian pendidikan dasar yang tidak tepat waktu. Masih besar proporsi anak-anak yang tidak menyelesaikan pendidikan dasar dalam kurun waktu sembilan tahun. Dari seluruh siswa baru kelas 1 SD/MI pada 1982/1983 ada 67,9 persen yang tidak atau belum dapat menyelesaikannya dalam kurun waktu sembilan tahun. Fenomena serupa terjadi pada siklus 1993/94 sampai dengan 2001/02, 53,2 persen siswa tidak dapat menyelesaikan pendidikan dasar tepat waktu. Hal ini bisa terjadi karena: pertama, adanya siswa yang mengulang kelas sehingga membutuhkan waktu lebih dari sembilan tahun un-

tuk menyelesaikan pendidikan dasar; kedua, adanya siswa putus sekolah, baik di tingkat SD/MI maupun di SLTP/MTs, dan tidak masuk ke dalam lembaga pendidikan alternatif lain; dan ketiga, adanya lulusan SD/MI atau yang setara yang tidak melanjutkan ke SLTP/MTs atau ke lembaga setara yang menawarkan pendidikan luar sekolah. Mereka yang tidak mampu menyelesaikan pendidikan dasar, terutama yang terjadi di tingkat SD/MI merupakan faktor potensial untuk menjadi warga buta huruf.

Angka mengulang dan angka putus sekolah. Perbaikan tingkat penyelesaian pendidikan dasar dari dua arus siswa di atas (1982/83 dan 1993/94) dapat disebabkan oleh adanya penurunan angka mengulang kelas, penurunan angka putus sekolah, dan peningkatan angka melanjutkan dari SD/MI ke SLTP/MTs, atau kombinasi dari ketiganya. Kesemua perbaikan itu antara lain merupakan dampak positif dari program wajib belajar sembilan tahun yang telah dilakukan selama ini. Namun persentase lulusan SD/MI yang melanjutkan pendidikan ke tingkat

Gambar 2.4. Angka mengulang dan angka putus sekolah SD/MI dan SLTP/MTs, 2002



Sumber: Susenas

SLTP/MTs masih relatif rendah dan angka mengulang serta angka putus sekolah masih perlu diturunkan lagi. Pada 2000/2001 angka putus sekolah SD/MI sebesar 2,6 persen dan SLTP sebesar 0,3 persen. Pada saat yang sama angka mengulang SD sebesar 5,9 persen dan SLTP sebesar 0,3 persen. Perlu ada perhatian khusus pada tingginya angka mengulang kelas, khususnya di tingkat SD/MI, karena angka mengulang tidak hanya berpengaruh besar pada tingkat penyelesaian sekolah, tetapi juga berhubungan erat dengan angka putus sekolah (Gambar 2.4). Lembaga pendidikan alternatif perlu diefektifkan dan dibuat mudah terjangkau

oleh anak-anak usia 7–15 tahun yang putus sekolah dari SD/MI maupun dari SLTP/MTs.

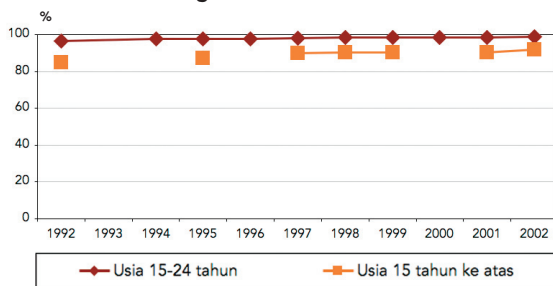
Variasi antarprovinsi. Gambar 2.4 menunjukkan bahwa kecilnya angka di tingkat nasional menyembunyikan kenyataan variasi angka mengulang dan putus sekolah di tingkat provinsi. Angka mengulang bervariasi dari 2,7 persen hingga 13,5 persen, sementara angka putus sekolah antara di bawah satu persen hingga di atas delapan persen.

Tingkat melek huruf penduduk

Tingkat melek huruf penduduk usia 15–24 tahun.

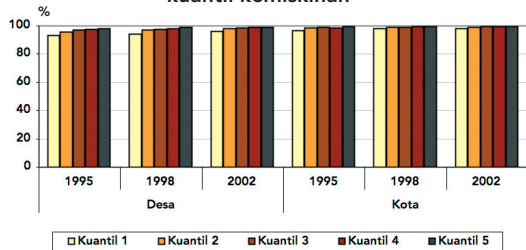
Secara nasional tingkat melek huruf penduduk usia 15–24 tahun ke atas meningkat dari 96,2 persen pada 1990 menjadi 98,7 persen pada 2002 (Tabel 2.5 dan Gambar 2.5). Penduduk yang masih buta huruf diperkirakan adalah mereka yang berada di daerah yang sulit dijangkau pelayanan pendidikan dan penyandang cacat. Perbaikan tingkat melek huruf pada kelompok usia ini disebabkan oleh meningkatnya

Gambar 2.5. Angka Melek Huruf



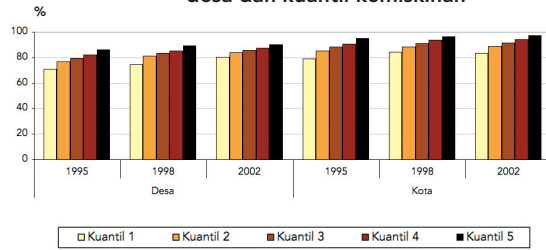
Sumber: Susenas

Gambar 2.6. Angka melek huruf penduduk usia 15-24 tahun menurut kota/desa dan kuantil kemiskinan



Sumber: Susenas

Gambar 2.7. Angka melek huruf penduduk usia 15 tahun ke atas menurut kota/desa dan kuantil kemiskinan



Sumber: Susenas

partisipasi pendidikan dasar serta meningkatnya proporsi siswa SD/MI yang dapat menyelesaikan sekolahnya sampai kelas 5. Proporsi siswa kelas 1 yang berhasil menyelesaikan sekolah sampai kelas 5 meningkat dari 74,7 persen pada 1991 menjadi 82,2 persen pada 2002. Memang masih terdapat perbedaan antara daerah perkotaan dan pedesaan serta antara yang kaya dan yang miskin. Meskipun demikian, kesenjangan ini telah semakin sempit bila dibandingkan dengan keadaan pada 1995 (Gambar 2.6).

Tingkat melek huruf penduduk usia lanjut. Apabila kelompok usia diperluas menjadi 15 tahun ke atas, tingkat melek huruf penduduk menjadi lebih rendah. Meskipun demikian, peningkatan juga telah terjadi dari 87,1 persen pada 1995 menjadi 91,7 persen pada 2002 (Gambar 2.5). Disparitas yang besar juga terjadi pada kelompok umur ini, yaitu antara penduduk pedesaan dan perkotaan serta antara tingkat kemiskinan yang dihitung berdasarkan pengeluaran keluarga (Gambar 2.7). Dari tahun ke tahun, tingkat melek huruf telah meningkat di hampir semua kelompok. Migrasi dari desa ke kota diduga menjadi faktor pengaruh dalam mandeknya atau turunnya kecenderungan tingkat melek huruf di antara kelompok miskin kota dari 1998 ke 2002.

Tantangan

Walaupun pelaksanaan program pendidikan dasar sembilan tahun, khususnya pada empat tahun pertama sejak dicanangkan, dapat dikatakan berhasil, terdapat sejumlah masalah dan tantangan yang harus diselesaikan, sebagaimana dibahas dalam bagian sebelumnya. Karena itu, kebijakan, strategi, dan program penuntasan program pendidikan dasar sembilan tahun yang akan datang hendaknya lebih memperhatikan masalah-masalah tersebut di atas.

Kebijakan dan program

Kebijakan pokok pendidikan dasar

- Meningkatkan akses dan perluasan kesempatan belajar bagi semua anak usia pendidikan dasar, dengan target utama daerah dan masyarakat miskin, terpencil, dan terisolasi.
- Meningkatkan kualitas dan relevansi pendidikan dasar, sehingga setiap tamatan mempunyai kompetensi dasar yang dapat digunakan untuk hidup dalam masyarakat atau melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi.

- Meningkatkan efisiensi manajemen pendayagunaan sumber daya pendidikan dan mengupayakan agar semua lembaga pendidikan dasar dapat melaksanakan fungsinya secara lebih efisien dan efektif.
- Meningkatkan akses pendidikan dasar harus dilakukan bersama-sama dengan perbaikan mutu pendidikan. Dengan demikian, penuntasan program pendidikan dasar tidak dapat dipisahkan dari upaya peningkatan mutu.

Strategi pelaksanaan untuk kebijakan di atas mencakup:

- Melaksanakan gerakan nasional penuntasan program pendidikan dasar dengan partisipasi semua kekuatan masyarakat, seperti orang tua, tokoh masyarakat, lembaga swadaya masyarakat, dunia industri, dan usahawan, sehingga pelaksanaan penuntasan program ini betul-betul merupakan gerakan sosial (*community-based education*).
- Meningkatkan dan memperkuat program-program esensial yang telah ada untuk meningkatkan jumlah siswa masuk sekolah (*enrollment*). Sementara itu, program-program kegiatan yang kurang esensial agar dikaji ulang dan memobilisasi sumber daya yang mendukungnya untuk mempertahankan dan meningkatkan program pendidikan dasar.
- Memberikan peluang yang lebih besar kepada sekolah-sekolah swasta dan lembaga pendidikan yang berbasis masyarakat untuk lebih berpartisipasi dalam pelaksanaan pendidikan dasar.
- Mengupayakan untuk menangani secara lebih efektif target-target masyarakat yang tidak terjangkau (miskin, terpencil, terisolasi) melalui pendekatan dan program pendidikan alternatif, untuk meningkatkan persamaan akses pendidikan dasar.
- Pelaksanaan wajib belajar pendidikan dasar ditangani secara lokal, dengan memperhatikan setiap potensi dan tantangan yang ada, dengan memberikan kewenangan penuh dan tanggung jawab pelaksanaan kepada pemerintah kabupaten/kota dengan didukung oleh pemerintah provinsi dan pusat.



TUJUAN 3

Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

Tujuan 3: Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

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

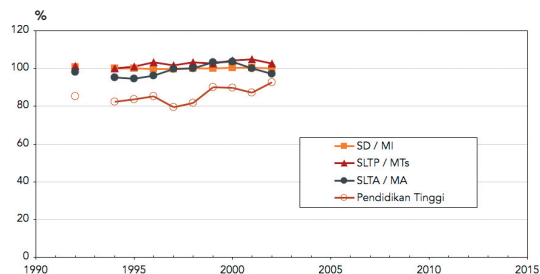
Indikator:

- Rasio anak perempuan terhadap anak laki-laki di tingkat pendidikan dasar, lanjutan, dan tinggi, yang diukur melalui angka partisipasi murni anak perempuan terhadap anak laki-laki.
- Rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki usia 15–24 tahun, yang diukur melalui angka melek huruf perempuan/laki-laki (indeks paritas melek huruf gender).
- Kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor pertanian.
- Proporsi kursi DPR yang diduduki perempuan.

Keadaan dan kecenderungan

Indonesia telah mencapai kemajuan dalam meningkatkan kesetaraan dan keadilan pendidikan bagi penduduk laki-laki dan perempuan. Hal itu dapat dibuktikan antara lain dengan semakin membaiknya rasio partisipasi pendidikan dan tingkat melek huruf penduduk perempuan terhadap penduduk laki-laki, kontribusi perempuan dalam sektor non-pertanian, serta partisipasi perempuan di bidang politik dan legislatif. Untuk mengukur kesenjangan partisipasi pendidikan antara penduduk perempuan dan penduduk laki-laki digunakan rasio Angka Partisipasi Murni (APM) dan Angka Partisipasi Kasar (APK).^a Indikator itu diperlukan karena adanya perbedaan yang relatif besar antara jumlah penduduk perempuan dan penduduk laki-laki sehingga rasio jumlah siswa saja belum dapat menggambarkan kesetaraan dan keadilan gender.¹ APK juga digunakan mengingat masih tingginya siswa berusia lebih tua dari kelompok usia yang semestinya (*overage*) sehingga APM baik di tingkat SD/MI,

Gambar 3.1. Rasio APM perempuan terhadap laki-laki pada setiap jenjang pendidikan



Sumber: Susenas

SLTP/MTs maupun SLTA jauh lebih rendah dibandingkan APK.

Pendidikan dasar, menengah dan tinggi.

Akses ke pendidikan. Pada jenjang pendidikan dasar (SD/MI dan SLTP/MTs) rasio APM-nya telah mencapai angka 100 persen. Pada jenjang SLTA rasio APM selama sepuluh tahun terakhir berkisar antara 95 dan 100,4 dan nilai pada 2002 adalah 97,1.

^a Seperti yang dikutip dalam "The UN guidelines Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals", angka ini lebih baik daripada perbandingan jumlah absolut murid laki-laki dan perempuan.

Secara keseluruhan, Indonesia telah mencapai kemajuan yang berarti dalam mencapai kesetaraan gender di bidang pendidikan (Gambar 3.1).

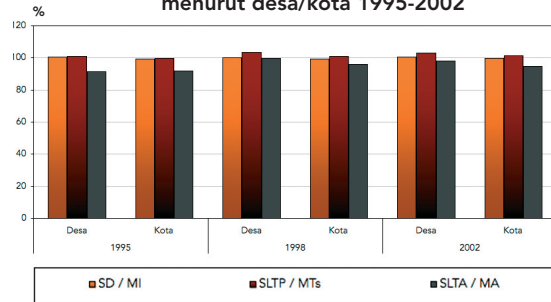
Pendidikan dasar dan lanjutan. Terdapat kesetaraan gender di tingkat sekolah dasar, namun rasio di sekolah lanjutan pertama cenderung lebih dari 100 persen. Hal ini menunjukkan proporsi perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki (Gambar 3.2). Diperlukan analisis lebih lanjut mengapa partisipasi penduduk laki-laki relatif lebih rendah dibandingkan perempuan.

Sekolah lanjutan atas dan perguruan tinggi.

Faktor yang menghambat akses perempuan ke sekolah lanjutan atas dan perguruan tinggi di antaranya akses yang masih terbatas. Jumlah sekolah yang terbatas dan jarak tempuh yang jauh diduga lebih membatasi anak perempuan untuk bersekolah dibandingkan laki-laki. Perkawinan dini juga diduga menjadi sebab mengapa perempuan tidak melanjutkan sekolah ke jenjang yang lebih tinggi. Di tingkat perguruan tinggi, rasio angka partisipasi perempuan terhadap laki-laki meningkat dari 85,1 persen pada 1992 menjadi 92,8 persen pada 2002 (Tabel 3.1d). Namun terjadi penurunan pada 1997 dan 1998 yang mungkin berhubungan dengan krisis ekonomi yang menurunkan kemampuan keluarga untuk membiayai pendidikan.

Pandangan bias gender. Gejala pemisahan gender (*gender segregation*) dalam jurusan atau program studi sebagai salah satu bentuk diskriminasi gender secara sukarela (*voluntary 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

Gambar 3.2. Rasio APM perempuan terhadap laki-laki pada tiap jenjang pendidikan menurut desa/kota 1995-2002



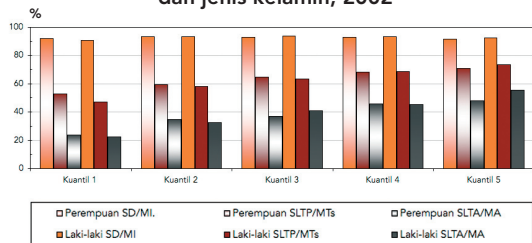
Sumber: Susenas

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.

Keragaman antarkelompok pengeluaran keluarga.

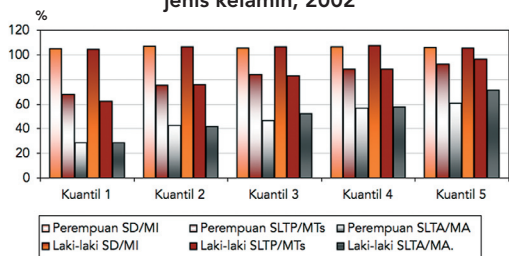
Hipotesis bahwa semakin rendah tingkat pengeluaran keluarga semakin rendah pula rasio partisipasi penduduk perempuan terhadap laki-laki tidak tampak pada jenjang SD/MI dan SLTP/MTs. Susenas 2002 mengungkapkan bahwa APM penduduk perempuan pada kelompok miskin (kuantil 1 atau 20 persen terbawah dari tingkat pengeluaran keluarga) sama atau sedikit lebih tinggi dibanding

Gambar 3.3. APM menurut kuantil kemiskinan dan jenis kelamin, 2002



Sumber: Susenas

Gambar 3.4. APK menurut kuantil kemiskinan dan jenis kelamin, 2002

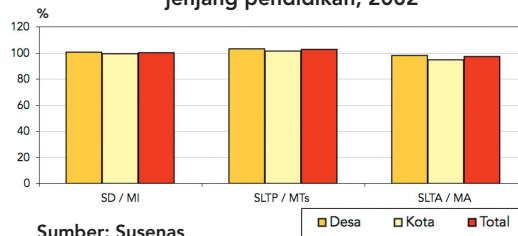


Sumber: Susenas

penduduk laki-laki (Gambar 3.3). Hal itu diduga karena faktor kemiskinan menyebabkan anak laki-laki secara budaya harus bekerja dibandingkan anak perempuan. Kondisi itu 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 angka partisipasi kasar menunjukkan kecenderungan yang sama pula (Gambar 3.4). Namun apabila angka partisipasi pendidikan dibandingkan antara penduduk kaya dan penduduk miskin, dapat disimpulkan bahwa partisipasi penduduk miskin masih jauh tertinggal dibanding penduduk kaya terutama pada jenjang SLTP-MTs ke atas baik pada penduduk laki-laki maupun penduduk perempuan. Karena itu, tantangan yang dihadapi adalah meningkatkan partisipasi pendidikan penduduk laki-laki dan perempuan pada kelompok miskin.

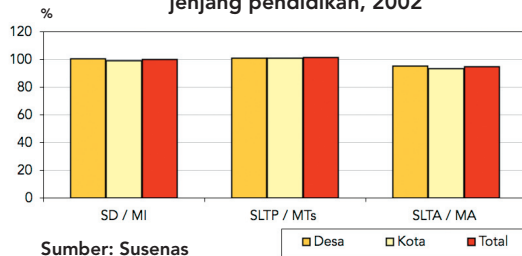
Keragaman antara perkotaan dan pedesaan. Tidak terdapat perbedaan rasio APM dan APK antara perkotaan dan pedesaan di jenjang sekolah dasar dan sekolah lanjutan pertama. Namun pada jenjang SLTA partisipasi pendidikan penduduk perempuan di pedesaan sedikit lebih tinggi dibandingkan di daerah perkotaan (Gambar 3.5 dan 3.6).

Gambar 3.5. Rasio APM perempuan terhadap laki-laki menurut desa/kota pada tiap jenjang pendidikan, 2002



Sumber: Susenas

Gambar 3.6. Rasio APK perempuan terhadap laki-laki menurut desa/kota pada tiap jenjang pendidikan, 2002

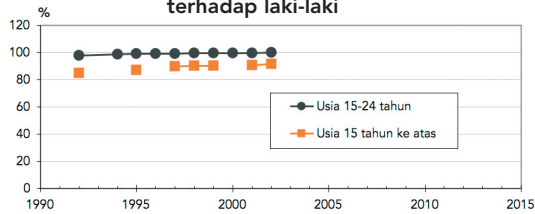


Sumber: Susenas

Tingkat melek huruf

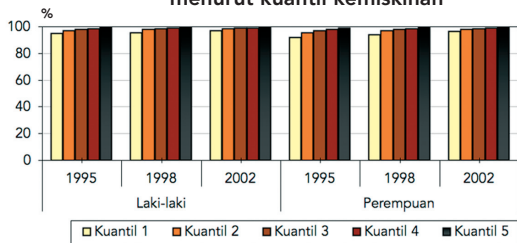
Indeks paritas. Data Susenas menunjukkan terjadinya perbaikan tingkat melek huruf penduduk di Indonesia. Secara nasional tingkat melek huruf penduduk usia 15–24 tahun ke atas meningkat dari 96,2 persen pada 1990 menjadi 98,7 persen pada 2002 (lihat Tujuan 2). Namun kesenjangan tingkat melek huruf laki-laki dan perempuan semakin kecil, yang ditunjukkan oleh meningkatkan rasio angka melek huruf penduduk perempuan terhadap pen-

Gambar 3.7. Rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki



Sumber: Susenas

Gambar 3.8. Angka melek huruf laki-laki dan perempuan usia 15-24 tahun menurut kuantil kemiskinan



Sumber: Susenas

penduduk laki-laki usia 15–24 tahun, yaitu dari 97,9 persen pada 1990 menjadi 99,8 persen pada 2002 (Gambar 1). Apabila kelompok penduduk usia di atas 24 tahun diperhitungkan (15 tahun ke atas), maka tingkat kesenjangan tingkat melek huruf penduduk laki-laki dan perempuan menjadi semakin lebar (Gambar 3.7).

Keragaman tingkat melek huruf menurut pengeluaran keluarga. Tingkat melek huruf penduduk perempuan naik secara berarti pada semua kelompok pengeluaran keluarga dan sepanjang tahun. Tidak terdapat perbedaan tingkat melek huruf yang besar antara perempuan dan laki laki di semua kelompok (Gambar 3.8).

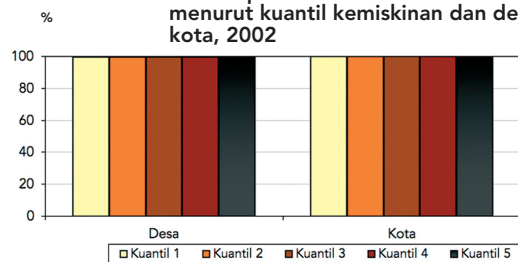
Keragaman tingkat melek huruf antara perkotaan dan pedesaan. Secara umum dapat disimpulkan bahwa tingkat melek huruf penduduk usia 15–24 tahun di pedesaan tidak memiliki perbedaan yang

signifikan dibandingkan penduduk perkotaan. Hal ini ditunjukkan oleh angka melek huruf penduduk usia 15–24 tahun yang hanya sedikit lebih tinggi di perkotaan dibanding pedesaan baik untuk laki-laki maupun perempuan untuk semua kelompok pengeluaran keluarga (Gambar 3.9). Apabila kisaran usia diperlebar menjadi 15 tahun ke atas, tampak bahwa kesenjangan tingkat melek huruf penduduk laki-laki dan perempuan di pedesaan (rasio 89,1 persen) lebih besar dibanding penduduk perkotaan (rasio 94,5 persen) (Gambar 3.10).

Keragaman tingkat melek huruf antar provinsi.

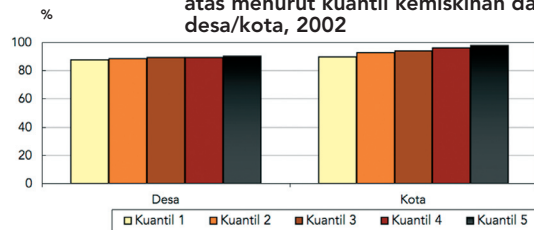
Sementara rata-rata nasional angka melek huruf penduduk perempuan sudah mendekati 100 persen, masih terdapat beberapa provinsi yang angka melek huruf perempuan dan/atau laki-laknya lebih rendah dari rata-rata nasional, yaitu Papua, NTB, Jawa Timur, Bali; dan beberapa di atas rata-rata

Gambar 3.9. Rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki usia 15-24 tahun menurut kuantil kemiskinan dan desa/kota, 2002



Sumber: Susenas

Gambar 3.10. Rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki usia 15 tahun ke atas menurut kuantil kemiskinan dan desa/kota, 2002



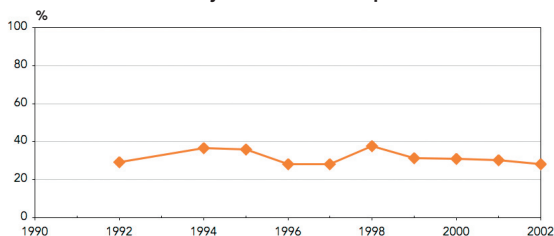
Sumber: Susenas

nasional, seperti Sulawesi Selatan, Gorontalo, dan NTT (Tabel 3.2).

Kontribusi perempuan terhadap upah di sektor non-pertanian

Kecenderungan. Kontribusi penduduk perempuan dalam pekerjaan upahan (*wage employment*) untuk sektor non-pertanian mengalami peningkatan dari 1996 sampai dengan 1998, yaitu dari 28,3 persen menjadi 37,6 persen (Gambar 3.11). Peningkatan kontribusi terjadi di hampir semua provinsi. Beberapa provinsi seperti Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Bali, NTB, dan NTT bahkan telah mencapai lebih dari 50 persen. Namun sejak 1998 kontribusi perempuan itu menurun dari tahun ke tahun sehingga menjadi 28,26 persen pada 2002. Kecenderungan penurunan terjadi hampir di semua provinsi. Kondisi itu diduga terkait dengan krisis ekonomi yang terjadi sejak 1997 yang menyebabkan banyaknya pemutusan hubungan kerja yang lebih banyak terjadi pada pekerja perempuan.

Gambar 3.11. Sumbangan perempuan dalam upah kerja di sektor non pertanian



Sumber: Susenas

Partisipasi perempuan dalam parlemen

Pada periode 1992–1997, proporsi perempuan di DPR adalah 12 persen. Pada periode keanggotaan 1999–2004, dari seluruh anggota DPR yang berjumlah 500 orang, hanya 45 orang di antaranya atau 9,9 persen yang perempuan. (Tabel 3.4a). Namun terdapat 82 persen anggota DPR perempuan yang lulus perguruan tinggi. Ini lebih banyak dibandingkan anggota DPR laki laki dengan tingkat pendidikan yang sama, yaitu 75 persen.

Tantangan

Beberapa tantangan yang dihadapi dalam rangka menghapuskan kesenjangan gender dalam pendidikan antara lain adalah:

- Bagaimana meningkatkan kualitas dan relevansi pendidikan sehingga masyarakat dapat menilai bahwa pendidikan dapat memberikan nilai tambah yang sebanding dengan biaya yang dikeluarkan. Hal itu diharapkan dapat meningkatkan motivasi orang tua untuk menyekolahkan anak.
- Bagaimana menyediakan pelayanan pendidikan secara lebih luas dan beragam sehingga dapat diakses oleh semua anak Indonesia. Ketersediaan fasilitas pelayanan pendidikan yang lebih dekat dengan tempat tinggal anak diharapkan dapat mengurangi keengganan anak untuk bersekolah atau keberatan orang tua untuk menyekolahkan anak serta dapat menurunkan biaya yang harus dikeluarkan orang tua.
- Dapatkah kita melakukan revisi terhadap semua materi dan ilustrasi bahan ajar yang belum tanggap gender, yang diperlukan untuk menanamkan pengetahuan tentang kesetaraan dan keadilan gender pada anak sejak dini.

- Bagaimana Indonesia mampu menanggulangi kemiskinan sehingga setiap keluarga memiliki kemampuan keuangan yang lebih baik untuk menyekolahkan baik anak laki-laki maupun anak perempuan. Selain itu, dengan tingkat ekonomi yang lebih baik anak-anak mereka dapat bersekolah tanpa harus bekerja.
- Bagaimana memberikan pemahaman pada masyarakat bahwa anak baik anak laki-laki maupun perempuan berhak memperoleh pendidikan. Faktor sosial budaya masyarakat dan orang tua yang cenderung menggunakan tenaga anak perempuan untuk membantu urusan rumah tangga sering berakibat pada rendahnya kinerja akademik bahkan putus sekolah.
- Bagaimana meningkatkan pemahaman masyarakat bahwa pendidikan yang cukup tetap diperlukan bagi anak perempuan meskipun akhirnya mereka tidak bekerja di luar rumah dan bukan merupakan investasi yang sia-sia. Pengetahuan ibu tentang kesehatan dan gizi telah terbukti berpengaruh pada tingkat kesehatan anak, rendahnya angka kematian ibu dan angka kematian bayi.
- Bagaimana meningkatkan keamanan khususnya di daerah konflik sehingga anak baik laki-laki maupun perempuan dapat bersekolah dengan tenang.
- Bagaimana peraturan perundangan yang bias gender dapat direvisi. Meskipun Pasal 27 UUD 1945 menjamin kesamaan hak bagi seluruh warganegara di hadapan hukum, baik laki-laki maupun perempuan, masih banyak dijumpai materi dan budaya hukum yang diskriminatif terhadap perempuan dan tidak berkeadilan gender.

Kebijakan dan program

Kebijakan. Untuk mencapai target MDG, kebijakan yang diambil adalah mewujudkan persamaan akses pendidikan yang bermutu dan berwawasan gender bagi semua anak laki-laki dan perempuan; menurunkan tingkat buta huruf penduduk dewasa terutama penduduk perempuan melalui peningkatan kinerja pendidikan pada setiap jenjang pendidikan, baik melalui sekolah maupun luar sekolah, pendidikan kesetaraan dan pendidikan baca tulis fungsional bagi penduduk dewasa; dan meningkatkan kemampuan kelembagaan pendidikan dalam mengelola dan mempromosikan pendidikan yang berwawasan gender.

Strategi. Kebijakan itu dilaksanakan melalui lima strategi utama, yaitu: penyediaan akses pendidikan yang bermutu, terutama pendidikan dasar secara merata bagi anak laki-laki dan perempuan baik melalui pendidikan persekolahan maupun pendidikan luar sekolah; penyediaan akses pendidikan kesetaraan bagi penduduk usia dewasa yang tidak dapat mengikuti pendidikan sekolah; peningkatan penyediaan pelayanan pendidikan baca tulis untuk meningkatkan derajat melek huruf, terutama penduduk perempuan; peningkatan koordinasi, informasi, dan edukasi dalam rangka mengarusutamakan pendidikan berwawasan gender; dan pengembangan kelembagaan institusi pendidikan baik di tingkat pusat maupun daerah mengenai pendidikan berwawasan gender.

Sasaran. Sasaran kinerja pendidikan berwawasan gender yang ingin dicapai dalam akses pendidikan adalah (a) meningkatnya partisipasi pendidikan penduduk usia sekolah yang diikuti dengan semakin seimbang rasio siswa laki-laki dan

perempuan untuk semua jenjang pendidikan; (b) meningkatkan partisipasi penduduk miskin laki-laki dan perempuan terutama yang tinggal di daerah pedesaan yang masih rendah sehingga menjadi setara dengan penduduk dari kelompok kaya, (c) dan meningkatkan derajat melek huruf penduduk baik laki-laki maupun perempuan dengan rasio yang semakin setara.

Prioritas. Kondisi kesetaraan gender dalam pendidikan yang beragam seperti diuraikan pada bagian sebelumnya memerlukan bentuk-bentuk intervensi yang bervariasi sehingga berbagai program yang dilaksanakan benar-benar dapat menurunkan kesenjangan pendidikan antara laki-laki dan perempuan. Untuk jenjang sekolah dasar atau kelompok penduduk usia 7–12 tahun, dengan rasio siswa laki-laki dan perempuan yang sudah baik, penentuan prioritas perlu mempertimbangkan keragaman antar wilayah atau provinsi dan kelompok pendapatan. Pada jenjang SLTP/MTs atau kelompok usia 13–15 tahun diketahui bahwa partisipasinya masih cukup rendah. Karena itu, upaya peningkatan partisipasi harus diupayakan baik pada penduduk laki-laki dan perempuan. Namun dengan diketahuinya partisipasi pendidikan penduduk laki-laki kelompok 40 persen termiskin lebih rendah dibandingkan penduduk perempuan, upaya yang lebih intensif untuk meningkatkan partisipasi kelompok itu sangat diperlukan. Dengan asumsi bahwa partisipasi pendidikan yang lebih rendah itu salah satunya karena bekerja, upaya untuk mengembalikan mereka ke sekolah menjadi sangat penting. Untuk meningkatkan pendidikan baca tulis, sangat jelas bahwa tingkat melek huruf penduduk perempuan masih jauh lebih rendah dibandingkan dengan penduduk laki-laki baik di pedesaan maupun di perkotaan, di setiap kelompok usia penduduk dewasa, dan

di setiap kelompok pengeluaran keluarga. Namun prioritas utama diberikan pada upaya peningkatan kemampuan baca tulis penduduk perempuan yang miskin, yang tinggal di daerah pedesaan dan berusia lebih dari 25 tahun karena kelompok inilah yang memiliki tingkat melek huruf paling rendah yang diikuti oleh penduduk laki-laki kelompok usia yang sama, yang miskin dan tinggal di pedesaan. Seluruh upaya untuk meningkatkan partisipasi pendidikan dan tingkat melek huruf penduduk tersebut di atas didukung dengan upaya peningkatan kemampuan kelembagaan pendidikan sehingga memiliki kemampuan dalam merencanakan pendidikan yang tanggap gender, disamping meningkatkan pemahaman semua pihak mengenai pentingnya pendidikan baik untuk laki-laki maupun perempuan.

Catatan

¹ United Nations Development Group, 2003. *Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals: Definitions, Rationale, Concepts and Sources*. United Nations, New York.



TUJUAN 4

Menurunkan Angka Kematian Anak

Tujuan 4: Menurunkan Angka Kematian Anak

Target 5: Menurunkan angka kematian balita sebesar dua pertiganya, antara 1990 dan 2015.

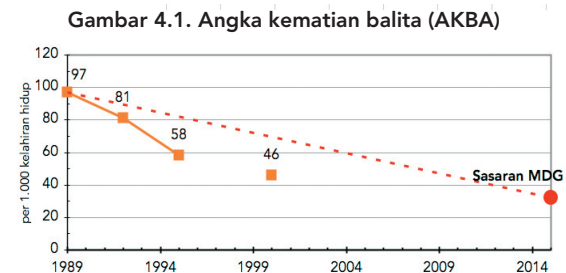
Indikator:

- **Angka kematian balita.**
- **Angka kematian bayi.**
- **Persentase anak di bawah satu tahun yang diimunisasi campak.**

Keadaan dan kecenderungan

Angka kematian balita. Upaya yang telah dilakukan selama ini untuk menurunkan Angka Kematian Balita (AKBA) berhasil menunjukkan perbaikan yang sangat berarti antara 1960 dan 1990. Pada 1960, AKBA masih sangat tinggi, yaitu 216 per 1.000 kelahiran hidup.¹ Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan terjadinya penurunan hingga mencapai 46 per 1.000 kelahiran hidup pada periode 1998–2002.² Rata-rata penurunan AKBA pada dekade 1990-an adalah tujuh persen per tahun, lebih tinggi dari dekade sebelumnya, yaitu empat persen per tahun.³ Pada 2000 Indonesia telah mencapai target yang ditetapkan dalam *World Summit for Children* (WSC), yaitu 65 per 1.000 kelahiran hidup.

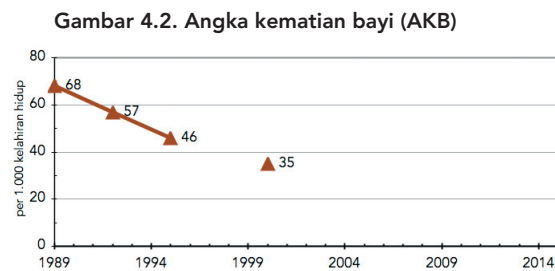
Angka kematian bayi. Indonesia juga telah mengalami kemajuan yang signifikan dalam upaya penurunan kematian bayi dalam beberapa dekade terakhir. Pada 1960, Angka Kematian Bayi (AKB) Indonesia adalah 128 per 1.000 kelahiran hidup.⁴ Angka ini turun menjadi 68 per 1.000 kelahiran hidup pada 1989, 57 pada 1992 dan 46 pada 1995.⁵ Pada dekade 1990-an, rata-rata penurunan lima persen per tahun, sedikit lebih tinggi daripada dekade 1980-an sebesar empat persen per tahun⁶. Walaupun pencapaian



Sumber: SDKI 1991, 1994, 1997, dan 2002-2003

telah begitu menggembirakan, tingkat kematian bayi di Indonesia 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 Thailand⁷.

Disparitas Variasi AKBA antarprovinsi masih cukup besar. SDKI 2002–2003 menunjukkan provinsi dengan AKBA paling tinggi untuk periode 1998–2002

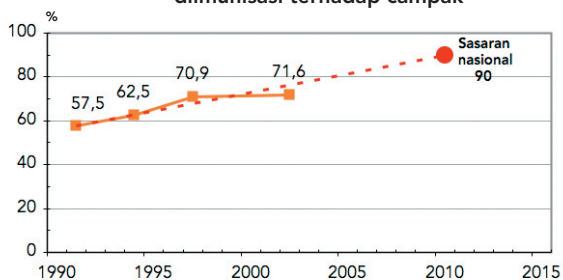


Sumber: SDKI 1991, 1994, 1997, dan 2002-2003

adalah NTB, yaitu 103 per 1.000 kelahiran hidup. Angka itu hampir lima kali lebih tinggi AKBA di Yogyakarta, yaitu 23 per 1.000 kelahiran hidup. Variasi yang sama juga terjadi pada AKB, yaitu 74 untuk NTB dan 20 untuk Yogyakarta pada periode yang sama (Tabel 4.1).

Imunisasi campak. Proporsi anak usia 12-23 bulan yang menerima sedikitnya satu kali imunisasi campak baik sebelum mencapai umur 12 bulan,^{a,8} maupun tidak, meningkat dari 57,5 persen pada 1991 menjadi 71,6 persen pada 2002⁹. Cakupan imunisasi campak di daerah perkotaan cenderung lebih tinggi, misalnya cakupan pada 2002 adalah 77,6 persen di daerah perkotaan dan 66,2 persen di daerah pedesaan. Kenaikan cakupan imunisasi campak anak di bawah satu tahun (yaitu yang diimunisasi tepat pada waktunya) cenderung lebih rendah, yaitu 44,5 persen pada 1991 menjadi 54,6 dan 60,0 persen pada 1994 dan 1997.¹⁰

Gambar 4.3. Proporsi anak usia 12-23 bulan yang diimunisasi terhadap campak



Sumber: SDKI 1991, 1994, 1997, dan 2002-2003

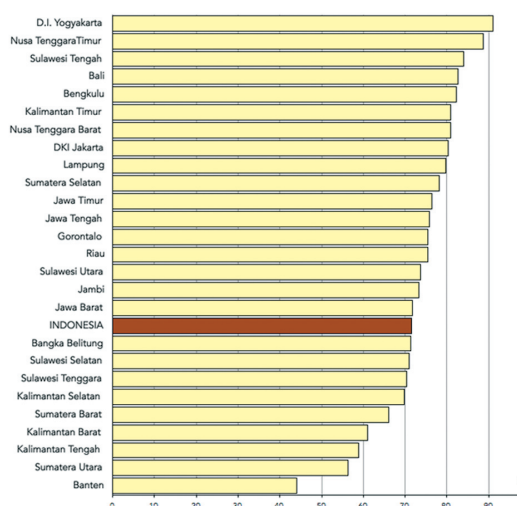
Variasi antar daerah. Tabel 4.2 dan Gambar 4.4 menunjukkan tingginya variasi cakupan imunisasi antarprovinsi di Indonesia. Cakupan imunisasi campak di Banten barulah sebesar 44 persen, sementara Yogyakarta sudah 91 persen.

Tantangan

Sebab kematian pada anak. Tiga penyebab utama kematian bayi menurut Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 1995 adalah infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), komplikasi perinatal, dan diare.¹¹ Gabungan ketiga penyebab ini memberi andil bagi 75 persen kematian bayi. Pada 2001 pola penyebab kematian bayi ini tidak banyak berubah dari periode sebelumnya, yaitu karena sebab-sebab perinatal, kemudian diikuti oleh infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), diare, tetanus neonatorum, saluran cerna, dan penyakit saraf.¹² Pola penyebab utama kematian balita juga hampir sama (penyakit saluran pernafasan, diare, penyakit syaraf—termasuk meningitis dan encephalitis—dan tifus).^{b,13}

Kesehatan neonatal dan maternal. Tingginya kematian anak pada usia hingga satu tahun, yaitu sepertiganya terjadi dalam satu bulan pertama setelah

Gambar 4.4. Proporsi anak usia 12-23 yang diimunisasi terhadap campak menurut propinsi, 2002



Sumber: SDKI 2002-2003

^a Definisi yang direkomendasikan

^b Estimasi dilakukan melalui autopsi verbal terhadap anggota keluarga.

kelahiran dan sekitar 80 persen kematian neonatal ini terjadi pada minggu pertama, menunjukkan masih rendahnya status kesehatan ibu dan bayi baru lahir; rendahnya akses dan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak khususnya pada masa persalinan dan segera sesudahnya; serta perilaku (baik yang bersifat preventif maupun kuratif) ibu hamil dan keluarga serta masyarakat yang bersifat negatif bagi perkembangan kehamilan sehat, persalinan yang aman dan perkembangan dini anak.

Perubahan perilaku. Penyebab langsung kematian bayi dan balita sebenarnya relatif dapat ditangani secara mudah, dibandingkan upaya untuk meningkatkan perilaku masyarakat dan keluarga yang dapat menjamin kehamilan, kelahiran, dan perawatan bayi baru lahir yang lebih sehat. Tantangan yang dihadapi adalah bagaimana memperbaiki perilaku keluarga dan masyarakat, terutama perilaku hidup bersih dan sehat, termasuk upaya mencari pelayanan kesehatan serta memperbaiki akses, memperkuat mutu manajemen terpadu penyakit bayi dan balita, memperbaiki kesehatan lingkungan termasuk air bersih dan sanitasi, pengendalian penyakit menular, dan pemenuhan gizi yang cukup.

Variasi antardaerah. Tantangan lain yang harus mendapatkan perhatian serius adalah upaya untuk memperkecil kesenjangan antara perkotaan—dan pedesaan dan kesenjangan antarprovinsi dan kabupaten/kota. Intervensi pada golongan miskin dan kelompok rentan di pedesaan dan wilayah terpencil merupakan salah satu strategi kunci untuk menghilangkan kesenjangan ini. Walaupun demikian, kantong-kantong dengan angka kematian yang tinggi di daerah perkotaan tidak bisa diabaikan, karena daerah dengan populasi besar ini yang mempunyai daya ungkit yang tinggi bagi penurunan

angka kematian bayi dan balita, terutama pada kematian neonatal.

Sinkronisasi dan koordinasi program-program antarinstansi dan antara pemerintah dan swasta dan lembaga swadaya yang melibatkan peran aktif masyarakat perlu ditingkatkan. Dengan memperhatikan beragamnya faktor-faktor yang penyebab kematian bayi dan balita, maka kontribusi berbagai sektor dalam mendukung upaya mencapai derajat kesehatan anak sangat diperlukan. Kontribusi ini harus diformulasikan sebagai kebijakan kesehatan anak yang menyeluruh dengan strategi-strategi khusus bagi berbagai tingkat penyedia pelayanan dan berbagai grup sasaran.

Perlindungan dan pelayanan kesehatan bagi bayi dan balita dari keluarga miskin menjadi sangat penting, karena kondisi kesehatan dan gizi anak-anak itu secara umum jauh lebih rendah. AKB pada penduduk termiskin pada 1995 hampir dua kali lebih tinggi daripada penduduk terkaya. Walaupun perbedaan ini mengecil, AKB pada 2001 untuk penduduk miskin masih 1,5 kali lebih tinggi dibanding penduduk terkaya¹⁴. Dengan masih besarnya jumlah penduduk miskin di Indonesia, yaitu sekitar 37,34 juta jiwa atau 17,4 persen pada 2003¹⁵, perlindungan dan pelayanan kesehatan anak pada kelompok penduduk itu merupakan tantangan berat yang masih harus dihadapi. Selain perlunya intervensi yang *cost-effective*, kerja sama lintas sektor bagi upaya penanggulangan kemiskinan akan sangat berperan dalam peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak secara umum.

Penerapan desentralisasi kesehatan sejak 2001 menjadi tantangan yang cukup berat bagi upaya penurunan kematian bayi dan balita. Arus informasi,

terutama dari pengumpulan data pada pusat pelayanan, tidak berjalan dengan baik. Masih belum jelasnya penjabaran tugas dan wewenang antara pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten merupakan kendala yang perlu diatasi.

Kebijakan dan program

Program Pembangunan Nasional. Selama ini upaya penurunan angka kematian bayi dan balita merupakan salah satu prioritas dalam pembangunan kesehatan. Dalam dokumen Propenas 2000–2004, upaya-upaya ini termaktub dalam tiga program kesehatan nasional, yaitu Program Lingkungan Sehat, Perilaku Sehat dan Pemberdayaan Masyarakat; Program Upaya Kesehatan; serta Program Perbaikan Gizi Masyarakat.¹⁶

Strategi dan usaha untuk mendukung upaya penurunan kematian bayi dan balita antara lain adalah meningkatkan kebersihan (*hygiene*) dan sanitasi di tingkat individu, keluarga, dan masyarakat melalui penyediaan air bersih, meningkatkan perilaku hidup sehat, serta kepedulian terhadap kelangsungan dan perkembangan dini anak; pemberantasan penyakit menular, meningkatkan cakupan imunisasi dan, meningkatkan pelayanan kesehatan reproduksi termasuk pelayanan kontrasepsi dan ibu, menanggulangi gizi buruk, kurang energi kronik dan anemi, serta promosi pemberian ASI eksklusif dan pemantauan pertumbuhan.

Jaring Pengaman Sosial. Bertambahnya penduduk miskin sebagai akibat krisis ekonomi yang terjadi sejak 1998 telah membatasi akses dan kemudahan mendapatkan pelayanan kesehatan ibu dan anak bagi golongan miskin. Selain program-program

rutin pelayanan kesehatan ibu dan anak, pemerintah telah meluncurkan program Jaring Pengaman Sosial (JPS) bidang kesehatan, antara lain dengan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan gratis bagi ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan bayi untuk keluarga miskin, serta bantuan pembangunan sarana kesehatan.

Peraturan perundangan. Dengan ditetapkannya UU No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, kesempatan anak Indonesia untuk hidup sehat, tumbuh, dan berkembang secara optimal menjadi semakin terbuka. Dalam undang-undang itu dinyatakan bahwa setiap anak berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial sesuai dengan kebutuhan fisik, mental spiritual, dan sosial.

Program Nasional bagi Anak Indonesia. Merujuk pada kebijakan umum pembangunan kesehatan nasional, upaya penurunan angka kematian bayi dan balita merupakan bagian penting dalam Program Nasional Bagi Anak Indonesia (PNBAI) yang antara lain dijabarkan dalam Visi Anak Indonesia 2015 untuk menuju anak Indonesia yang sehat. Strategi nasional bagi upaya penurunan kematian bayi dan balita adalah pemberdayaan keluarga, pemberdayaan masyarakat, meningkatkan kerja sama dan kordinasi lintas sektor, dan meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan anak yang komprehensif dan berkualitas.

Catatan

- ¹ UNICEF, 2000. *The State of the World's Children 2000*. New York.
- ² BPS-Statistics Indonesia and ORC Macro. 2003. *Indonesia Demographic and Health Survey (IDHS) 2002–2003*. Maryland, USA. Juga SDKI tahun 1992, 1994 and 1997 (estimasi angka kematian mencakup periode lima tahun sebelum survei).
- ³ Central Bureau of Statistics, *End Decade Statistical Report: Data and Descriptive Analysis*, Jakarta 2000
- ⁴ GOI-UNICEF, 2000. *Challenges for a New Generation: The Situation of Children and Women in Indonesia*, Jakarta.
- ⁵ SDKI 1991, 1994, dan 1997 dengan masing-masing meliputi periode lima tahun sebelum survei.
- ⁶ Central Bureau of Statistics, 2000. *End Decade Statistical Report: Data and Descriptive Analysis*, Jakarta.
- ⁷ GOI-UNICEF, 2000. *Challenges for a New Generation: The Situation of Children and Women in Indonesia*, Jakarta.
- ⁸ United Nations, 2003. *Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals: Definitions, Rationale, Concepts and Sources*. UN, New York.
- ⁹ SDKI, 1992, 1994, 1997, 2002-2003.
- ¹⁰ Central Bureau of Statistics, 2000. *End Decade Statistical Report: Data and Descriptive Analysis*, Jakarta.
- ¹¹ Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 1995. *Survei Kesehatan Rumah Tangga 1995*. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- ¹² Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2001. *Survei Kesehatan Rumah Tangga 2001*. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- ¹³ Departemen Kesehatan, 2001. *Strategy Nasional Making Pregnancy Safer di Indonesia 2001–2010*. Jakarta.
- ¹⁴ Bappenas dan LD-UI, 2003. *Kajian Awal Perencanaan Jangka Panjang bidang Sumber Daya Manusia: Draft Awal*, Jakarta.
- ¹⁵ Komite Penanggulangan Kemiskinan, 2003. *Interim Document on Strategy for Poverty Eradication*, Jakarta.
- ¹⁶ Program Pembangunan Nasional 2000-2004.



TUJUAN 5

Meningkatkan Kesehatan Ibu

Tujuan 5: Meningkatkan Kesehatan Ibu

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

Indikator:

- **Angka kematian ibu.**
- **Proporsi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih.**
- **Angka pemakaian kontrasepsi.**

Keadaan dan kecenderungan

Angka kematian ibu. Indonesia belum memiliki data statistik vital yang langsung dapat menghitung Angka Kematian Ibu (AKI). Estimasi AKI dalam Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) diperoleh dengan mengumpulkan informasi dari saudara perempuan yang meninggal semasa kehamilan, persalinan, atau setelah melahirkan. Meskipun hasil survei menunjukkan bahwa AKI di Indonesia telah turun menjadi 307 per 100.000 kelahiran hidup antara 1998–2002¹, hal itu perlu ditafsirkan secara hati-hati mengingat keterbatasan metode penghitungan yang digunakan. Dari lima juta kelahiran yang terjadi di Indonesia setiap tahunnya, diperkirakan 20.000 ibu meninggal akibat komplikasi kehamilan atau persalinan.² Dengan kecenderungan seperti ini, pencapaian target MDG untuk menurunkan AKI akan sulit bisa terwujud kecuali apabila dilakukan upaya yang lebih intensif untuk mempercepat laju penurunannya.

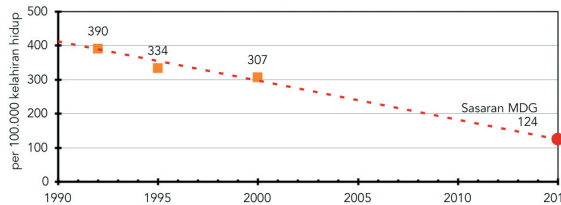
Disparitas. Seperti indikator kesehatan lain pada umumnya, terdapat perbedaan AKI antarwilayah di Indonesia. Estimasi AKI menggunakan pendekatan PMDF (*proportion of maternal deaths of female reproductive age*) tahun 1995 di lima provinsi menun-

jukkan bahwa Jawa Tengah mempunyai AKI yang lebih rendah, yaitu 248, dibandingkan adalah Papua sebesar 1.025, Maluku sebesar 796, Jawa Barat sebesar 686, dan NTT sebesar 554 per 100.000 kelahiran hidup.³

AKI di negara lain. AKI di Indonesia masih relatif lebih tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota ASEAN. Risiko kematian ibu karena melahirkan di Indonesia adalah 1 dari 65, dibandingkan dengan 1 dari 1.100 di Thailand.⁴

Penyebab kematian ibu. adalah perdarahan, eklampsia atau gangguan akibat tekanan darah tinggi saat kehamilan, partus lama, komplikasi aborsi, dan infeksi. Perdarahan, yang biasanya tidak bisa diperkirakan dan terjadi secara mendadak, bertanggung jawab atas 28 persen kematian ibu. Sebagian besar kasus perdarahan dalam masa nifas terjadi karena retensio plasenta dan atonia uteri. Hal ini mengindikasikan kurang baiknya manajemen tahap ketiga proses kelahiran dan pelayanan emergensi obstetrik dan perawatan neonatal yang tepat waktu. Eklampsia merupakan penyebab utama kedua kematian ibu, yaitu 13 persen kematian ibu di Indonesia (rata-rata dunia adalah 12 persen)⁵. Pemantauan kehamilan secara teratur sebenarnya dapat menjamin akses terhadap perawatan yang sederhana dan

Gambar 5.1. Angka kematian ibu (AKI)



Sumber: SDKI 1994, SDKI 1997, SDKI 2002-2003

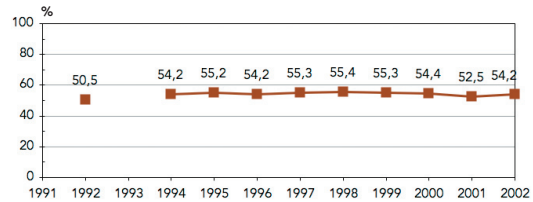
murah yang dapat mencegah kematian ibu karena eklampsia.

Aborsi yang tidak aman. bertanggung jawab terhadap 11 persen kematian ibu di Indonesia (rata-rata dunia 13 persen). Kematian ini sebenarnya dapat dicegah jika perempuan mempunyai akses terhadap informasi dan pelayanan kontrasepsi serta perawatan terhadap komplikasi aborsi. Data dari SDKI 2002–2003 menunjukkan bahwa 7,2 persen kelahiran tidak diinginkan.

Prevalensi pemakai alat kontrasepsi. Kontrasepsi modern memainkan peran penting untuk menurunkan kehamilan yang tidak diinginkan. SDKI 2002–2003 menunjukkan bahwa kebutuhan yang tak terpenuhi (*unmet need*) dalam pemakaian kontrasepsi masih tinggi, yaitu sembilan persen dan tidak mengalami banyak perubahan sejak 1997. Angka pemakaian kontrasepsi (*Contraceptive Prevalence Rate*) di Indonesia naik dari 50,5 persen pada 1992 menjadi 54,2 persen pada 2002⁶ (Gambar 5.2 dan Tabel 5.1). Untuk indikator yang sama, SDKI 2002–2003 menunjukkan angka 60,3 persen.

Sepsis sebagai faktor penting lain penyebab kematian ibu sering terjadi karena kebersihan (*hygiene*) yang buruk pada saat persalinan atau karena pe-

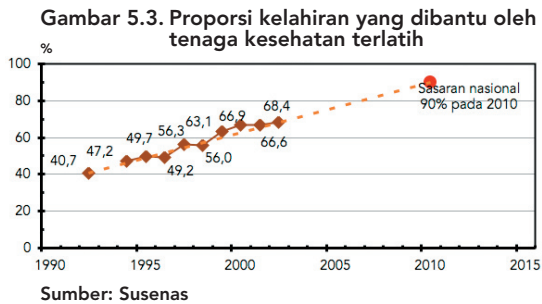
Gambar 5.2. Prevalensi kontrasepsi pada perempuan usia 15–49 tahun yang berstatus kawin



Sumber: Susenas

nyakit menular akibat hubungan seks yang tidak diobati. Sepsis ini berkontribusi pada 10 persen kematian ibu (rata-rata dunia 15 persen). Deteksi dini terhadap infeksi selama kehamilan, persalinan yang bersih, dan perawatan semasa nifas yang benar dapat menanggulangi masalah ini. Partus lama, yang berkontribusi bagi sembilan persen kematian ibu (rata-rata dunia 8 persen), sering disebabkan oleh disproporsi *cephalopelvic*, kelainan letak, dan gangguan kontraksi uterus.

Pertolongan persalinan oleh petugas kesehatan terlatih. Pola penyebab kematian di atas menunjukkan bahwa pelayanan obstetrik dan neonatal darurat serta pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih menjadi sangat penting dalam upaya penurunan kematian ibu. Walaupun sebagian besar perempuan bersalin di rumah, tenaga terlatih dapat membantu mengenali kegawatan medis dan membantu keluarga untuk mencari perawatan darurat. Proporsi persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih terus meningkat dari 40,7 persen pada 1992 menjadi 68,4 persen pada 2002.⁷ Akan tetapi, proporsi ini bervariasi antarprovinsi dengan Sulawesi Tenggara sebagai yang terendah, yaitu 35 persen, dan DKI Jakarta yang tertinggi, yaitu 96 persen, pada 2002⁸ (Tabel 5.2 dan 5.3). Proporsi ini juga berbeda cukup jauh mengikuti tingkat pendapatan. Pada ibu dengan dengan pendapatan lebih



tinggi, 89,2 persen kelahiran ditolong oleh tenaga kesehatan, sementara pada golongan berpendapatan rendah hanya 21,3⁹ persen. Hal ini menunjukkan tidak meratanya akses finansial terhadap pelayanan kesehatan dan tidak meratanya distribusi tenaga terlatih terutama bidan.

Penyebab tidak langsung. Risiko kematian ibu dapat diperparah oleh adanya anemia dan penyakit menular seperti malaria, tuberkulosis (TB), hepatitis, dan HIV/AIDS. Pada 1995, misalnya, prevalensi anemia pada ibu hamil masih sangat tinggi, yaitu 51 persen, dan pada ibu nifas 45 persen.¹⁰ Anemia pada ibu hamil mempunyai dampak kesehatan terhadap ibu dan anak dalam kandungan, meningkatkan risiko keguguran, kelahiran prematur, bayi dengan berat lahir rendah, serta sering menyebabkan kematian ibu dan bayi baru lahir. Faktor lain yang berkontribusi adalah kekurangan energi kronik (KEK). Pada 2002, 17,6 persen wanita usia subur (WUS) menderita KEK.¹¹ Tingkat sosial ekonomi, tingkat pendidikan, faktor budaya, dan akses terhadap sarana kesehatan dan transportasi juga berkontribusi secara tidak langsung terhadap kematian dan kesakitan ibu. Situasi ini diidentifikasi sebagai “3 T” (terlambat). Yang pertama adalah terlambat deteksi bahaya dini selama kehamilan, persalinan, dan nifas, serta dalam mengambil keputusan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ibu dan neonatal. Kedua, terlambat merujuk ke fasilitas kesehatan karena kondisi geografis dan sulitnya transportasi. Ketiga, terlam-

bat mendapat pelayanan kesehatan yang memadai di tempat rujukan.

Tantangan

Meningkatnya kebutuhan. MDG menargetkan penurunan AKI sebesar tiga perempat antara 1990 and 2015. Upaya ini menghadapi berbagai tantangan yang cukup berat, seperti transisi demografi, desentralisasi kesehatan, pelayanan publik, dan pendanaan. Sensus penduduk tahun 2000 menunjukkan bahwa jumlah penduduk Indonesia 206 juta jiwa.¹² Pada tahun 2015, jumlah penduduk Indonesia diperkirakan meningkat menjadi 242 juta jiwa.¹³ Dengan kata lain, kebutuhan pelayanan kesehatan akan meningkat.

Desentralisasi bidang kesehatan juga akan menjadi tantangan penting di tahun-tahun mendatang. Perubahan peran dan tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah belum secara jelas terdefiniskan dan dipahami. Institusi-institusi pemerintahan masih perlu menyesuaikan diri dengan wewenangnya yang baru, sementara jaringan dan koordinasi di setiap level administrasi perlu terus diperkuat. Dengan penganggaran yang juga didesentralisasikan, daerah dengan kemampuan keuangan yang rendah akan mengalami kesulitan untuk mengalokasikan anggaran kesehatannya karena harus pula memperhatikan prioritas-prioritas pembangunan lain. Dalam hal ini, pusat dapat memainkan peran penting untuk membantu kabupaten/kota dalam mengelola sumber daya mereka. Setiap upaya dalam advokasi sangat penting untuk menjamin bahwa komitmen untuk meningkatkan kesehatan ibu dapat dilaksanakan pada setiap tingkatan.

Pelayanan kesehatan merupakan tantangan berikutnya yang perlu ditangani. Termasuk di dalamnya adalah kualitas pelayanan yang disediakan oleh

pemerintah dan swasta serta penanganan disparitas akses pada kelompok rentan dan miskin. Data terbaru menunjukkan bahwa jumlah bidan di desa (BDD) yang menyediakan pelayanan bagi kelompok rentan dan miskin telah menurun.¹⁴ Bagaimana mengatasi situasi baru dan tidak terduga ini menjadi salah satu tantangan bagi pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten. Keterbatasan sumber daya rumah tangga juga telah menghambat akses terhadap pelayanan dasar. Karenanya, inovasi mekanisme yang meringankan beban keuangan rumah tangga sangat diperlukan untuk menjamin akses mereka terhadap pelayanan.

Koordinasi dan pendanaan pembangunan antar institusi dan lembaga donor sangat krusial untuk menghindari terjadinya tumpang tindih dan terfragmentasinya program, sehingga peningkatan kesehatan ibu lebih mudah dicapai. Keberlanjutan program juga menjadi tantangan yang harus diatasi dalam tahun-tahun mendatang.

Kebijakan dan program

Prioritas nasional. Menurunkan kesakitan dan kematian ibu telah menjadi salah satu prioritas utama dalam pembangunan sektor kesehatan sebagaimana tercantum dalam Propenas. Kegiatan-kegiatan yang mendukung upaya ini antara lain meningkatkan pelayanan kesehatan reproduksi, meningkatkan pemberantasan penyakit menular dan imunisasi, meningkatkan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, menanggulangi KEK, dan menanggulangi anemia gizi besi pada wanita usia subur dan pada masa kehamilan, melahirkan, dan nifas.¹⁵

Kehamilan Aman. Mengacu pada Indonesia Sehat 2010, telah dicanangkan strategi *Making Pregnancy Safer* (MPS) atau Kehamilan yang Aman se-

bagai kelanjutan dari program *Safe Motherhood*, dengan tujuan untuk mempercepat penurunan kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir. MPS terfokus pada pendekatan perencanaan sistematis dan terpadu dalam intervensi klinis dan sistem kesehatan serta penekanan pada kemitraan antar institusi pemerintah, lembaga donor, dan peminjam, swasta, masyarakat, dan keluarga. Perhatian khusus diberikan pada penyediaan pelayanan yang memadai dan berkelanjutan dengan penekanan pada ketersediaan penolong persalinan terlatih. Aktivitas masyarakat ditekankan pada upaya untuk menjamin bahwa wanita dan bayi baru lahir memperoleh akses terhadap pelayanan.

Strategi. Ada empat strategi utama bagi upaya penurunan kesakitan dan kematian ibu. Pertama, meningkatkan akses dan cakupan pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir yang berkualitas dan *cost effective*. Kedua, membangun kemitraan yang efektif melalui kerja sama lintas program, lintas sektor, dan mitra lainnya. Ketiga, mendorong pemberdayaan wanita dan keluarga melalui peningkatan pengetahuan dan perilaku sehat. Keempat, mendorong keterlibatan masyarakat dalam menjamin penyediaan dan pemanfaatan pelayanan ibu dan bayi baru lahir.

Pesan kunci MPS. Strategi MPS memiliki tiga pesan kunci, yaitu setiap persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih; setiap komplikasi obstetrik dan neonatal mendapatkan pelayanan yang memadai; dan setiap wanita usia subur mempunyai akses terhadap pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran.

Kelompok sasaran. Perhatian khusus perlu diberikan kepada kelompok masyarakat berpendapatan rendah baik di perkotaan dan pedesaan serta masyarakat di daerah terpencil. Program Jaring Pengaman Sosial (JPS)—yang telah dimulai sejak

1998 telah menyediakan pelayanan pelayanan kesehatan dasar dan bidan di desa secara gratis bagi penduduk miskin—perlu dipertahankan dengan berbagai cara.

Konteks lebih luas. Terlepas dari kebijakan dan program dengan fokus pada sektor kesehatan, diperlukan juga penangan dalam konteks yang lebih luas di mana kematian ibu terjadi. Kematian ibu sering disebabkan oleh berbagai faktor yang kompleks yang menjadi tanggung jawab lebih dari satu sektor. Terdapat korelasi yang jelas antara pendidikan, penggunaan kontrasepsi, dan persalinan yang aman. Pelayanan kesehatan reproduksi remaja harus ditangani dengan benar, mengingat besarnya masalah. Selain itu, isu gender dan hak-hak reproduksi baik untuk laki-laki maupun perempuan perlu terus ditekankan dan dipromosikan pada semua level.

Catatan

- ¹ BPS-Statistics Indonesia and ORC Macro, 2003. *Indonesia Demographic and Health Surveys (IDHS) 2002–2003*. Maryland, USA. Also IDHS 1994 and 1997.
- ² Departemen Kesehatan RI, 2001. *Rencana Strategis Nasional "Making Pregnancy Safer" di Indonesia 2001–2010*. Jakarta.
- ³ Soemantri et.al (eds), 1999. *Maternal Morbidity and Mortality Study: CHN-III/Household Health Survey 1995.*, MOH and National Institute of Health Research and Development, Jakarta.
- ⁴ GOI-UNICEF, 2000. *Challenges for a New Generation: The Situation of Children and Women in Indonesia*, Jakarta.
- ⁵ Departemen Kesehatan RI, 2003. Dirjen Binkesmas. *Upaya Penurunan AKI di Indonesia*. Makalah untuk Kelompok Kerja MDG.
- ⁶ Badan Pusat Statistik, Data dikalkulasi dari Susenas untuk Laporan MDG.
- ⁷ Badan Pusat Statistik, Data dikalkulasi dari Susenas untuk Laporan MDG.
- ⁸ Badan Pusat Statistik, Data dikalkulasi dari Susenas untuk Laporan MDG.
- ⁹ WHO in Indonesia, 2002. *The Millennium Development Goals for Health: A review of the indicators*, Jakarta.
- ¹⁰ Departemen Kesehatan RI, 2001. *Rencana Strategis Nasional Making Pregnancy Safer di Indonesia 2001-2010*, Jakarta.
- ¹¹ Badan Pusat Statistik, 2002. *Laporan Hasil Survey Konsumsi Garam Yodium Rumah Tangga 2002: Kerjasama BPS, Depkes dan Bank Dunia*, Jakarta.
- ¹² Badan Pusat Statistik, 2000. *Penduduk Indonesia Hasil Sensus Penduduk 2000*, Jakarta.
- ¹³ Bappenas dan Lembaga Demografi UI, 2003. *Kajian Awal Pembangunan Jangka Panjang Bidang Sumber Daya Manusia: Draft Awal*, Jakarta.
- ¹⁴ Dipresentasikan pada Kongres Ikatan Bidan Indonesia XII September 2003.
- ¹⁵ *Program Pembangunan nasional (Propenas) 2000–2004*.



TUJUAN 6

**Memerangi HIV/AIDS, Malaria,
dan Penyakit Menular Lainnya**

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

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

Indikator:

- Prevalensi HIV di kalangan ibu hamil yang berusia antara 15–24 tahun.
- Penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi.
- Penggunaan kondom pada pemakai kontrasepsi.
- Persentase anak muda usia 15–24 tahun yang mempunyai pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS.

Keadaan dan kecenderungan

Keadaan. Kasus AIDS pertama kali dilaporkan di Indonesia pada 1987, yang menimpa seorang warga negara asing di Bali. Tahun berikutnya mulai dilaporkan adanya kasus di beberapa provinsi. Sampai akhir September 2003 tercatat ada 1.239 kasus AIDS dan 2.685 kasus HIV¹ yang telah dilaporkan. Para ahli memperkirakan bahwa hingga saat ini terdapat antara 90.000–130.000 orang Indonesia yang hidup dengan HIV. Sehingga dengan menggunakan perhitungan angka kelahiran sebesar 2,5 persen, diperkirakan terdapat 2.250–3.250 bayi yang mempunyai risiko terlahir dengan infeksi HIV. Pola penyebaran infeksi yang umum terjadi adalah melalui hubungan seksual, kemudian diikuti dengan penularan melalui penggunaan napza suntik.

Pengguna napza suntik. Berdasarkan kasus yang dilaporkan, jumlah kasus AIDS di Indonesia sejak 1987 sampai 2002 terus meningkat, menyerang semua kelompok umur khususnya remaja serta kelompok usia produktif. Data pengawasan di Rumah Sakit Ketergantungan Obat (RSKO) Jakarta menunjukkan adanya kenaikan infeksi HIV pada pengguna napza suntik dari 15 persen pada 1999 menjadi 47,9 persen pada 2002.²

AKI di negara lain. AKI di Indonesia masih relatif lebih tinggi jika dibandingkan dengan negara-negara anggota ASEAN. Risiko kematian ibu karena melahirkan di Indonesia adalah 1 dari 65, dibandingkan dengan 1 dari 1.100 di Thailand.

Penyebab kematian ibu adalah perdarahan, eklampsia atau gangguan akibat tekanan darah tinggi saat kehamilan, partus lama, komplikasi aborsi, dan infeksi. Perdarahan, yang biasanya tidak bisa diperkirakan dan terjadi secara mendadak, bertanggung jawab atas 28 persen kematian ibu. Sebagian besar kasus perdarahan dalam masa nifas

Pekerja seks dan kelompok berisiko. Industri seks diperkirakan melibatkan 150.000 pekerja seks komersial wanita. Penderita HIV pada wanita berisiko tinggi ini cukup tinggi. Di Merauke, misalnya, 26,5 persen pekerja seks komersial wanita telah terinfeksi HIV. Infeksi ini juga terjadi cukup tinggi pada lembaga pemasyarakatan. Di salah satu lembaga pemasyarakatan di Jakarta, misalnya, 22 persen narapidana telah terinfeksi HIV.

Penggunaan kondom pada hubungan seksual terakhir dilakukan oleh sekitar 41 persen pekerja seks komersial. Diperkirakan ada 7–10 juta pelanggan seks

pria di Indonesia, namun survei di tiga kota menunjukkan hanya sekitar 10 persen dari pelanggan yang menggunakan kondom secara konsisten untuk melindungi dirinya dari risiko penularan saat melakukan transaksi seks secara komersial. Survei lainnya di 13 provinsi pada pekerja seks komersial³ menunjukkan bahwa penggunaan kondom pada hubungan seks seminggu terakhir antara 18,9 persen di Karawang dan 88,4 persen di Merauke.⁴

Penggunaan kondom pada *contraceptive prevalence rate*. Data Susenas menunjukkan bahwa penggunaan kondom sebagai alat KB (yaitu pada *contraceptive prevalence rate*) pada wanita menikah usia subur (15–49 tahun) sangat rendah, yaitu 0,4 persen pada 2002, tetap di bawah satu persen sejak 1994 (Tabel 6.1).

Pengetahuan tentang HIV/AIDS. Persentase anak muda usia 15–24 tahun yang mempunyai pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS.^{a,5} dapat diestimasi menggunakan pendekatan indikator dari survei. Pada 2002–2003, 65,8 persen wanita dan 79,4 persen pria usia 15–24 tahun telah mendengar tentang HIV/AIDS.⁶ 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, dan 28,5 persen mengetahui bahwa orang sehat dapat terinfeksi HIV/AIDS.⁷ Sebuah penelitian pada 2002 menunjukkan bahwa 38,4 persen dari pelajar sekolah menengah atas usia 15–19 di Jakarta secara benar menunjukkan cara mencegah penularan HIV dan menolak konsepsi yang salah tentang penularan HIV. Penelitian lain di Jawa Barat, Kalimantan Selatan, dan NTT menunjukkan bahwa 93,3 persen anak muda usia 15–24 tahun mengetahui bahwa

HIV dapat ditularkan melalui hubungan seksual, tapi hanya 35 persen yang mengetahui bahwa penggunaan jarum suntik bersama dapat menularkan HIV dan 15,2 persen masih percaya bahwa kontak sosial biasa juga dapat menularkan HIV.³

Wanita hamil dan bayinya. Penelitian terhadap prevalensi HIV pada ibu hamil di beberapa tempat di Provinsi Riau pada 1998 sampai 1999 menunjukkan bahwa 0,35 persen ibu hamil telah terinfeksi HIV. Penelitian yang sama di Papua menunjukkan hasil 0,25 persen. Konseling dan testing sukarela di Jakarta Utara menunjukkan prevalensi HIV di kalangan ibu hamil adalah 1,5 persen pada 2000 dan meningkat menjadi 2,7 persen pada 2001.³ Perlu dipahami bahwa orang yang mengunjungi klinik Konseling dan Testing HIV adalah para ibu hamil yang berisiko tertular HIV, sehingga data ini bukanlah merupakan indikasi prevalensi HIV di kalangan ibu hamil secara umum. Hal itu menunjukkan bahwa penyebaran infeksi melalui populasi penghubung^b dalam masyarakat telah terjadi. Laporan pasif antara 1996–2000 menunjukkan bahwa ada 26 ibu hamil yang telah positif HIV di DKI Jakarta, Papua, Jawa Barat, Jawa Timur, dan Riau. Dilaporkan juga bahwa ada 13 bayi yang terlahir dengan infeksi HIV.

Anak-anak. Hingga saat ini prevalensi HIV/AIDS pada penduduk usia 15–29 tahun diperkirakan masih di bawah 0,1 persen.⁸ Anak yang terkena dampak HIV/AIDS masih rendah jumlahnya bila dibandingkan dengan negara-negara lainnya. Jumlah kasus AIDS yang dilaporkan pada anak berusia 0–4 tahun adalah 12 orang, usia 5–14 tahun sebanyak empat orang, dan antara usia 15–19 tahun 67 orang.⁹ Jumlah ini masih jauh di bawah angka yang sebenarnya, sehingga sangat perlu untuk menggalakkan sistem pengawasan pada setiap tingkatan.

^a Sebagaimana didefinisikan oleh PBB sebagai persentase pria dan wanita usia 15–24 tahun yang mengetahui bahwa seseorang dapat melindungi dirinya dari infeksi HIV dengan penggunaan kondom secara konsisten, dan persentase pria dan wanita usia 15–24 tahun yang mengetahui bahwa seseorang yang terlihat sehat dapat menularkan HIV

^b Populasi penghubung adalah pelanggan dari pekerja seks komersial dan partner pengguna narkoba suntik.

Tantangan

Tantangan terbesar. HIV/AIDS di Indonesia adalah sebuah epidemi. Saat ini epidemi HIV ini masih terkonsentrasi, dengan tingkat penularan HIV yang rendah pada populasi umum, namun tinggi pada populasi-populasi tertentu. Ancaman epidemi telah terlihat melalui data infeksi HIV yang terus meningkat khususnya di kalangan kelompok berisiko tinggi di beberapa tempat di Indonesia. Hal ini menunjukkan bahwa HIV/AIDS telah menjadi ancaman bagi Indonesia. Diperkirakan bahwa pada 2010 akan ada sekitar 110.000 orang yang menderita atau meninggal karena AIDS serta sekitar sejuta orang yang mengidap virus HIV.¹⁰

Faktor risiko di Indonesia yang dapat mempercepat penyebaran HIV/AIDS antara lain meningkatnya penggunaan narkoba suntik, perilaku berisiko seperti penggunaan jarum suntik bersama, tingginya penyakit seksual menular pada anak jalanan, keengganan pelanggan seks pria untuk menggunakan kondom, tingginya angka migrasi dan perpindahan penduduk, serta kurangnya pengetahuan dan informasi pencegahan HIV/AIDS. Tantangan yang dihadapi adalah bagaimana melaksanakan program yang secara efektif bisa mengatasi faktor risiko ini, termasuk diantaranya *harm reduction* pada pengguna narkoba suntik. Tantangan lainnya adalah bagaimana menjaga ketersediaan dan keterjangkauan obat antiretroviral.

Kebijakan dan Program

Komitmen nasional dan internasional. Kecepatan penyebaran HIV/AIDS, terutama pada kelompok risiko tinggi, mendapat perhatian utama dari

pemerintah. Tanggapan nasional terhadap tingginya tingkat penyebaran penyakit ini adalah cermin dari komitmen internasional, khususnya “*Declaration of Commitment*” pada UNGASS HIV/AIDS 2001, Deklarasi ASEAN tentang HIV/AIDS (2001), dan Deklarasi “*A World Fit for Children*” (2002). Penanggulangan HIV/AIDS di Indonesia terdiri atas upaya pencegahan; pengobatan, dukungan, dan perawatan bagi orang yang hidup dengan HIV/AIDS; dan pengawasan.

Pencegahan merupakan upaya prioritas dalam penanggulangan HIV/AIDS. Hal ini berkaitan erat dengan situasi penularan HIV/AIDS yang ada di masyarakat. Pencegahan penyakit dilakukan melalui upaya kampanye yang meliputi pemberian informasi, edukasi, dan komunikasi (KIE) sesuai dengan budaya dan agama setempat. Ibu hamil didorong untuk melakukan kunjungan antenatal untuk memperoleh informasi tentang HIV dan konseling. Upaya pencegahan juga ditujukan kepada populasi berisiko tinggi seperti pekerja seks komersial dan pelanggannya, orang yang telah terinfeksi dan pasangannya, para pengguna narkoba suntik, serta pekerja kesehatan yang mudah terpapar oleh infeksi HIV/AIDS.

Pengobatan, dukungan, dan perawatan bagi orang yang hidup dengan HIV/AIDS dilakukan melalui klinik VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) di sarana kesehatan yang ada. Upaya ini telah dilaksanakan bukan hanya oleh pemerintah tetapi juga oleh beberapa fasilitas kesehatan milik swasta serta lembaga nonpemerintah lainnya. Dalam menjalankan berbagai upaya ini, perlu senantiasa diperhatikan bahwa melayani orang yang hidup dengan HIV/AIDS harus juga melindungi hak asasi manusia melalui berbagai upaya untuk mengurangi dan

menghilangkan stigma dan diskriminasi. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan perlu dilakukan berbagai pelatihan dan pendidikan bagi para pekerja lapangan, penyediaan obat yang diperlukan, serta petunjuk pengobatan, dukungan, perawatan, dan konseling.

Pengawasan HIV/AIDS dan infeksi menular seksual adalah salah satu kunci dalam strategi pemantauan

kecenderungan prevalensi HIV/AIDS. Kegiatan pengawasan menyangkut pengumpulan, pengolahan, dan analisis data secara sistematis dan terus-menerus. Kegiatan ini akan memberikan informasi tentang jumlah dan prevalensi HIV serta penderita infeksi menular seksual, di berbagai kalangan yang ada dalam masyarakat dengan tingkat risiko yang berbeda, distribusi serta kecenderungannya.

Target 8: Mengendalikan penyakit malaria dan mulai menurunkannya jumlah kasus malaria dan penyakit lainnya pada 2015.

Indikator:

- Prevalensi malaria dan angka kematiannya.
- Persentase penduduk yang menggunakan cara pencegahan yang efektif untuk memerangi malaria.
- Persentase penduduk yang mendapat penanganan malaria secara efektif.
- Prevalensi tuberkulosis dan angka kematian penderita tuberkulosis dengan sebab apa pun selama pengobatan OAT.
- Angka penemuan penderita tuberkulosis BTA positif baru.
- Angka kesembuhan penderita tuberkulosis.

Malaria

Status dan kecenderungan

Prevalensi malaria. Hampir separuh populasi Indonesia—sebanyak lebih dari 90 juta orang—tinggal di daerah endemik malaria.¹¹ Diperkirakan ada 30 juta kasus malaria setiap tahunnya, kurang lebih hanya 10 persennya saja yang mendapat pengobatan di fasilitas kesehatan. Beban terbesar dari penyakit malaria ini ada di provinsi-provinsi bagian timur Indonesia di mana malaria merupakan penyakit endemik. Kebanyakan daerah-daerah pedesaan di luar Jawa-Bali juga merupakan daerah risiko malaria. Di Jawa Tengah dan Jawa Barat, malaria merupakan penyakit yang muncul kembali (*re-emerging diseases*). Menurut data dari fasilitas kesehatan pada 2001, diperkirakan prevalensi malaria adalah 850,2 per 100.000 penduduk dengan angka yang tertinggi 20 persen di Gorontalo, 13 persen di NTT dan 10 persen di Papua. Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2001¹² memperkirakan angka kematian spesifik aki-

bat malaria di Indonesia adalah 11 per 100.000 untuk laki-laki dan 8 per 100.000 untuk perempuan.

Persentase penduduk yang menggunakan cara pencegahan yang efektif untuk memerangi malaria.

Upaya pencegahan difokuskan untuk meminimalkan jumlah kontak manusia dengan nyamuk melalui pemakaian kelambu (*bed nets*) dan penyemprotan rumah. Manajemen lingkungan dan pembasmian jentik-jentik nyamuk dapat dipakai dalam lingkungan ekologi tertentu, tergantung spesies vektor. Pemakaian kelambu yang direndam insektisida merupakan cara efektif untuk mencegah malaria, terutama untuk kelompok yang paling rawan, yaitu ibu hamil dan anak di bawah lima tahun. Secara nasional, hanya satu dari tiap tiga anak di bawah lima tahun yang tidurnya menggunakan kelambu (32,0 persen), proporsi yang lebih tinggi, yaitu 40,1 persen untuk bayi di bawah umur satu tahun.¹³ Kira-kira 0,2 persen anak tidur dalam kelambu yang direndam dengan insektisida. Salah satu hambatan pemakaian dari kelambu secara massal adalah masalah ketidakmampuan keluarga miskin untuk membeli kelambu.

Persentase penduduk yang mendapat penanganan malaria secara efektif.

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). Di Indonesia, pengobatan sendiri merupakan hal penting tetapi terabaikan yang memerlukan penguatan melalui penyuluhan kesehatan.

Diagnosa dan pengobatan.

Dasar dari pengobatan yang akurat adalah adanya dukungan laboratorium yang berfungsi dengan baik. Diperkirakan kurang lebih separuh dari kasus yang dilaporkan hanya didiagnosa berdasarkan gejala klinik tanpa dukungan konfirmasi laboratorium. Ini berpengaruh terhadap ketidaktepatan diagnosa dan pengobatan yang tidak memadai. Pemakaian diagnosa cepat menggunakan 'dipsticks' dapat mulai dipakai secara bertahap, terutama dalam ledakan malaria dalam situasi darurat atau di daerah terpencil. Di luar Pulau Jawa dan Bali, rujukan kasus malaria berat menjadi sulit akibat keterbatasan infrastruktur fasilitas kesehatan dan komunikasi.

Dampak ekonomi.

Penyakit yang akibat malaria juga sangat merugikan perekonomian Indonesia. Kehilangan pendapatan individu akibat malaria diperkirakan sebesar US\$ 56.5 juta setiap tahunnya,¹⁴ belum termasuk kehilangan pendapatan akibat hilangnya investasi bisnis dan pariwisata daerah endemik malaria.

Tantangan

Hubungan dengan kemiskinan. Malaria dapat dicegah. 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. Malaria sangat mempengaruhi kondisi penduduk miskin di daerah terpencil yang jauh dari jangkauan pelayanan kesehatan. Lingkungan alam seperti air sungai yang tergenang, aliran air selama musim kering, atau genangan air hujan di hutan sangat mempengaruhi tempat perkembang-biakan dan penyebaran malaria melalui nyamuk *Anopheles*, sementara lingkungan yang tidak sehat juga terjadi akibat lubang-lubang bekas penggalian pasir atau pertambangan, dan kolam-kolam budidaya udang dan ikan yang tidak terpelihara, serta rawa bekas hutan bakau yang menyebabkan meningkatnya penyakit yang ditularkan melalui vektor.

Ketidakstabilan politik, bencana alam, dan perpindahan penduduk

ikut mengakibatkan terjadinya wabah (*outbreak*) dan munculnya daerah-daerah endemik baru. Bencana akibat ulah manusia juga berkontribusi pada memburuknya malaria di antara komunitas pengungsi. Tingginya mobilitas penduduk menyebabkan tingginya wabah malaria di daerah-daerah yang sebelumnya telah dideklarasikan sebagai daerah bebas malaria.¹⁵ Tingginya kepadatan penduduk ikut mendorong penduduk berpindah ke hutan atau tepian hutan di mana di daerah itu malaria adalah endemik. Bisnis swasta yang terbengkalai atau tidak terurus selama masa krisis ekonomi seperti budidaya udang dan ikan merupakan tempat yang subur untuk perkembang-biakan nyamuk *Anopheles sundaicus* atau *Anopheles subpictus* (akibat sejenis algae yang terdapat di atas permukaan air). Kecenderungan tekanan ekonomi dan gejala sosial akan berpengaruh terhadap upaya pemberantasan malaria.

Sumber daya manusia secara jumlah dan kualitas pun terbatas.

Sejak krisis ekonomi (1997), banyak petugas kesehatan yang pensiun tanpa adanya penggantian petugas yang baru. Di Jawa dan Bali, jumlah Juru Malaria Desa (JMD) menurun. Hal ini mengkhawatirkan karena peran mereka sangat penting dalam deteksi dini dan pengobatan malaria. Di daerah-daerah dengan kejadian malaria yang tinggi yang merupakan sentra-sentra pembangunan ekonomi, tambahan jumlah JMD diperlukan untuk direkrut untuk mengintensifkan deteksi dan pengobatan malaria. Pelatihan penyegaran kembali pun menjadi kegiatan yang sangat penting untuk dilanjutkan.

Dana untuk penanggulangan program malaria tidak mencukupi.

Perubahan dalam peran dan tanggung jawab yang diasosiasikan dengan desentralisasi dapat menghambat kegiatan pemberantasan malaria. Lebih lagi untuk kegiatan kesehatan masyarakat seperti kegiatan pengawasan penyakit dan pemberantasan nyamuk—di mana kelambu dan insektisida untuk penyemprotan rumah secara relatif masih mahal.

Resistensi dilaporkan terjadi di seluruh provinsi, baik untuk obat malaria yang tersedia, maupun insektisida. Galur (*strain*) malaria yang resisten terhadap klorokuin pertama kali diidentifikasi di Indonesia pada 1974 dan saat ini sudah meluas ke seluruh Indonesia. Kepatuhan terhadap pengobatan malaria yang tidak memadai, pengobatan yang tidak tepat, dan tingginya mobilitas penduduk bersamaan dengan transmisi dinamis yang intensif turut pula berperan di balik tingginya resistensi ini. Resistensi obat mengakibatkan pengobatan malaria menjadi semakin kurang efektif dan di masa mendatang diperlukan obat-obat yang lebih mahal.

Kebijakan dan program

Komitmen internasional. Pencegahan malaria akan diintensifkan melalui pendekatan *Roll Back Malaria* (RBM), suatu komitmen internasional dengan strategi sebagai berikut: deteksi dini dan pengobatan yang tepat; peran serta aktif masyarakat dalam pencegahan malaria; dan perbaikan kualitas dari pencegahan dan pengobatan malaria melalui perbaikan kapasitas personel kesehatan yang terlibat. Yang juga penting adalah pendekatan terintegrasi dari pembasmian malaria dengan kegiatan-kegiatan kesehatan lainnya, seperti Manajemen Terpadu Balita Sakit dan promosi kesehatan.

Strategi dalam pemberantasan malaria antara lain adalah dengan sistem kewaspadaan dini dan upaya penanggulangan epidemi agar tidak semakin menyebar; intensifikasi pengawasan, diagnosis awal dan pengobatan yang tepat, dan kontrol vektor secara selektif. Kebijakan-kebijakan yang diambil dalam pemberantasan malaria antara lain penekanan pada desentralisasi, keterlibatan masyarakat dalam pemberantasan malaria, dan membangun kerja sama antarsektor, NGO, dan lembaga donor. Gerakan Berantas Kembali Malaria atau GEBRAK Malaria yang dimulai pada 2000 adalah bentuk operasional dari Roll Back Malaria (RBM). GEBRAK Malaria memprioritaskan kemitraan antara pemerintah, swasta/sector bisnis, dan masyarakat untuk mencegah penyebaran penyakit malaria.

Kegiatan. Program pemberantasan malaria di Indonesia saat ini terdiri atas delapan kegiatan, yaitu: diagnosis awal dan pengobatan yang tepat; program kelambu dengan insektisida; penyemprotan; pengawasan deteksi aktif dan pasif; survei demam dan pengawasan migran; deteksi dan kontrol epi-

demik; langkah-langkah lain seperti larvaciding; dan peningkatan kemampuan (*capacity building*). Untuk menanggulangi galur yang resisten terhadap klorokuin, pemerintah pusat dan daerah akan menggunakan kombinasi baru obat-obatan malaria untuk memperbaiki kesuksesan pengobatan. Karena kombinasi obat-obatan itu sangat mahal, penggunaannya akan ditargetkan di daerah dengan prevalensi resistensi yang tinggi.

Pengawasan Penyakit. Memastikan pelaporan data yang tepat waktu dari fasilitas kesehatan di lapangan, termasuk rumah sakit, untuk memonitor insiden malaria, untuk mendeteksi dan membatasi wabah ledakan malaria, serta melaksanakan survei untuk menghitung prevalensi malaria yang diperlukan merupakan bagian yang esensial dari pengawasan malaria. Dalam pemilihan intervensi yang akurat seperti penyemprotan insektisida diperlukan penelitian lebih dulu untuk menentukan jenis populasi nyamuk dan habitatnya. Idealnya, tiap provinsi perlu melakukan survei secara teratur untuk memonitor daerah-daerah dengan parasit yang resisten terhadap obat-obatan malaria.

Tuberkulosis (TB)

Keadaan dan kecenderungan

Prevalensi. Survei prevalensi TB dilaksanakan di sembilan lokasi antara 1964 dan 1986 di Indonesia dengan menggunakan test tuberkulin.¹⁶ Survei prevalensi pertama kali (1964–1965) dilakukan di daerah pedesaan Jawa timur dengan hasil angka prevalensi tuberkulosis 11,7 persen, dan risiko infeksi tahunan 1,64 persen. Pada survei selanjutnya, pada 1984–1986, median risiko tahunan infeksi sebesar 2,3

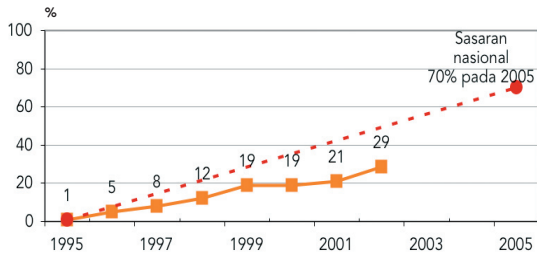
persen, dengan kisaran antara 0,7–3,9 persen. Survei pada 1965 dan 1986 yang dilaksanakan dengan lokasi yang berbeda mendapatkan median risiko tahunan infeksi sebesar 2,5 persen. Dengan menggunakan data survei prevalensi yang telah dilaksanakan, WHO pada 1998 memperkirakan prevalensi nasional sebesar 786 per 100.000 penduduk (kasus baru dan lama), di mana 44 persen adalah kasus BTA positif (SS+) menular (350 per 100.000).¹⁷

Kejadian. Indonesia berada di urutan ketiga penyumbang kasus tuberkulosis di dunia, dengan sekitar 582.000 kasus baru setiap tahun, 259.970 kasus di antaranya adalah tuberkulosis paru dengan BTA positif (SS+). Artinya, 271 kasus baru per 100.000 penduduk, dan 122 BTA positif per 100.000 penduduk.¹⁸

Angka kematian. Dengan menggunakan model matematik, WHO memperkirakan angka kematian tuberkulosis secara nasional pada 1998 sebesar 68 per 100.000 penduduk. WHO juga memperkirakan Angka Kematian Kasus mendekati satu di antara empat (24 persen).¹⁷ Dengan menggunakan sistem informasi kesehatan nasional yang hanya menangkap kurang dari 1 per 3 kasus, pada kohort tahun 2001 didapatkan angka kematian penderita TBC oleh sebab apa pun selama masa pengobatan OAT adalah 2,0 persen. Angka kematian kasus tertinggi terjadi di Sulawesi Selatan (3,9 persen), Bangka Belitung (3,6 persen), Aceh (3,3 persen), NTT (3,2 persen), dan Kalimantan Timur (3,1 persen). Angka-angka yang dilaporkan mengindikasikan angka kematian nasional pada kasus BTA positif sekitar 0,52 per 100.000 penduduk.

Angka deteksi kasus. Pada 2002, jumlah total kasus tuberkulosis yang dilaporkan (semua bentuk) adalah

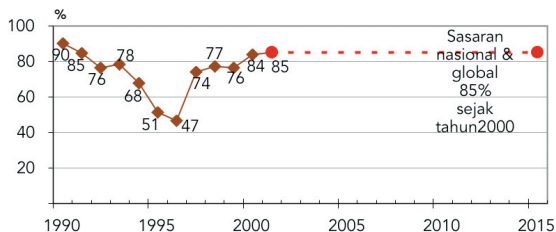
Gambar 6.1. Angka deteksi kasus TB Nasional (CDR)



Sumber: Departemen Kesehatan

155.188, naik dari 92.792 kasus pada 2001. Dari jumlah itu pada 2002 kasus BTA positif dilaporkan 76.230 atau 37,5 per 100.000 penduduk. Berdasarkan perkiraan kasus BTA positif baru, dapat diperhitungkan bahwa sekitar 29,3 persen kasus yang dideteksi. Menggunakan ekstrapolasi kasar dari perkiraan nasional tentang kejadian tiap provinsi, *case detection rate* (CDR) tertinggi adalah di Gorontalo dengan 88,5 persen dari perkiraan jumlah kasus, dibandingkan dengan angka 8,4 persen di Maluku Utara. Berdasarkan notifikasi *case rate*, jumlah kasus BTA positif baru per 100.000 penduduk antara 11,5 di Maluku Utara hingga 109,0 di Gorontalo. Sesuai dengan kesepakatan internasional, target angka penemuan kasus baru BTA positif adalah 70 persen pada 2005. Melihat kecenderungan yang ada, kemungkinan target baru bisa dicapai pada 2013. Karena itu, perlu adanya suatu percepatan peningkatan CDR.

Gambar 6.2. Angka keberhasilan penanggulangan TB, 1991-2001



Sumber: Departemen Kesehatan

Angka kesembuhan. Berdasarkan analisis kohort tahun 2001, sebanyak 85,7 persen penderita menyelesaikan pengobatan (pengobatan lengkap dan sembuh). Di beberapa provinsi, seperti di Riau, Bali, dan Gorontalo, angka kesembuhan lebih dari 95 persen. Ini kontras dengan Provinsi Papua yang hanya 15,7 persen.

Tantangan

Strategi *directly observed treatment-short course* (DOTS) untuk menghentikan penyebaran tuberkulosis terdiri atas lima komponen, yaitu komitmen politis, diagnosis akurat dengan pemeriksaan mikroskopis, pengobatan dengan OAT dan ketaatan berobat, ketersediaan obat antituberkulosis yang tidak terputus, dan pencatatan serta pelaporan.

Komitmen Politik. Pemerintah mempunyai peran kunci dalam membangun komitmen politis, menganjurkan masyarakat untuk meminta dan menyelesaikan pengobatan, dan menjamin kualitas pelayanan. Biaya pengobatan awal tuberkulosis di masyarakat jauh lebih murah dibandingkan mengobati tambahan kasus baru dan pengadaan obat-obatan baru untuk menangani kasus resistensi. Rata rata, seorang penderita tuberkulosis kehilangan tiga atau empat bulan dari waktu kerjanya.¹⁹ Secara internasional, tuberkulosis adalah penyebab kematian utama perempuan dalam usia produktif²⁰, di mana pada kebanyakan kasus, adalah penghasil pendapatan utama keluarga.

Diagnosis akurat dengan pemeriksaan mikroskopis. Biaya penggunaan alat-alat diagnosis esensial, berupa mikroskop dan reagensia, hanya US\$ 0,50 per pemeriksaan. Diagnosis akurat melalui

sediaan *sputum* adalah langkah awal untuk deteksi kasus menular dan meyakinkan mereka untuk mulai pengobatan. Pada 2002, hanya sekitar 29 persen kasus menular BTA positif yang dilaporkan. Program Nasional Tuberkulosis pada 2003, telah mengupayakan keikutsertaan institusi pelayanan kesehatan di luar puskesmas, seperti rumah sakit pemerintah dan swasta, klinik penyakit paru-paru, dokter praktek, klinik perusahaan, dan penjara. Langkah pertama adalah pelibatan dan pelatihan staf klinik dan rumah sakit sebagai upaya kerja sama pemerintah dengan swasta dan upaya koordinasi yang lebih intensif antar semua unit yang terlibat dalam penanggulangan TB. Selain itu, pelatihan teknisi laboratorium telah dipercepat dan penyediaan mikroskop berkualitas baik sedang berjalan, dengan didukung para donor. Kualitas reagensia dan pelaksanaan jaminan mutu laboratorium adalah tantangan yang masih harus ditangani.

Kesesuaian DOT. Obat antituberkulosis yang ada umumnya dapat menyembuhkan kasus tuberkulosis. Karena penyakit ini sangat menular, pengobatan dapat mencegah penularan kepada orang lain. Lebih dari itu, pengobatan yang *cost-effective* sudah tersedia, hanya saja diperlukan suatu sistem pelayanan kesehatan yang berfungsi baik, dengan manajemen kasus dan tindak lanjut yang kuat. Bahkan dapat dikatakan bahwa pelayanan yang berkualitas rendah adalah lebih buruk daripada tanpa pengobatan. Pengobatan yang sukses membutuhkan dosis harian selama minimal enam bulan pengobatan—waktu yang lama setelah pasien merasakan kesembuhan. Galur bakteri yang resisten terhadap pengobatan akan terbentuk jika penderita berhenti meminum obat sebelum pengobatan terselesaikan—atau jika obat yang salah yang diberikan. Penderita nantinya tidak saja membutuhkan obat yang berbeda dan

lebih mahal, dia juga akan tetap dapat menularkan penyakitnya, dan orang yang ditularinya akan membutuhkan obat-obat untuk galur bakteri yang telah resisten. Walaupun begitu, diperkirakan angka resistensi masih di bawah dari satu persen.²¹ Pengawas minum obat (PMO) umumnya masih anggota keluarga. Program TB nasional merencanakan untuk meningkatkan peran serta masyarakat melalui inisiatif berbasis masyarakat (*Community Based Initiative* atau *COMBI*) pada 2004, dan juga akan melakukan beberapa riset operasional tentang anggota keluarga yang menjadi PMO.

Ketersediaan obat yang tidak terputus. Ketaatan berobat dipengaruhi pula oleh ketersediaan obat yang berkualitas, teratur, tidak terputus selama masa pengobatan. Obat Anti Tuberkulosis termasuk obat yang Sangat Sangat Esensial (SSE) sehingga pengadaan dan ketersediaannya dijamin oleh pemerintah. Data yang membandingkan stok obat pada 2000 di fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta menunjukkan sebelum desentralisasi kehabisan stok obat dasar termasuk INH terjadi pada 1,8 persen hingga 8,4 persen fasilitas pemerintah yang disurvei. Kehabisan stok berlangsung beberapa minggu dalam enam bulan terakhir sebelum survei antara 3,6 sampai 7,8 minggu (Tabel 6.3).²² Pada umumnya hanya sedikit fasilitas swasta yang menyediakan empat obat dasar yang disurvei, dan rata-rata waktu kehabisan stok lebih pendek.

Perubahan besar karena kebijakan desentralisasi fiskal yang dilaksanakan pada 2001, dan perubahan-perubahan lain yang diakibatkannya di semua tingkatan dalam sistem, mungkin mengganggu penyediaan obat dan sistem distribusinya. Sebuah proyek percontohan *fixed dose combination* akan dilaksanakan di empat provinsi, yaitu Jawa Tengah,

Jawa Timur, Yogyakarta, dan Sulawesi Selatan pada 2004. Pada provinsi percontohan ini, *buffer stock* di tingkat provinsi dipertahankan pada tingkat 100 persen untuk menjamin tidak terputusnya persediaan obat.

Sistem pencatatan dan pelaporan. Informasi akurat adalah kunci untuk menentukan besaran masalah dan luasnya epidemi tuberkulosis, kualitas dan efektifitas pengobatan, dan resistensi terhadap obat. Setelah desentralisasi fiskal pada 2001, permasalahan muncul dengan tidak lengkapnya laporan dari kabupaten/kota. Validasi data secara nasional dilakukan pada 2002 untuk memvalidasi pencatatan dan pelaporan dari unit pelayanan kesehatan. Validasi ini memberikan konfirmasi keberhasilan pengobatan yang lebih tinggi daripada yang dilaporkan sebelumnya. Sistem pencatatan dan pelaporan yang sekarang belum mencakup kasus yang dideteksi di rumah sakit dan sektor swasta. Dalam hal ini diperlukan upaya untuk memperkuat sistem pengawasan dan survei prevalensi yang memanfaatkan testing fisiologis, sehingga dapat memastikan prevalensi tuberkulosis di Indonesia.

Kebijakan dan program

Gerdunas. Pemerintah Indonesia menetapkan pengendalian tuberkulosis sebagai prioritas kesehatan nasional. Pada 1999, Menteri Kesehatan mencanangkan Gerakan Nasional Terpadu Pemberantasan Tuberkulosis atau Gerdunas. Gerdunas adalah gerakan inter-sektoral dalam upaya untuk mempromosikan percepatan pemberantasan tuberkulosis. Gerdunas merupakan pendekatan terpadu, mencakup rumah sakit dan sektor swasta dan semua pengambil kebijakan lain, termasuk penderita dan masyarakat. Pada

2001 semua provinsi dan kabupaten telah mencanangkan Gerdunas, meskipun tidak semua beroperasi penuh. Lebih dari itu sudah adanya Rencana Strategis Program Penanggulangan Tuberkulosis selama lima tahun (2002–2006), yang membangun fondasi dan pilar-pilar untuk membangun lebih lanjut kegiatan pemberantasan tuberkulosis nasional.

Komitmen internasional. MDG mendukung komitmen politis yang ada untuk menghentikan dan menurunkan penyebaran tuberkulosis pada 2015. Komitmen internasional lain mencakup Deklarasi Amsterdam tahun 2000, di mana Menteri Kesehatan menyetujui untuk mencapai 70 persen angka deteksi kasus pada 2005 dan keberhasilan pengobatan sebesar 85 persen. Sebagai bukti komitmen ini, Pemerintah Indonesia menyediakan sejumlah besar dana untuk pengendalian tuberkulosis, dan telah menjanjikan US\$ 19,8 juta untuk obat-obatan dan gaji staf. Anggaran sebesar ini mencakup 54 persen dari kebutuhan seluruhnya sebesar US\$ 36,5 juta.

Tembakau

Keadaan dan kecenderungan

Penggunaan tembakau merupakan salah satu penyumbang utama sakit di antara penduduk termiskin di Indonesia. Pada 2001 besarnya prevalensi merokok penduduk Indonesia adalah 31.5 persen dengan prevalensi terbesar perokok adalah pria. Prevalensi pada laki-laki sebesar 62.2 persen, dengan tingkat yang lebih tinggi di daerah pedesaan (67,0 persen).²³ Di tingkat provinsi, proporsi perokok pria yang tertinggi adalah di Gorontalo (69 persen) dan yang terendah adalah di Bali (45,7 persen).

Usia mulai merokok. Di Indonesia dirasakan bahwa orang memperoleh informasi yang cukup untuk menentukan pilihan untuk merokok atau tidak. Akan tetapi, sekitar 70 persen dari perokok di Indonesia mulai merokok ketika berusia 19 tahun, yaitu pada saat mereka mungkin belum bisa mengevaluasi risiko merokok dan sifat nikotin yang sangat adiktif.²³

Tantangan

Beban Kesehatan. Di Indonesia, penggunaan tembakau berkontribusi cukup besar pada beban kesehatan. Satu dari dua perokok jangka panjang meninggal karena kebiasaan itu, dan separuh kematian terjadi dalam tahun-tahun produktif ekonomi.²⁴ Fakta-fakta menyimpulkan bahwa bayi dan anak yang terpapar asap rokok menunjukkan kenaikan tingkat terkena infeksi saluran napas bagian bawah, penyakit telinga bagian tengah, gejala penyakit saluran napas kronik, asma, menurunnya fungsi paru yang berkaitan dengan menurunnya tingkat pertumbuhan paru; dan meningkatkan terjadinya sindrom kematian mendadak (*sudden infant death syndrome* atau SIDS).²⁵ Dengan sebagian besar (91,8 persen) perokok yang berumur 10 tahun ke atas menyatakan bahwa mereka melakukan kebiasaan merokok di dalam rumah ketika sedang bersama-sama dengan anggota keluarga lainnya, diperkirakan jumlah perokok pasif anak-anak adalah 43 juta orang.²³

Beban ekonomi. Pada tingkat sosial, tembakau bukan hanya berpengaruh pada biaya-biaya perawatan kronik bagi mereka yang menderita kanker paru dan penyakit-penyakit lainnya yang berhubungan dengan tembakau, namun juga menurunkan produktivitas para pekerja yang merokok. Kelompok miskin adalah yang paling dirugikan karena penggunaan

tembakau itu sendiri. Pada 2001, mereka yang ada di kelompok penduduk termiskin menggunakan 9,1 persen dari pengeluaran bulanan untuk tembakau, sedangkan pada kelompok kaya 7,5 persen.²³ Membelanjakan sumber pendapatan rumah tangga yang sedikit untuk produk-produk tembakau lebih banyak daripada pengeluaran untuk makanan atau keperluan penting lainnya berdampak sangat besar pada kesehatan dan gizi keluarga miskin.²⁶ Kelompok miskin juga lebih kecil kemungkinannya untuk dapat menjangkau biaya asuransi kesehatan serta perawatan kesehatan untuk kondisi kronik yang berhubungan dengan penggunaan tembakau, seperti kanker paru, penyakit kardiovaskuler, dan hipertensi.

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 Bank Dunia, tidak ada donor utama yang mendukung upaya pengendalian tembakau di Indonesia, dan sumber-sumber pemerintah untuk menangani masalah kesehatan utama ini belum cukup berarti.

Kebijakan dan program

Mempertahankan harga tinggi pada produk tembakau. Bank Dunia menyimpulkan bahwa kenaikan harga 10 persen akan menurunkan tingkat permintaan global terhadap tembakau sebesar 4–8 persen.²⁷ Simulasi-simulasi ini menunjukkan bahwa kenaikan 10 persen di seluruh dunia (melalui peningkatan cukai) dapat mencegah paling sedikit 10 juta kematian yang berhubungan dengan tembakau di seluruh dunia. Karena itu, meningkatkan harga produk tembakau adalah satu-satunya strategi yang paling efektif untuk mengurangi beban kerusakan keseha-

tan akibat penggunaan tembakau. Di Indonesia, rata-rata cukai rokok sebagai persentase dari harga rokok adalah sekitar 31 persen, yang merupakan cukai terendah di kawasan ini setelah Kamboja.²³

Larangan menyeluruh terhadap iklan, promosi, dan pemberian sponsor. Iklan merupakan masalah kesehatan masyarakat yang cukup besar karena menciptakan kondisi di mana penggunaan tembakau dianggap sebagai sesuatu yang normal, wajar, dan dapat diterima. Hal ini mendorong anak-anak dan

remaja untuk mencoba-coba merokok.²⁸ Peraturan yang ada sekarang hanya melarang iklan televisi pada siang hari dan sebagian malam.

Peraturan udara bersih. Sebagian besar orang dewasa dan remaja Indonesia tidak merokok. Peraturan udara bersih diperlukan untuk melindungi mereka yang bukan perokok, baik dewasa maupun anak-anak, dari bahaya asap rokok tembakau.

Catatan

- 1 Departemen Kesehatan RI, 2002. *Estimasi Nasional Infeksi HIV pada Orang Dewasa Indonesia Tahun 2002*. Jakarta.
- 2 Departemen Kesehatan RI, 2002. *Rencana Strategis Penanggulangan HIV/AIDS Indonesia 2003–2007*. Jakarta.
- 3 National AIDS Commission, Republic of Indonesia, May 2003. *Country Report on Follow-Up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS)*, Reporting period 2001–2003.
- 4 Berdasarkan data Survei Surveilans Perilaku dilakukan di 15 kota di 13 propinsi pada tahun 2003 oleh Departemen Kesehatan dan Badan Pusat Statistik.
- 5 United Nations, 2003: “*Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals: Definitions, Rationale, Concept and Sources*”.
- 6 BPS-Statistics Indonesia and ORC Macro, 2003. *Indonesia Demographic and Health Surveys (IDHS) 2002–2003*. Maryland. USA.
- 7 UNICEF-BPS, 2000. *Multi-Indicator Survey on the Education and Health of Mothers and Children, Indonesia, 2000*.
- 8 2003 HIV/AIDS Country Progress Report, Komisi Penanggulangan AIDS
- 9 Rachmat, Haikin, 2003: “*HIV/AIDS Prevention Strategy for Children and Young People*”. Presentation at IFPPD Meeting, MoH, November 2003.
- 10 Ahmadi, U. Fahmi. *Combating HIV/AIDS, Malaria and other Diseases*. Makalah presentasi untuk MDG Working Group 2003.
- 11 *Pengembangan Gebrak Malaria di Indonesia: Rencana Strategis 2001–2005*. Berdasarkan 46.2 persen dari jumlah penduduk 1998.
- 12 Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) 2001 UNICEF Indonesia, 2000, *Multiple Indicator Cluster Survey Report on the Education and Health of Mothers and Children*.
- 14 *Pengembangan Gebrak Malaria di Indonesia: rencana strategis 2001–2005*. Berdasarkan 46.2 persen dari jumlah penduduk 1998.
- 15 Seperti di Kabupaten Banyumas. Daerah ini sebelumnya telah dideklarasikan sebagai aman dari malaria sejak 15 tahun yang lalu.
- 16 Cauthen GM, Pio A, and HG ten Dam. *Annual Risk of Tuberculosis Infection*. WHO/TB/88.154. World Health Organization, Geneva.
- 17 Dye C, Scheele S, Dolin P, et al 1999. *Global Burden of Tuberculosis: Estimates of Incidence, Prevalence, and Mortality by Country*. JAMA 282:7.
- 18 *Global Tuberculosis Control*, WHO 2003 <http://www.who.int/gtb/publications/globrep/index.html>.
- 19 Ministry of Health, Republic of Indonesia TB Strategic Plan 2002–2008.
- 20 Connolly N and Nunn P. 1996. *Women and tuberculosis*. *World Health Stat Q.* 49(2): 115–9.
- 21 Dye C, Espinal M, Watt C, Mbiaga, C, and BG Williams 2002. *Worldwide Incidence of Multi-drug Resistance Tuberculosis*. *Journal of Infectious Diseases*. 185: 1197–202.
- 22 Beegle et al 2001. *Analysis of the IFLS*.
- 23 Ministry of Health, Republic of Indonesia. 2003. *The Tobacco Sourcebook: The empirical basis for a national tobacco control strategy*.
- 24 WHO and the European Commission 2003. *Tobacco and health in the developing world*. http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/who_en.pdf.
- 25 WHO 1999. *International Consultation on Environmental Tobacco Smoke and Child Health*. NCD/TFI/ETS/99. http://www.who.int/tobacco/health_impact/youth/ets/en/.
- 26 de Bayer, Lovelace, and Yurekli. 2001 *Poverty and Tobacco*. *Tob Control* 10 <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/10/3/210>.
- 27 The World Bank 2002. *Tobacco Control in Developing Countries*. <http://www1.worldbank.org/tobacco/tcdc/factsheets/Tobacco%20Facts1-6.pdf>.
- 28 US Surgeon General's Report 1989. *Reducing the Health Consequences of Smoking; and Smoking and Health: A National Status Report 1990*. <http://www.cdc.gov/tobacco/sgrpage.htm#1980s>.



TUJUAN 7

Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

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.

Indikator:

- Proporsi luas lahan yang tertutup hutan.
- Rasio luas kawasan lindung terhadap luas daratan.
- Energi yang dipakai (setara barel minyak) per PDB (juta rupiah).
- Emisi CO₂ (per kapita).
- Jumlah konsumsi zat perusak ozon (metrik ton).
- Proporsi penduduk berdasarkan bahan bakar untuk memasak.
- Proporsi penduduk yang menggunakan kayu bakar dan arang untuk memasak.

Keadaan dan kecenderungan

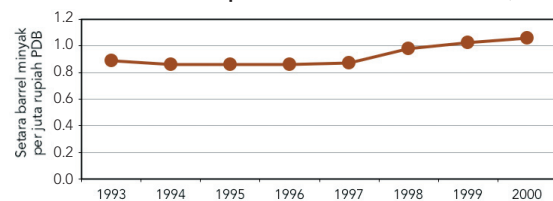
Menurunnya proporsi luas kawasan hutan terhadap luas daratan. Luas kawasan hutan tetap di Indonesia berdasarkan Penunjukan Kawasan Hutan dan Perairan tahun 2002 adalah 91,22 juta ha, tidak termasuk tiga provinsi yang masih dalam proses penunjukan (Provinsi Sumatera Utara, Riau, Kalimantan Tengah). Berdasarkan penafsiran citra Landsat 7 ETM+ liputan tahun 1999/2000 kawasan hutan tetap seluruh Indonesia adalah seluas 110 juta ha dengan luas kawasan yang masih berhutan adalah 72 juta ha, sedangkan areal yang lain berupa non-hutan dan tidak ada data (tertutup awan).

Berdasarkan data Statistik Kehutanan Indonesia tahun 1993 dan 2001, kondisi luas hutan Indonesia telah menyusut dari 130,1 juta ha menjadi 123,4 juta ha (Tabel 7.1). Dengan demikian, proporsi luas kawasan hutan terhadap luas daratan di Indonesia

menurun dari 67,7 persen pada 1993 menjadi 64,2 persen pada 2001. Penyusutan luas hutan disebabkan oleh beberapa hal, antara lain penjarahan hutan, kebakaran, perubahan (konversi) untuk kegiatan pembangunan lain di luar kehutanan seperti untuk pertambangan dan pembangunan jalan, permukiman, dan sebagainya.

Laju deforestasi selama kurun waktu 1985 sampai dengan 1997 untuk bioregion Sumatera, Kalimantan, Sulawesi, Maluku, dan Papua adalah sekitar 1,8 juta ha/tahun. Terjadinya krisis ekonomi dan penerapan otonomi daerah diperkirakan meningkatkan laju de-

Gambar 7.1. Penggunaan energi komersil per juta rupiah Produk Domestik Bruto (PDB)



Sumber: Statistik Ekonomi Energi 2000, Departemen Energi dan Sumber Daya Mineral

forestasi setelah tahun 1997. Penurunan luas hutan sekaligus juga merupakan penurunan fungsi dan peran ekologis hutan terhadap lingkungan yang akan berakibat pada terjadinya krisis air di masa depan.

Kecilnya rasio kawasan lindung. Kawasan lindung dapat berupa kawasan konservasi dan lindung. Kawasan konservasi meliputi kawasan konservasi daratan dan perairan yang terdiri atas cagar alam, suaka margasatwa, taman nasional, taman wisata alam, taman hutan raya, dan taman buru. Termasuk di dalam kawasan lindung adalah kawasan yang ditetapkan sebagai hutan lindung. Dengan mengacu pada definisi yang digunakan secara internasional mengenai kawasan lindung, keenam tipe kawasan konservasi itu dibedakan ke dalam dua kelompok, yaitu sepenuhnya dilindungi atau *totally-protected area* (cagar alam, suaka margasatwa, dan taman nasional) dan sebagian dilindungi atau *partially-protected area* (taman wisata alam, taman hutan raya, dan taman buru). Perlindungan terhadap kawasan lindung ini bertujuan untuk melestarikan keanekaragaman hayati yang terkandung di dalamnya dan menjaga kelangsungan fungsi ekologis kawasan terhadap lingkungan dalam lingkup luas.

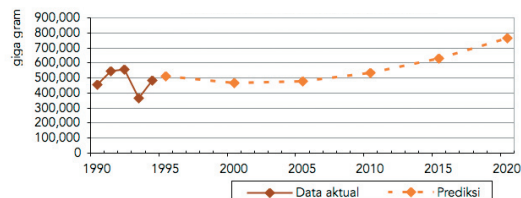
Pada 2002, Indonesia memiliki hutan lindung seluas 32.338.029,02 ha dan kawasan konservasi daratan sebanyak 371 unit seluas 18.344.410,04 ha. Dengan demikian, luas kawasan lindung adalah 50.682.439,05 ha.^a Rasio kawasan lindung terhadap total luas daratan Indonesia 26,4 persen dari total luas daratan yang merupakan kawasan konservasi (Tabel 7.2).¹ Bioregion Papua memiliki rasio tertinggi sebesar 41,3 persen; disusul Sulawesi sebesar 32,8 persen; Maluku 26,6 persen; Nusa Tenggara 24,4 persen; Sumatera 23,5 persen; Kalimantan 19,5 persen; dan terendah Jawa-Bali 9,5 persen. Sebagai negara kepulauan, In-

donesia juga memiliki kawasan konservasi laut yang signifikan. Kawasan ini terdiri atas 35 unit dengan luas 4.723.474 ha, mencakup jenis cagar alam, suaka margasatwa, taman wisata, dan taman nasional

Pengelolaan kawasan lindung dianggap penting bagi Indonesia dan masyarakat internasional sehingga banyak proyek bantuan atau pinjaman untuk kegiatan tersebut baik dari pemerintah dalam dan luar negeri maupun organisasi nonpemerintah lokal, nasional, dan internasional. Namun ancaman yang dihadapi juga tidak kalah banyaknya, terutama penebangan liar di taman-taman nasional. Di era reformasi dan otonomi daerah saat ini, semakin banyak hutan dijarah, penebangan liar semakin meningkat, dan batas wilayah konservasi tidak diakui. Degradasi ini terjadi tidak semata-mata karena penegakan hukum yang lemah namun juga karena maksud dan tujuan pembangunan jangka panjang serta fungsi cagar biosfer belum dipahami dengan baik.

Semakin tidak efisiennya pemakaian energi. Pemakaian energi final total di Indonesia pada 2000 adalah 641.270.629 SBM (setara barel minyak) atau sebesar 421.276.658 SBM dengan tidak memasukkan pemakaian biomasa (energi komersial). Angka ini meningkat dengan pertumbuhan rata-rata dari 1993 hingga 2000 sebesar 3,78 persen per tahun untuk pemakaian total atau 5,39 persen per tahun untuk

Gambar 7.2. Jumlah emisi CO₂ and CO₂-e



Sumber: National Strategy Study on Clean Development Mechanism in Indonesia 2001, KLH Catatan: angka sesudah tahun 1994 adalah angka proyeksi.

^a Kawasan konservasi daratan tersebut terdiri atas: 61,6 persen merupakan taman nasional; 19,2 persen suaka margasatwa; 14,6 persen cagar alam; 1,8 persen taman hutan raya; 1,5 persen taman wisata alam dan 1,2 persen taman buru

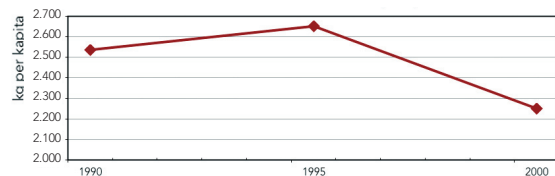
energi komersial (Tabel 7.3).² Pada kurun waktu yang sama, pendapatan domestik bruto (PDB) mengalami perubahan dengan angka pertumbuhan tertinggi 8,2 persen pada 1995 dan terendah -13,13 persen pada 1998 (PDB menurut harga konstan tahun 1993). Peningkatan angka perbandingan penggunaan energi komersial dengan PDB dari 1993 ke 2000 menunjukkan semakin tidak efisiennya pemakaian energi di Indonesia.

Emisi CO₂ per kapita nasional. Komunikasi Nasional Indonesia Pertama pada 1999 telah menginventarisasi semua gas rumah kaca (GRK) yang penting, yaitu CO₂, CH₄, N₂O, NOx, dan CO₃. Ketepatan menduga emisi dan penyerapan GRK dari atmosfer pada umumnya tergantung tersedianya dan ketepatan data kegiatan dan faktor emisi. Di antara tiga sektor utama (energi, pertanian, dan kehutanan), sektor kehutanan memiliki ketidakpastian tertinggi, sedangkan sektor energi memiliki ketidakpastian terendah.

Pada 1990 hingga 1994 emisi GRK (CO₂, CH₄, dan N₂O) di Indonesia tumbuh 6,5 persen per tahun (Tabel 7.4), dengan proporsi gas CO₂ sebesar 70 persen. Dalam kurun waktu itu, 35–60 persen dari total emisi berasal dari sektor ekonomi yang memerlukan energi (industri, transportasi, permukiman, dan komersial), 20–50 persen dari sektor kehutanan, dan 15–25 persen dari sektor pertanian. Fluktuasi proporsi emisi ini terutama disebabkan oleh perubahan tingkat pembukaan hutan.⁴ Emisi CO₂ dan CO₂-e diperkirakan akan tumbuh tiga persen per tahun hingga dua dekade mendatang (Gambar 7.3 dan Tabel 7.5). Sektor-sektor pengonsumsi energi (*energy-demand sectors*) menjadi kontributor utama emisi GRK dan peningkatannya hingga dua dekade mendatang. Sektor kehutanan diperkirakan berkon-

tribusi 11–33 persen, sedangkan sektor pertanian 12 persen dari total emisi.

Gambar 7.3. Jumlah emisi CO₂ per kapita



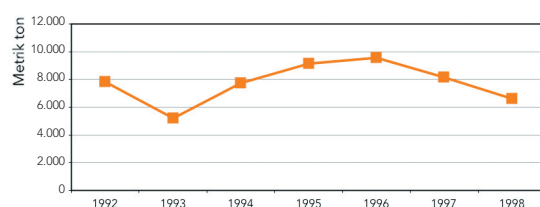
Sumber: National Strategy Study on Clean Development Mechanism in Indonesia 2001, KLH.

Catatan: angka sesudah tahun 1994 adalah angka proyeksi. Data populasi berdasarkan sensus 1990 dan 2000, serta SUPAS 1995.

Lemahnya kontrol terhadap konsumsi bahan-bahan yang membahayakan ozon (*ozone depleted substance* atau ODS). Berdasarkan laporan awal yang dibuat pada 1994, konsumsi ODS pada 1992 mencapai 7.815 MT (metric ton), yang setara dengan 6.567,3 ODP (*Ozone Depleted Potential*) ton. ODS yang diperhitungkan adalah CFC-11, CFC-12, CFC-113, CFC-115, H-1211, H-1301, CTC, dan TCA, yang penggunaannya untuk foam, kulkas dan pendingin udara, halon product, aerosol, dan bahan pelarut. Selanjutnya berdasarkan laporan pembaruan pada 2000, konsumsi ODS mengalami fluktuasi setiap tahunnya (Tabel 7.6 dan Gambar 7.4).

Indonesia merupakan salah satu negara peserta dalam program penghapusan bahan-bahan yang

Gambar 7.4. Konsumsi Ozone Depleting Substances



Sumber: Indonesia Country Programme Update, Kementerian Lingkungan Hidup, 2000

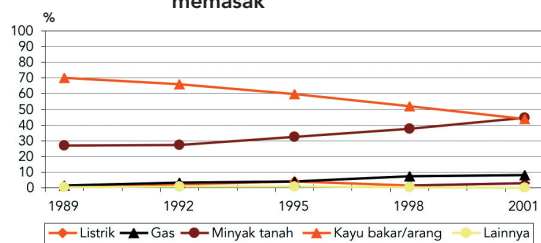
membahayakan ozon berdasarkan Protokol Montreal (*Programme for the Phase-out of Ozone Depleting Substances Under the Montreal Protocol*) sejak 1992. Sejak 1998, impor CFC, barang-barang mengandung CFC, dan barang-barang yang diproduksi menggunakan CFC secara resmi telah dilarang.⁵ Namun sejak krisis ekonomi permintaan ODS dalam berbagai sektor diprediksikan kembali meningkat. Permintaan itu tidak dapat dipenuhi oleh produksi dalam negeri, di lain pihak impor terhadap ODS juga semakin dibatasi. Kenyataan bahwa permintaan itu 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.

Dengan adanya kelemahan pengawasan/kontrol terhadap penggunaan ODS, perlu diadakan amandemen terhadap peraturan yang berlaku.⁶ Amandemen ini bertujuan untuk membantu industri menengah ke bawah yang belum mendapatkan bantuan dana hibah ataupun teknis agar dapat mengganti teknologi ODS dengan teknologi non-ODS sesuai dengan kriteria yang berlaku internasional. Selanjutnya, pemerintah menerapkan mekanisme pelaporan dan monitoring kepada para importir yang diharapkan dapat mengurangi impor ilegal.⁷

Menurunnya proporsi penduduk yang menggunakan biomasa. Persentase penduduk yang menggunakan biomasa merupakan salah satu indikator yang digunakan World Health Organization (WHO) untuk memantau polusi dalam ruangan. WHO mendefinisikan indikator ini sebagai persentase penduduk yang membakar materi dari tumbuhan dan hewan sebagai bahan bakar. Di Indonesia, Departemen Energi dan Sumberdaya Mineral membedakan biomasa ke dalam dua kelompok, yaitu kayu bakar (kayu dan limbah kayu) dan limbah pertanian (sekam, batang padi, tandan kelapa sawit, tempurung kelapa, dan lain-lain). Biomasa merupakan bahan bakar yang paling banyak digunakan untuk memasak oleh sebagian besar rumah tangga di Indonesia selain listrik, gas, dan minyak tanah. Bahan bakar biomasa yang paling banyak digunakan adalah kayu bakar dan arang.

Persentase penduduk yang menggunakan kayu bakar dan arang di Indonesia menurun pada periode 1989-2001. Penurunan ini berkaitan dengan meningkatnya penggunaan listrik, gas, dan minyak tanah sebagai bahan bakar alternatif untuk memasak (Tabel 7.7 dan 7.8 dan Gambar 7.5).

Gambar 7.5. Proporsi penduduk menurut penggunaan jenis bahan bakar untuk memasak



Sumber: Susenas

Tantangan

Di masa depan, ada empat isu yang menjadi poin utama dalam mewujudkan tatanan pembangunan berkelanjutan dan mengembalikan sumber daya yang hilang, yakni krisis ekonomi dan reformasi, desentralisasi, globalisasi, dan *governance*. Krisis ekonomi memperburuk keadaan ekonomi sepertiga masyarakat di kawasan hutan dan mengakibatkan

semakin maraknya penebangan liar.⁸ Perubahan dengan adanya reformasi memberikan peluang bagi perbaikan di masa mendatang. Desentralisasi pemerintah dan pengelolaan keuangan di tingkat kota/kabupaten dan hilangnya hubungan hirarki antara provinsi dan kota/kabupaten dapat membuka peluang bagi perbaikan pengelolaan sumber daya alam, konservasi, dan efisiensi. Namun hal itu juga akan memperburuk kerusakan sumber daya hayati ketika keanekaragaman hayati ditempatkan sebagai sumber tambahan pendapatan dan penerimaan daerah.⁹ Globalisasi juga menyajikan peluang dan tantangan bagi pembangunan berkelanjutan. Globalisasi ini mencakup globalisasi kebijakan, ilmu pengetahuan, dan teknologi.

Kebijakan dan program

Di dalam Propenas 2000–2004, kebijakan di bidang pengelolaan sumber daya alam dan lingkungan hidup ditujukan pada upaya: (1) mengelola sumber daya alam, baik yang dapat diperbarui maupun yang tidak dapat diperbarui melalui penerapan teknologi ramah lingkungan dengan memperhatikan daya dukung dan daya tampungnya; (2) menegakkan hukum secara adil dan konsisten untuk menghindari perusakan sumber daya alam dan pencemaran lingkungan; (3) mendelegasikan kewenangan dan tanggung jawab pengelolaan sumber daya alam dan lingkungan hidup secara bertahap kepada pemerintah daerah; (4) memberdayakan masyarakat dan kekuatan ekonomi dalam pengelolaan sumber daya alam dan lingkungan hidup untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat; (5) menerapkan secara efektif penggunaan indikator-indikator untuk mengetahui keberhasilan pengelolaan sumber daya alam dan lingkungan

hidup; (6) memelihara kawasan konservasi yang sudah ada dan menetapkan kawasan konservasi baru di wilayah tertentu; dan (7) mengikutsertakan masyarakat untuk menanggulangi masalah lingkungan global. Upaya-upaya tersebut dijabarkan ke dalam lima program pembangunan yang direncanakan untuk dilaksanakan. Kelima program itu saling terkait satu sama lain dengan tujuan akhirnya adalah meningkatkan kesejahteraan masyarakat yang adil dan berkelanjutan dalam kualitas lingkungan hidup yang semakin baik dan sehat. Program-program itu adalah:

1. Program pengembangan dan peningkatan akses informasi sumber daya alam dan lingkungan hidup.
2. Program peningkatan efektivitas pengelolaan, konservasi, dan rehabilitasi sumber daya alam.
3. Program pencegahan dan pengendalian kerusakan dan pencemaran lingkungan hidup.
4. Program penataan kelembagaan dan penegakan hukum pengelolaan sumber daya alam dan pelestarian lingkungan hidup.
5. Program peningkatan peranan masyarakat dalam pengelolaan sumber daya alam dan pelestarian lingkungan hidup.



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

Indikator:

- **Proporsi penduduk dengan akses terhadap sumber air minum yang terlindungi dan berkelanjutan.**
- **Proporsi penduduk dengan akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak.**

Keadaan dan kecenderungan

Air minum¹⁰

Definisi sumber air. Untuk indikator ini, saat ini tidak ada kriteria yang digunakan untuk mendefinisikan akses yang berkelanjutan. Juga terdapat beberapa definisi dari sumber air yang terlindungi (*improved water source*). Di Indonesia, cakupannya bervariasi tergantung definisi yang digunakan.

1. Persentase rumah tangga yang menggunakan air perpipaan, dengan asumsi lebih andal (*reliable*) dan lebih sehat dibandingkan dengan sumber air lainnya.
2. Persentase penduduk yang menggunakan air dari sumber yang terlindungi dengan jarak lebih dari 10 meter dari tempat pembuangan tinja. Sumber-sumber ini meliputi: air perpipaan, air pompa, air kemasan, air dari sumur atau mata air yang dilindungi, dan air hujan.
3. Persentase rumah tangga yang menggunakan air dari sumber yang terlindungi seperti didefi-

nisikan di atas tanpa memperhitungkan jarak dari tempat pembuangan tinja. Air menurut definisi ini kemungkinan besar akan terkontaminasi.

Dari grafik, Indonesia masih memiliki cakupan pelayanan air perpipaan yang sangat rendah (definisi 1), dan proses ini telah berlangsung lebih dari 10 tahun. Penggunaan definisi kedua, dengan memperhitungkan jarak terhadap tempat pembuangan tinja, menunjukkan bahwa hanya 50 persen penduduk yang memiliki akses terhadap air dari sumber yang terlindungi.

Terjadi perbedaan kualitas air yang dihasilkan oleh PDAM dan yang diterima oleh masyarakat konsumen. Sampai saat ini kualitas air yang disalurkan Perusahaan Daerah Air Minum (PDAM) kepada masyarakat konsumen tidak/belum mencapai standar air minum,^a melainkan sebatas air bersih.^b Secara teknis, air yang diproduksi oleh PDAM sebenarnya layak untuk langsung diminum. Walaupun demikian, kondisi jaringan distribusi yang kurang layak serta pelayanan yang masih belum mencapai 24 jam/hari untuk sebagian besar wilayah pelayanan menye-

^a Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 907 Tahun 2002, definisi air minum adalah air yang melalui proses pengolahan atau tanpa melalui proses pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum

^b Definisi air bersih adalah air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat diminum apabila telah dimasak

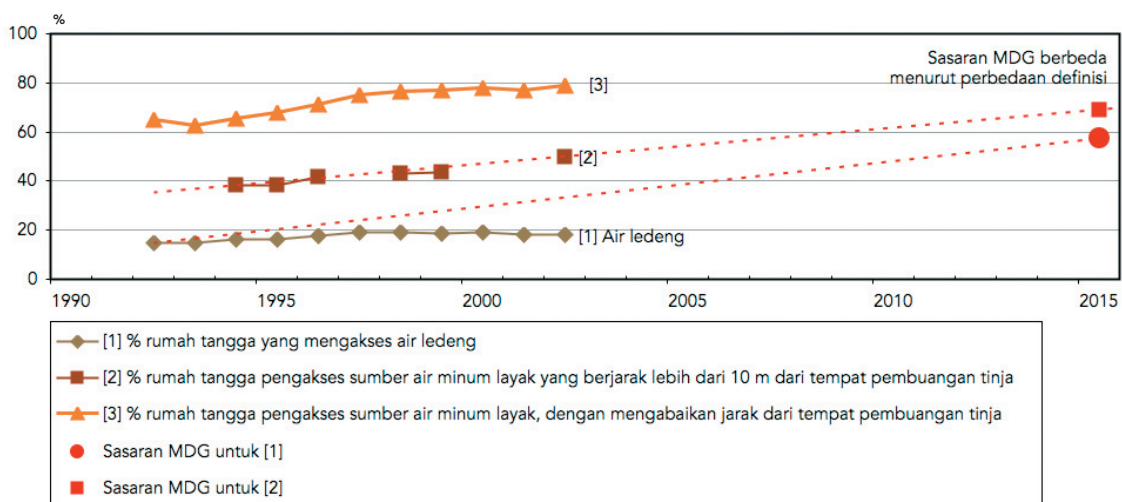
babkan kotoran dapat masuk ke dalam jaringan distribusi itu sehingga air yang diterima konsumen tidak aman lagi untuk langsung diminum tanpa melalui pengolahan (dimasak/disaring) lebih dahulu. Dengan demikian, penyaluran air minum memerlukan perbaikan dan peningkatan pada kemampuan memasok air selama 24 jam terus menerus serta perbaikan dan penyempurnaan jaringan pipa distribusinya. Hal ini berimplikasi terhadap besarnya investasi yang diperlukan. Secara ringkas, masih terjadi kemelesetan (*mismatch*) antara kebutuhan masyarakat terhadap kualitas air yang layak minum dan pasokan air yang disediakan oleh penyedia (PDAM) yang baru mencapai kualitas air bersih.

pembangunan. Di samping itu, sekalipun pengelolaan air minum telah menjadi wewenang pemerintah kabupaten/kota, masih berkembang anggapan bahwa pemerintah pusat masih berwenang secara penuh dalam penyediaan dan pengelolaan air minum. Hal ini tecermin pada pola pembiayaan pembangunan prasarana dan sarana air minum yang hingga saat ini masih sangat tergantung sumber anggaran pemerintah pusat. Dengan keterbatasan dana yang dimiliki oleh pemerintah pusat sedangkan kebutuhan masyarakat terhadap air minum semakin meningkat, bila pola pembiayaan itu tidak mengalami penyesuaian sesuai jiwa desentralisasi dikhawatirkan target MDG tidak dapat tercapai.

Penyediaan air minum belum menjadi prioritas pemerintah. Walaupun telah dinyatakan oleh PBB bahwa ketersediaan air minum telah menjadi hak asasi manusia, penyediaan air minum di Indonesia belum menjadi salah satu prioritas utama dalam

Ketersediaan data. Salah satu masalah pokok yang dihadapi dalam pencapaian target MDG berkaitan dengan sektor air minum adalah kurang tersedianya data yang standar dan akurat, terutama untuk keperluan pemetaan daerah-daerah yang kekurangan air

Gambar 7.6. Akses air minum menurut perbedaan definisi



Sumber: Susenas

minum. Beberapa data yang tersedia lebih banyak menggambarkan kondisi pelayanan air minum perpipaan di kawasan perkotaan. Hal ini disebabkan di kawasan perkotaan sebagian besar kebutuhan air minum masyarakat dipenuhi oleh PDAM yang mempunyai database pelanggan serta pada umumnya mempunyai manajemen lebih baik dibandingkan dengan kawasan pedesaan. Sedangkan pelayanan air bersih di pedesaan yang sebagian operatornya adalah organisasi masyarakat setempat,¹¹ belum mempunyai mekanisme yang jelas mengenai kompilasi data prasarana dan sarana yang ada. Hal lain yang terkait dengan ketersediaan data, saat ini data yang ada lebih banyak menggambarkan kuantitas dibandingkan cakupan nyata dan kualitas prasarana dan sarana yang terbangun sehingga reliabilitas data cakupan air bersih masih dipertanyakan.

Rendahnya tingkat pelayanan air bersih oleh PDAM di Indonesia. Jumlah penduduk di kawasan perkotaan yang mempunyai akses terhadap air bersih (minum) perpipaan pada akhir 1980-an hingga awal 1990-an berhasil ditingkatkan dengan laju rata-rata sekitar 6,5 persen per tahun, sedangkan jumlah penduduk yang tidak memiliki akses terhadap sistem air bersih (minum) perpipaan juga meningkat rata-rata 4,3 persen per tahun.¹² Namun, berdasarkan data yang ada, sampai dengan tahun 2000 tingkat pelayanan air bersih oleh PDAM di kawasan perkotaan baru mencapai 51,7 persen dan di kawasan pedesaan baru 5,4 persen. Tingkat pelayanan itu diperkirakan baru mampu melayani 56,6 juta jiwa, berdasarkan kriteria pelayanan untuk 4.748.000 unit sambungan rumah dan 85.700 unit hidran umum yang berhasil dibangun sampai saat ini. Masalah pokok yang dihadapi oleh PDAM adalah kelemahan pada perencanaan penyediaan, kelemahan teknis, dan kelemahan manajerial. Perencanaan

pelayanan sampai saat ini diakui masih sangat berorientasi pasokan (supply), sehingga sering terjadi kesenjangan antara kebutuhan masyarakat dan pasokan air minum. Cukup banyak terjadi jenis dan tingkat pelayanan yang diberikan tidak sesuai dengan keinginan masyarakat penerima. Hal ini berakibat pada rendahnya kemauan masyarakat untuk membayar pelayanan yang ada sehingga banyak dijumpai prasarana dan sarana air minum yang dibangun tidak dimanfaatkan secara maksimal. Kondisi ini semakin mempersulit upaya peningkatan cakupan pelayanan air minum. Yang menjadi kendala utama pada kelemahan teknis adalah terbatasnya anggaran untuk penyempurnaan sistem jaringan pelayanan air minum, mulai dari pengumpulan (*intake*), jaringan transmisi, instalasi pengolahan air, penampungan (*reservoir*), jaringan distribusi, hingga sambungan rumah. Sedangkan kelemahan manajerial disebabkan manajemen/pengelola pelayanan air minum tidak dapat menjalankan perannya secara profesional, yang antara lain disebabkan oleh ketidakjelasan hubungan dan kewenangan antara operator (institusi) yang mengelola pelayanan air minum dan regulator yang melakukan pengaturan pelayanan air minum. Lemahnya independensi PDAM untuk menentukan program investasi dan mengelola usahanya secara perusahaan berakibat pada banyaknya PDAM yang terlibat krisis keuangan. Saat ini, dari total 293 PDAM, 201 PDAM memiliki utang dengan total nilai mencapai kurang lebih Rp 4,2 triliun.

Tingginya tingkat un-accounted for water. *Un-accounted for water* adalah air yang tidak menghasilkan penerimaan bagi PDAM, atau populer dengan sebutan tingkat kebocoran air. Data menunjukkan bahwa pada 2000 tingkat kebocoran air untuk PDAM seluruh Indonesia antara 22–43 persen, dengan rata-rata sebesar 36 persen. Jumlah ini mencakup

kebocoran administratif, misalnya pencurian air dan lemahnya pencatatan meter air, dan kebocoran teknis yang umumnya disebabkan oleh kebocoran pada jaringan pipa distribusi. Selama ini telah dilakukan upaya-upaya untuk mengurangi tingkat kebocoran melalui kegiatan pelatihan teknis, perbaikan struktur penggajian dan pengawasan pada PDAM, dan penggantian pada sebagian pipa distribusi yang bocor. Mengingat penurunan kebocoran administratif dan manajemen relatif lebih mudah untuk ditangani, perlu ditingkatkan pelaksanaannya pada masa-masa mendatang, antara lain melalui perbaikan kemampuan manajerial dari PDAM yang bersangkutan.

Tingginya biaya investasi air minum. Bila dilihat perkembangannya, pada kapasitas terpasang pada tahun mencapai 95.000 l/detik, sehingga untuk mencapai target kapasitas terpasang 168.000 l/det pada tahun 2015, harus ada penambahan minimal 93.000 l/detik. Dengan mempergunakan standar kebutuhan anggaran yang diperlukan untuk membangun prasarana dan sarana air minum (*safe drinking water*), maka dibutuhkan anggaran khusus untuk bidang air minum sebesar Rp 42,8 triliun atau setiap tahunnya (hingga 2015) harus disediakan anggaran minimal Rp 3,3 triliun dengan tidak memasukkan kebutuhan anggaran untuk pengembangan institusi investasi per kapita US\$ 40. Kebutuhan anggaran itu akan dipergunakan untuk memperbaiki, meningkatkan, dan mengembangkan sistem pelayanan teknis yang ada saat ini, serta pembangunan baru prasarana dan sarana air minum yang dimulai dengan pengadaan air baku, pembangunan sarana pengambilan (*intake*) air baku, pipa transmisi, instalasi pengolahan air (*treatment plant*), penampungan (*reservoir*), jaringan distribusi, hingga sambungan rumah.

Rendahnya keterlibatan swasta. Sampai saat ini keterlibatan swasta dalam pembangunan dan pengelolaan air bersih (air minum) di Indonesia masih sangat rendah, yaitu hanya 20 perusahaan swasta yang telah beroperasi. Kurangnya keterlibatan swasta disebabkan oleh belum jelasnya peraturan perundang-undangan yang mengatur privatisasi maupun *public-private partnership* dalam pembangunan dan pengelolaan air bersih (air minum). Ketersediaan peraturan perundang-undangan yang jelas dan mantap serta jaminan penegakan hukum (*law enforcement*) itu merupakan titik kritis mengingat pembangunan dan pengelolaan air bersih (air minum) merupakan investasi padat modal, jangka panjang, dan beresiko tinggi.

Penurunan kualitas dan kuantitas sumber air baku. Penurunan kualitas lingkungan yang terjadi saat ini sangat berpengaruh terhadap penurunan kuantitas dan kualitas sumber daya air, terutama untuk memenuhi kebutuhan air baku (*raw water*) yang akan diolah sebagai air minum. Ketersediaan air baku di Pulau Jawa dan Pulau Bali telah mendekati titik kritis. Keterbatasan kuantitas air diperburuk oleh dampak dari desentralisasi, yaitu dengan batasan kewenangan PDAM yang didasarkan atas batas administrasi kabupaten/kota, sehingga daerah yang tidak memiliki sumber air baku yang cukup kesulitan untuk memenuhi kebutuhan masyarakatnya.

Kualitas air di beberapa aliran sungai juga menurun akibat polusi, baik yang berasal dari limbah domestik maupun industri, ataupun usaha lain seperti pertambangan dan penggunaan pestisida. Selain itu, mengingat masih tingginya persentase penduduk yang memenuhi kebutuhan air minumnya sendiri (yang bersumber dari sumur dangkal, sumur dalam), maka perlu diupayakan agar sumber-sumber air itu dapat terus terjaga kuantitas dan kualitasnya;

salah satunya adalah dengan memberikan prioritas penanganan air buangan domestik atau sanitasi rumah tangga pada daerah-daerah yang memiliki potensi air sumur dalam dan dangkal yang baik.

Rendahnya kepedulian dan kesadaran masyarakat. Rendahnya cakupan air bersih (air minum) di kawasan pedesaan erat kaitannya dengan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Kondisi ini mengakibatkan tingginya angka kejadian diare, penyakit kulit, dan penyakit lain akibat rendahnya kualitas air yang digunakan. Program peningkatan kepedulian dan kesadaran masyarakat pedesaan saat ini mulai dilaksanakan melalui beberapa program penyediaan air bersih di pedesaan, seperti WSLIC 2 (*Water and Sanitation for Low Income Communities – Phase 2*), ProAir (Penyediaan Air Bersih di Pedesaan), *Rural Water Supply in NTB & NTT*, CWSH (*Community Water Services and Health*). Selain itu, terdapat beberapa kegiatan penyediaan dan pengelolaan air bersih pedesaan yang dilakukan oleh masyarakat sendiri dengan dibantu oleh lembaga swadaya masyarakat (LSM). Namun masih diperlukan kegiatan, sosialisasi, dan kampanye kepada masyarakat untuk meningkatkan upaya pemenuhan kebutuhan air minum. Di samping itu, masyarakat masih memerlukan bimbingan teknis pemanfaatan, pengoperasian, dan pemeliharaan sarana air minum.

Terdapat potensi pada masyarakat, juga masyarakat miskin. Berdasarkan pengalaman kajian empiris dalam penyediaan air minum untuk masyarakat pedesaan maupun perkotaan dapat ditarik pelajaran bahwa masyarakat memiliki daya tersembunyi (*hidden potential*) dalam bentuk kesediaan untuk membayar atau *willingness to pay* untuk

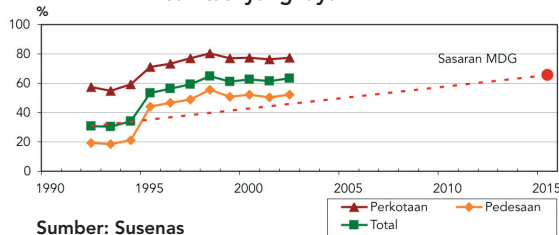
peayanan air minum. Bahkan ada banyak kasus di mana masyarakat miskin harus membayar lebih mahal dibandingkan masyarakat yang lebih mampu untuk mendapatkan air minum. Untuk memobilisasi daya tersembunyi, hal pertama yang harus dilakukan adalah mengidentifikasi secara tepat potensi masyarakat itu, mencakup besaran dan lokasinya, untuk dapat dijadikan dasar dalam memenuhi permintaan yang ada, termasuk dalam merencanakan alokasi subsidi yang mungkin diperlukan untuk menjamin pemenuhan kebutuhan air. Dengan demikian, jenis dan tingkat pelayanan air minum yang disediakan dapat sesuai dengan apa yang diinginkan oleh konsumen sehingga dapat terpasarkan secara optimal. Hal ini akan membantu menciptakan sistem penyediaan air minum yang berkelanjutan. Penyediaan air minum yang berkelanjutan ini hanya dapat dicapai bila melibatkan masyarakat pengguna sejak dini, mulai dari indikasi kemampuan membayar, penentuan pilihan sarana, pembangunan, pengoperasian dan pengelolannya, serta pengembangan pelayanannya. Keterlibatan perempuan dalam proses pembangunan dan penyediaan air minum telah terbukti meningkatkan jaminan keberlanjutan sistem yang dibangun.

Sanitasi dasar

Aksesibilitas masyarakat terhadap sarana sanitasi dasar. Bila dilihat data yang tersedia di BPS, secara umum tingkat aksesibilitas masyarakat (rumah tangga) terhadap sarana jamban dikategorikan tinggi, terutama di daerah perkotaan. Tingkat aksesibilitas ini tidak memperhitungkan kepemilikan, sehingga data itu hanya menyampaikan kondisi rumah tangga yang menggunakan jamban, baik jamban pribadi, jamban bersama, ataupun jamban umum. Yang menjadi masalah adalah data ini tidak

menggambarkan kondisi sanitasi sesungguhnya di lapangan. Data ini tidak menjelaskan kualitas jamban itu, apakah berfungsi dengan baik, apakah digunakan sesuai dengan peruntukannya, apakah sesuai dengan standar kesehatan maupun teknis yang telah ditetapkan dan sebagainya. Dengan adanya beberapa pertanyaan itu, perlu dilakukan klarifikasi di lapangan agar dapat diketahui kondisi sesungguhnya di lapangan.

Gambar 7.7. Proporsi rumah tangga dengan akses sanitasi yang layak



Tingkat kesadaran masyarakat akan kualitas lingkungan. Masyarakat, terutama di pedesaan, kurang memahami pentingnya sanitasi bagi kesehatan mereka, yang salah satunya disebabkan rendahnya pengetahuan mereka. Kondisi ini menyebabkan banyak jamban yang tidak digunakan sebagaimana mestinya, bahkan ada yang menggunakan jamban sebagai tempat menyimpan buah.^a Rendahnya tingkat kesadaran juga menyebabkan pelayanan sarana sanitasi yang terbangun tidak dapat berkelanjutan. Banyak fasilitas MCK (mandi-cuci-kakus) yang dibangun tetapi tidak dapat dimanfaatkan dengan baik bahkan terabaikan.

Rendahnya kepedulian pemerintah, wakil rakyat, dan swasta akan persoalan sanitasi. Pemerintah, baik pusat maupun daerah, dan wakil rakyat tidak memandang persoalan sanitasi sebagai priori-

tas. Hal ini tecermin dari alokasi anggaran yang sangat sedikit untuk pembangunan sanitasi dasar. LSM yang bergerak di bidang sanitasi pun masih sangat sedikit. Selain kurangnya pemahaman akan pentingnya sanitasi, kondisi ini juga disebabkan terbatasnya dana yang tersedia untuk membiayai kegiatan sanitasi.

Pentingnya sanitasi/penanganan buangan padat dan cair industri dan rumah tangga. Rendahnya cakupan pelayanan PDAM, terutama untuk daerah perkotaan sebesar 51,7 persen menunjukkan bahwa setengah lebih dari jumlah penduduk perkotaan di Indonesia masih mendapatkan air minumannya dari sumur-sumur dalam/dangkal maupun membeli dari pedagang air. Penanganan limbah padat dan cair rumah tangga secara baik akan membantu mencegah kemungkinan tercemarnya sumur-sumur itu, misalnya dengan cara menyediakan septik tank ataupun pipa saluran air buangan yang memenuhi persyaratan kesehatan.

Dampak terhadap kesehatan masyarakat. Persoalan-persoalan di atas menyebabkan penurunan derajat kesehatan masyarakat, melalui timbulnya penyakit-penyakit, seperti diare dan malaria. Suatu survei sumur dangkal di Jakarta menunjukkan bahwa pencemaran air tanah oleh buangan manusia, yang diukur dengan *fecal coliform*, telah terjadi dalam skala yang amat luas. Data menunjukkan bahwa 84 persen dari sampel menunjukkan adanya pencemaran terhadap air tanah. Pencemaran air bukan hanya membawa dampak negatif terhadap kesehatan manusia karena meningkatnya penyakit diare, tetapi juga biaya yang terus meningkat untuk pengolahan air.

^a Hasil uji coba WASPOLA di kabupaten Garut pada proyek UNICEF, 2002

Tantangan

Air minum

Dalam pencapaian target MDG, khususnya yang terkait dengan penyediaan air minum, beberapa tantangan yang dihadapi adalah:

- Kesepakatan kualitas air yang dialirkan ke masyarakat harus memenuhi standar kualitas air layak minum (*safe drinking water*). Hal ini masih menjadi perdebatan karena adanya kekhawatiran bila air yang dialirkan adalah air minum, maka investasi yang dibutuhkan menjadi sangat mahal dan menjadi beban yang berat bagi PDAM untuk melayani masyarakat dengan menggunakan standar itu. Yang terpenting adalah bahwa pemerintah, melalui PDAM dan peran serta swasta dan masyarakat, dapat menjamin tersedianya akses terhadap sumber air yang layak untuk dijadikan air minum setelah melalui pengolahan yang dapat dilakukan sendiri dan terjangkau oleh masyarakat, misalnya dengan memasak air ataupun menyaringnya lebih dulu. Dari sisi PDAM, masih diperlukan peningkatan kemandirian dalam menjalankan usahanya sehingga dan dapat beroperasi secara sehat dan efisien.
- Untuk meningkatkan cakupan maupun kualitas pelayanan air minum kepada masyarakat ada empat hal yang harus dilakukan, yaitu (1) Perencanaan penyediaan air yang mengacu pada permintaan; (2) memobilisasi seluruh potensi pendanaan untuk memenuhi permintaan yang ada, baik melalui peningkatan investasi, alokasi anggaran pemerintah maupun penetapan tarif sesuai keinginan membayar dari masyarakat konsumen serta biaya produksi; (3) terus memperbaiki kualitas pelayanan kepada masyarakat; dan (4) terus melakukan kampanye pentingnya hidup bersih

dan sehat kepada masyarakat sehingga timbul permintaan dari masyarakat dan meningkatkan rasa memiliki atas sistem yang ada sehingga masyarakat mau ikut memelihara dan mengelola prasarana dan sarana yang terbangun.

- Keseluruhan anggaran yang dibutuhkan sampai tahun 2015, sesuai dengan asumsi yang telah disampaikan sebelumnya, untuk bidang air minum mencapai Rp 4,28 triliun atau setiap tahun harus disediakan minimal Rp 3,3 triliun agar terjadi penambahan kapasitas pengaliran minimal 93.000 l/detik. Tantangan bagi pemerintah adalah bagaimana dana yang terbatas itu benar-benar dapat dimanfaatkan secara strategis serta mampu menstimulasi mobilisasi dana di masyarakat.
- Terkait dengan keterbatasan dana pemerintah, tantangan lain yang dihadapi adalah meningkatkan partisipasi aktif dunia usaha, swasta, dan masyarakat untuk turut serta membiayai investasi air minum.
- Sebagai acuan awal bagi pencapaian target MDG adalah data dasar cakupan air minum sehingga tantangan berikutnya adalah menyediakan database yang valid dan akurat, baik untuk kawasan perkotaan maupun kawasan pedesaan.
- Keterlibatan masyarakat, baik dalam proses perencanaan, pembangunan, pengoperasian, dan pengelolaan, berhubungan dengan pengetahuan dan kesadaran mereka akan pentingnya hidup sehat sehingga kampanye dan sosialisasi pada masyarakat, khususnya di pedesaan merupakan hal yang secara terus-menerus perlu ditingkatkan.

Sanitasi

Dalam pencapaian target MDG, khususnya yang terkait dengan sanitasi, beberapa tantangan yang dihadapi adalah:

- Peningkatan kualitas sarana sanitasi. Hal ini berarti tantangan untuk membangun sarana yang memenuhi kriteria teknis dan standar kesehatan yang ditetapkan tetapi mudah dioperasikan dan dipelihara oleh masyarakat.
- Peningkatan kesadaran masyarakat, pemerintah, wakil rakyat, maupun swasta mengenai persoalan sanitasi. Langkah pertama yang harus ditempuh dalam peningkatan penggunaan sarana sanitasi adalah pemberian pengetahuan kepada masyarakat mengenai pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat, yang salah satu di antaranya adalah penggunaan jamban. Bila masyarakat telah menyadari pentingnya sanitasi, khususnya berkaitan dengan kesehatan dan produktivitas, kebutuhan terhadap prasarana dan sarana sanitasi akan meningkat. Selain itu, dalam rangka pemenuhan kebutuhan sanitasi, pemerintah, wakil rakyat, dan swasta perlu diberi penjelasan mengenai pentingnya persoalan sanitasi sehingga mereka memberikan dukungan terhadap pelaksanaan program sanitasi.

Kebijakan dan program

Air minum

Dengan mempertimbangkan kondisi, masalah, dan tantangan yang dihadapi Indonesia dalam mencapai target MDG, khususnya sektor air minum, beberapa kebijakan yang dikembangkan adalah sebagai berikut:

- Penyusunan kebijakan dan strategi dalam pencapaian target MDG, yang mencakup rencana tindak pencapaian target.
- Pengembangan alternatif sumber pembiayaan untuk pengembangan maupun pembangunan

prasarana dan sarana air minum yang bertumpu pada kemampuan pemerintah kabupaten/kota, melalui: (a) peningkatan partisipasi dunia usaha dan swasta melalui pemberian iklim dunia usaha yang kondusif, pemberian peraturan perundang-undangan yang jelas dan transparan dan mudah dimengerti, serta penegakan hukum yang berkeadilan dan (b) optimasi kemampuan pembiayaan masyarakat melalui pemberian sebanyak-banyaknya pilihan sistem pembiayaan yang sesuai dengan kemampuan masyarakat.

- Peningkatan mekanisme penyesuaian tarif untuk sedapat mungkin mengarah pada beroperasinya PDAM secara swadana.
- Pengembangan alternatif pola pembiayaan bagi pembangunan dan pengelolaan air minum, antara lain melalui penerbitan obligasi pemerintah daerah (*municipal bonds*) yang dijamin oleh pemerintah kabupaten/kota dan/atau melalui sekuritisasi (*securitization*) dengan menjual sebagian saham PDAM kepada masyarakat dan dunia usaha swasta.
- Perlindungan sumber air baku secara lintas sektoral dan lintas kabupaten/kota, dengan membentuk *Water Board Authority*, yang terdiri atas pihak-pihak yang terkait (*stakeholders*) untuk mengakomodasi jaminan atas kuantitas dan kualitas air baku.
- Pengembangan program konservasi alam, lingkungan hidup, dan sumber daya air sebagai upaya mempertahankan keandalan ketersediaan air baku.
- Peningkatan kemampuan teknis dan pengelolaan PDAM menuju profesionalisme korporasi serta pemisahan secara tegas antara fungsi operator dan regulator dalam pembangunan dan pengelolaan air bersih.

- Peningkatan partisipasi dunia usaha swasta dan masyarakat dalam pembangunan dan pengelolaan air bersih melalui pemberian iklim dunia usaha yang kondusif, pemberian peraturan perundang-undangan yang jelas dan transparan dan mudah dimengerti, serta penegakan hukum yang berkeadilan.
 - Pendidikan serta kampanye PHBS (perilaku hidup bersih dan sehat) yang berkelanjutan bagi masyarakat pedesaan melalui pemberdayaan masyarakat pedesaan (*community empowerment*).
 - Peningkatan peran aktif masyarakat pedesaan dalam penyediaan dan pengelolaan air bersih pedesaan, serta peningkatan rasa memiliki masyarakat pedesaan melalui pendekatan investasi bersama (*sharing investment approach*).
 - Pemberian bantuan teknis dan pelatihan teknis bagi masyarakat pedesaan dalam operasi dan pemeliharaan prasarana dan sarana air minum, serta bantuan teknis dalam pengelolaan air minum.
 - Perbaikan pemantauan sistem dan evaluasi melalui pendekatan partisipatif. Pengembangan kebijakan ini selain sebagai cara pemantauan sasaran pelaksanaan program air minum juga sebagai upaya perbaikan sistem pengumpulan data sehingga dapat dipertanggungjawabkan akurasi dan konsistensinya.
- Sampai saat ini kegiatan/program yang telah disusun dan dilakukan oleh Indonesia untuk mencapai target MDG adalah sebagai berikut:
- Penyusunan dan Sosialisasi Kebijakan Nasional Pembangunan Prasarana dan Sarana Air Minum dan Penyehatan Lingkungan, yang bertujuan untuk memfasilitasi pemerintah daerah dalam melaksanakan pembangunan dan penyediaan air minum serta penyehatan lingkungan. Diharapkan melalui penyusunan kebijakan ini daerah mempunyai paradigma yang sama mengenai pembangunan dan pengelolaan air minum sehingga target MDG dapat tercapai.
 - Bantuan pendampingan bagi PDAM untuk memperbaiki kinerjanya menuju profesionalisme.
 - Peningkatan peran aktif masyarakat melalui *sharing investment approach*, dengan beberapa proyek penyediaan air bersih pedesaan, seperti WSLIC2 (*Water and Sanitation for Income Community—Phase 2*), ProAir (Proyek Penyediaan Air Bersih Pedesaan di Provinsi NTT), *Rural Water Supply in NTB and NTT*, dan CWSH (*Community Water Services and Health*). Pada proyek-proyek itu juga diberikan bantuan dan pelatihan teknis pada masyarakat dalam operasi, pemeliharaan, maupun pengelolaan prasarana dan sarana air bersih yang terbangun. Kegiatan ini diharapkan dapat direplikasikan pada proyek-proyek penyediaan air bersih pedesaan yang dibiayai oleh pemerintah pusat ataupun pemerintah kabupaten/kota. Pendekatan yang mengacu pada kebutuhan nyata masyarakat ini perlu juga ditingkatkan untuk juga mencakup air bersih perkotaan.
 - Penyusunan format dan kriteria pencatatan data dasar cakupan pelayanan air bersih pedesaan maupun perkotaan.

Sanitasi

Dengan mempertimbangkan kondisi, masalah, dan tantangan yang dihadapi Indonesia dalam mencapai target MDG, khususnya bidang sanitasi, beberapa kebijakan yang dikembangkan adalah sebagai berikut:

- Peningkatan kepedulian masyarakat, pemerintah, wakil rakyat, dan swasta terhadap persoalan sanitasi. Untuk menjadikan sanitasi dasar sebagai kebutuhan pokok masyarakat, diperlukan kampanye perilaku hidup bersih dan sehat kepada seluruh lapisan masyarakat secara terus menerus dan berkesinambungan. Penggunaan media, baik media cetak maupun media elektronik, sebagai alat sosialisasi merupakan hal yang sangat efektif. Untuk meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap sanitasi dasar, di masa yang akan datang program edukasi di bidang higienitas pribadi dan lingkungan kepada siswa sekolah, khususnya sekolah dasar, harus ditingkatkan. Untuk meningkatkan efektivitas program, perlu dikembangkan proyek percontohan (*pilot project*) yang berkelanjutan serta bantuan stimulasi kepada masyarakat untuk mengimplementasikan pengetahuan dan kepeduliannya.
- Peningkatan penggunaan jamban. Kebijakan yang ditempuh adalah mendorong penyediaan sarana sanitasi dasar yang terjangkau oleh masyarakat, mudah dioperasikan dan dipelihara oleh masyarakat, dan penyebarluasan (*diseminasi*) pilihan-pilihan teknologi sederhana dan tepat guna di bidang sanitasi bagi masyarakat.
- Penyusunan kebijakan dan strategi dalam pencapaian target MDG yang mencakup rencana tindak pencapaian target.

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

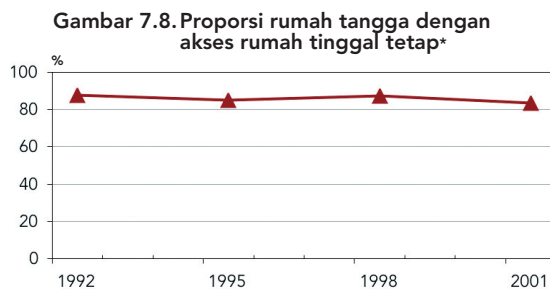
Indikator:

- Proporsi rumah tangga dengan status rumah milik atau sewa.

Keadaan dan kecenderungan

Secure Tenure

Dalam dokumen pedoman MDG,¹³ *secure tenure* didefinisikan sebagai rumah tangga yang memiliki atau menyewa rumah baik secara pribadi maupun kelompok. Sekitar 83 persen rumah tangga di Indonesia memiliki atau menyewa rumah yang mereka huni (79 persen hak milik dan empat persen sewa). Hal ini berarti terdapat sekitar 17 persen atau setidaknya 8,8 juta dari 52 juta rumah tangga yang belum memiliki atau menyewa rumah.¹⁴ Kecenderungan ini tidak berubah banyak dalam beberapa tahun terakhir.



Sumber: Susenas

* Proporsi rumah tangga yang memiliki atau menyewa rumah

Rendahnya tingkat kepemilikan rumah. Berdasarkan data Susenas 2001 dan Sensus Penduduk 2000, sampai dengan tahun 2000 dari total 51.513.364 rumah tangga di Indonesia masih terdapat 4.338.862 rumah tangga yang belum memiliki rumah, yang terdiri atas 3.460.933 rumah tangga perkotaan dan 877.931 rumah tangga pedesaan. Dengan menggunakan angka laju pertumbuhan penduduk 1,49 persen per tahun sebagai dasar proyeksi, maka kebutuhan rumah per tahun di Indonesia tidak kurang dari 732.646 unit. Dengan demikian, hingga 2001 terdapat tidak kurang dari 5.071.508 rumah tangga yang masih memerlukan rumah. Tanpa adanya terobosan kebijakan dari pemerintah untuk memenuhi kebutuhan itu, jumlah kekurangan rumah akan terus berakumulasi. Bila diasumsikan bahwa pemerintah berkeinginan untuk mengatasi akumulasi kebutuhan rumah dalam jangka waktu 10 tahun, maka setiap tahun diperlukan minimal 1.166.893 unit rumah. Berdasarkan kajian Direktorat Jenderal Perumahan dan Permukiman, Departemen Permukiman dan Prasarana Wilayah, dari kebutuhan rumah setiap tahun sebesar 1.166.893 unit itu tidak lebih dari 15,7 persen yang dapat dilayani melalui sektor perbankan komersial (tidak memerlukan subsidi dari pemerintah), sedangkan sisanya sebesar 84,3 persen masih memerlukan campur-tangan pemerintah, dalam bentuk subsidi dan fasilitasi lainnya.

Tingginya rumah yang tidak layak huni. Hasil Statistik Kesejahteraan Rakyat BPS pada 2003 menggambarkan jumlah rumah tangga per provinsi yang belum memiliki rumah dan telah memiliki rumah namun tidak layak huni. Terlihat bahwa kondisi rumah tidak layak huni di wilayah Indonesia Bagian Barat lebih banyak dibandingkan dengan di wilayah Indonesia Bagian Timur walaupun apabila dilihat dari persentasenya proporsi jumlah rumah yang tidak layak huni di Indonesia Bagian Timur lebih besar dari Indonesia Bagian Barat (45 berbanding 25 persen). Sedangkan untuk jumlah rumah tangga yang belum memiliki rumah jauh lebih banyak di wilayah Indonesia Bagian Barat dibandingkan dengan di wilayah Indonesia Bagian Timur, sekalipun perbedaan persentase untuk hal yang sama di kedua wilayah itu tidak berbeda terlalu jauh (sekitar 8,7 berbanding 6 persen).

Meningkatnya luas kawasan kumuh. Data Potensi Desa 2000 menunjukkan bahwa luas kawasan kumuh di Indonesia adalah 47.393 ha dengan jumlah penduduk yang mendiaminya sebesar 2.289.868 jiwa dan terletak di 3.857 desa. Luas kawasan kumuh meningkat cukup tajam dibandingkan dengan 1996 yang meliputi kawasan seluas 38.053 ha. Perkembangan dan penambahan luas kawasan kumuh, baik di kawasan perkotaan maupun kawasan perdesaan, merupakan cerminan dari:

- ketidakmampuan masyarakat berpendapatan menengah ke bawah untuk memiliki dan/atau meng-huni rumah yang layak dan sehat.
- penurunan kualitas lingkungan (*environment degradation*)
- penurunan kualitas sumber daya manusia dan penurunan kualitas sosial masyarakat.
- kegagalan sistem penyediaan perumahan yang tidak mampu mengantisipasi kebutuhan masyarakat terhadap hunian.

- kegagalan pemerintah pusat dan daerah dalam mempertahankan alokasi biaya penyediaan dan pemeliharaan prasarana dan pelayanan perkotaan. Hal ini erat kaitannya dengan kondisi krisis keuangan sejak 1998 yang berkepanjangan yang membatasi ketersediaan dana pemerintah untuk pelayanan publik pada umumnya.

Belum terbangunnya sistem penyelenggaraan perumahan dan pemukiman di daerah yang tanggap terhadap perkembangan kebutuhan yang ada. Hal ini tampak dari masih belum terbangunnya kerangka peraturan di bidang perumahan yang mendukung penyelenggaraan sistem perumahan yang efektif dan efisien; belum terbangunnya sistem kelembagaan yang efisien yang didukung oleh kapasitas yang memadai, baik di tingkat pusat, regional, daerah, dan komunitas. Kondisi seperti inilah yang melatarbelakangi belum berkembangnya kemampuan, terutama di daerah, untuk mengidentifikasi kebutuhan dan permasalahan perumahan, menyusun kebijakan, perencanaan, dan strategi, dan untuk mengkoordinasikan dan mengevaluasi hasil-hasil pelaksanaannya.

Masih rendahnya tingkat kepedulian pengambil keputusan (eksekutif dan legislatif) pada upaya pemenuhan kebutuhan primer masyarakat, khususnya bagi masyarakat yang berpendapatan rendah. Hal ini di antaranya ditunjukkan oleh masih belum berkembangnya pemahaman terhadap perumahan sebagai urusan publik (di samping juga urusan individual) yang memiliki peran penting dalam penataan ruang, pembangunan kota, dan arah perkembangan wilayah.

Rendahnya status hukum kepemilikan tanah. Berdasarkan data BPS, pada 2001 di daerah perkotaan, persentase rumah tangga yang memiliki sertifikat BPN (Badan Pertanahan Nasional) atas tanah yang dibangun baru mencapai 50,8 persen, sedangkan di daerah pedesaan hanya 21,6 persen.¹⁵ Walaupun demikian, 27,54 persen masyarakat perkotaan dan 38,66 persen masyarakat pedesaan memiliki girik^a sebagai bukti hak mengusahakan/mengelola bidang tanah, yang melalui proses lebih lanjut dapat diusulkan untuk ditingkatkan menjadi sertifikat hak milik dari BPN.

Tantangan

- Pemenuhan kebutuhan masyarakat akan perumahan, terutama masyarakat miskin dan berpenghasilan rendah. Dengan mempertimbangkan kondisi dan kendala yang dihadapi, pemenuhan kebutuhan rumah bagi masyarakat, yang diperkirakan mencapai 1.166.893 unit rumah per tahun, hanya dapat dicapai melalui kerja keras.
- Perbaikan kawasan kumuh.
- Peningkatan status kepemilikan tanah dalam bentuk sertifikat hak milik (SHM).

Kebijakan dan program

Kebijakan

- Mendorong terbentuknya *National Housing Authority* sebagai institusi yang mempunyai wewenang penuh dalam memecahkan seluruh persoalan di bidang perumahan dan mengembangkan kebijakan pengembangan perumahan.

- Menata kembali pemilikan, penguasaan tanah yang tidak teratur menjadi teratur melalui Konsolidasi Tanah (*Land Readjustment*)
- Terciptanya sumber pembiayaan perumahan jangka panjang melalui pembentukan fasilitas pembiayaan perumahan jangka panjang melalui pendirian SMF (*Secondary Mortgage Facility*) dan SMM (*Secondary Mortgage Market*), serta inovasi dan rekayasa keuangan (*financial engineering*).

Program

- Memberikan iklim yang kondusif melalui pemberian insentif fiskal bagi dunia swasta dan masyarakat agar dapat berperan aktif dalam penyediaan perumahan bagi masyarakat, terutama masyarakat miskin dan masyarakat berpenghasilan rendah.
- Mereformasi kebijakan pertanahan sebagai upaya mengeliminasi kecenderungan spekulasi tanah dan monopoli tanah.
- Mengembangkan desain dan struktur perumahan yang berdasarkan budaya setempat dan penggunaan bahan dan material lokal/setempat untuk meminimalkan harga jual rumah.
- Meningkatkan kualitas pasar primer perumahan melalui penyempurnaan peraturan perundang-undangan di bidang investasi, pertanahan, perbankan, dan perdata.
- Melakukan kajian terhadap kemungkinan lain upaya penanganan kawasan kumuh, khususnya di daerah perkotaan, seperti *voluntary resettlement program* dan *transfer of development rights*.
- Terciptanya lingkungan yang sehat, tertib, dan teratur dilengkapi dengan sarana lingkungan yang cukup.

^a Girik adalah surat pemilikan tanah yang belum bersertifikat, yang sesungguhnya berupa surat pajak bumi

Catatan

- ¹ Direktorat Jenderal Perlindungan Hutan dan Konservasi Alam, Departemen Kehutanan 2002.
- ² *Statistik Ekonomi Energi Tahun 2000*, Departemen Energi dan Sumberdaya Mineral.
- ³ *First Indonesia National Communication in 1994*.
- ⁴ Kementerian Lingkungan Hidup 2001. *National Strategy Study on Clean Development Mechanism in Indonesia*.
- ⁵ Keputusan Menteri Perindustrian dan Perdagangan No. 110/MPP/Kep/1/98 dan No. 111/MPP/Kep/1/98 yang telah diamandemen dengan Keputusan No. 410/MPP/Kep/9/98 dan No. 411/MPP/Kep/9/98.
- ⁶ Keputusan Menteri Perindustrian dan Perdagangan No. 789/MPP/Kep/12/2002 tentang Barang yang diatur Tata Niaga Impornya sebagaimana telah diubah dengan Kepmen Perindag No. 410/MPP/Kep/9/1998.
- ⁷ Dengan keharusan mencantumkan "Laporan Realisasi Impor CFC" dan "Laporan Pendistribusian CFC Asal Impor".
- ⁸ Sunderlin, 2002 dalam IBSAP 2003.
- ⁹ World Bank, 2001b dalam IBSAP 2003.
- ¹⁰ Hingga saat ini telah disepakati penggunaan terminologi air minum pada naskah RPP Air Minum dan Kebijakan Nasional Air Minum dan Penyehatan Lingkungan Berbasis Masyarakat.
- ¹¹ Unit Pengelola Sarana (UPS), Kelompok Pengelola Sarana (KPS), atau Himpunan Masyarakat Pengguna Air Minum (HIPAM).
- ¹² Alain Locussol, the World Bank, 1997. *Indonesia Urban Water Supply Sector Policy Framework*.
- ¹³ United Nations, 2003. *Indicators for Monitoring the Millennium Developments*.
- ¹⁴ Perkiraan jumlah rumah tangga berdasarkan sensus penduduk tahun 2000
- ¹⁵ Badan Pusat Statistik, 2001. *Statistik Perumahan dan Permukiman, Hasil Survei Sosial Ekonomi 2000*.



Tabel-tabel

Tabel 1.1. Jumlah dan proporsi penduduk di bawah garis kemiskinan nasional

Propinsi/ nasional	1990		1993		1996		1996 ^a		1999 ^a		2002 ^a	
	Jumlah (000)	%	Jumlah (000)	%	Jumlah (000)	%	Jumlah (000)	%	Jumlah (000)	%	Jumlah (000)	%
Nanggroe Aceh Darussalam	544,9	15,9	496,7	13,5	425,7	10,8	491,8	12,7	602,1	14,8	1.199,9	29,8
Sumatera Utara	1.364,9	13,5	1.331,6	12,3	1.234,2	10,9	1.475,7	13,2	1.972,7	16,7	1.883,9	15,8
Sumatera Barat	600,2	15,0	566,1	13,5	384,6	8,8	426,2	9,8	601,5	13,2	496,4	11,6
Riau	451,6	13,7	410,9	11,2	322,1	7,9	496,7	12,6	589,7	14,0	722,4	13,6
Jambi	—	—	299,4	13,4	222,8	9,1	354,5	14,8	677,0	26,6	326,9	13,2
Sumatera Selatan	1.037,3	16,8	1.023,9	14,9	794,9	10,7	1.151,4	15,9	1.813,7	23,5	1.600,6	22,3
Bengkulu	—	—	173,1	13,1	137,2	9,4	236,9	16,7	302,3	19,8	372,4	22,7
Lampung	789,7	13,1	751,8	11,7	724,9	10,7	1.712,2	25,6	2.037,2	29,1	1.650,7	24,1
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	106,2	11,6
Jakarta	603,3	7,8	497,1	5,7	231,3	2,5	215,8	2,4	379,6	4,0	286,9	3,4
Jawa Barat	4.786,5	13,9	4.612,4	12,2	3.962,1	9,9	4.358,8	11,1	8.393,4	19,8	4.938,2	13,4
Jawa Tengah	4.915,4	17,5	4.618,7	15,8	4.157,3	13,9	6.417,6	21,6	8.755,4	28,5	7.308,3	23,1
Yogyakarta	437,2	15,5	343,5	11,8	303,8	10,4	537,8	18,4	789,1	26,1	635,6	20,1
Jawa Timur	4.800,3	14,8	4.423,7	13,3	4.046,5	11,9	7.503,3	22,1	10.286,5	29,5	7.701,2	21,9
Banten	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	786,7	9,2
Bali	305,5	11,2	270,2	9,5	125,6	4,3	227,0	7,8	257,8	8,5	221,8	6,9
Nusa Tenggara Barat	776,3	23,2	692,4	19,5	653,0	17,6	1.169,3	32,0	1.276,8	33,0	1.145,8	27,8
Nusa Tenggara Timur	790,4	24,1	756,4	21,8	749,0	20,6	1.395,1	38,9	1.779,0	46,7	1.206,5	30,7
Kalimantan Barat	894,0	27,6	874,5	25,1	820,5	22,0	885,7	24,2	1.016,2	26,2	644,2	15,5
Kalimantan Tengah	—	—	321,6	20,9	189,4	11,2	221,8	13,5	261,7	15,1	231,4	11,9
Kalimantan Selatan	546,4	21,2	517,8	18,6	424,3	14,3	247,5	8,5	440,2	14,4	259,8	8,5
Kalimantan Timur	—	—	294,9	13,8	224,6	9,2	227,7	9,7	509,2	20,2	313,0	12,2
Sulawesi Utara	368,2	14,9	304,7	11,8	284,6	10,6	476,2	17,9	504,6	18,2	229,3	11,2
Sulawesi Tengah	—	—	193,9	10,5	163,4	8,2	435,4	22,3	599,4	28,7	564,6	24,9
Sulawesi Selatan	739,6	10,8	659,2	9,0	617,1	8,0	1.268,3	16,7	1.462,0	18,3	1.309,2	15,9
Sulawesi Tenggara	—	—	162,3	10,8	139,4	8,5	466,4	29,2	504,9	29,5	463,8	24,2
Gorontalo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	274,7	32,1
Maluku	—	—	478,9	23,9	417,0	19,5	934,7	44,6	1.013,9	46,1	418,8	34,8
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	110,1	14,0
Papua	—	—	441,9	24,2	427,8	21,2	830,3	42,3	1.148,7	54,8	984,7	41,8
Total sembilan propinsi lainnya	2.380,1	16,8										
Indonesia	27.131,8	15,1	25.517,6	13,7	22.183,2	11,3	34.164,1	17,6	47.974,6	23,4	38.394,0	18,2

^a Berdasarkan standar baru garis kemiskinan tahun 1998.

Sumber: Susenas, dikalkulasi untuk laporan MDG oleh BPS. Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi. Data nasional sampai tahun 1996 termasuk Timor Timur.

Tabel 1.2a. Poverty Gap (P1) dan Severity Index (P2)^a

Propinsi/ nasional	1990		1993		1996		1996 ^b		1999 ^b		2002 ^b	
	P1 (%)	P2 (%)	P1 (%)	P2 (%)	P1 (%)	P2 (%)	P1 (%)	P2 (%)	P1 (%)	P2 (%)	P1 (%)	P2 (%)
Nanggroe Aceh Darussalam ^c	2,76	0,62	2,35	0,57	1,64	0,38	1,66	0,38	2,16	0,50	4,32	1,00
Sumatera Utara	2,41	0,60	3,10	0,92	1,66	0,41	1,68	0,42	2,48	0,60	2,63	0,65
Sumatera Barat	2,69	0,61	1,90	0,41	1,27	0,29	1,28	0,29	1,78	0,37	1,81	0,43
Riau	2,57	0,63	2,52	0,66	1,15	0,29	1,29	0,33	2,28	0,65	2,01	0,48
Jambi	—	—	2,77	0,75	1,45	0,41	1,38	0,38	4,89	1,26	2,38	0,71
Sumatera Selatan	3,46	0,89	3,64	0,92	1,39	0,29	1,34	0,28	3,93	1,01	3,60	0,95
Bengkulu	—	—	2,96	0,70	1,46	0,34	1,38	0,32	3,15	0,70	3,39	0,83
Lampung	2,50	0,62	5,30	1,46	1,47	0,32	1,47	0,32	5,72	1,66	4,18	1,12
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,44	0,31
Jakarta	1,26	0,29	0,69	0,16	0,35	0,08	0,35	0,08	0,58	0,14	0,39	0,07
Jawa Barat	2,50	0,63	2,14	0,55	1,57	0,39	1,59	0,40	3,51	0,98	2,21	0,56
Jawa tengah	3,55	0,98	5,01	1,41	2,15	0,54	2,16	0,54	4,91	1,31	4,00	1,05
Yogyakarta	2,76	0,71	3,27	0,85	1,41	0,33	1,43	0,33	4,85	1,34	3,81	1,07
Jawa Timur	2,54	0,70	4,40	1,24	1,70	0,39	1,69	0,38	5,48	1,52	3,88	1,03
Banten	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,27	0,29
Bali	2,30	0,63	3,14	1,00	0,58	0,11	0,59	0,12	1,30	0,31	0,95	0,21
Nusa Tenggara Barat	4,51	1,17	6,42	1,81	2,70	0,63	2,70	0,63	6,23	1,70	5,01	1,28
Nusa Tenggara Timur	5,99	1,87	6,57	1,93	3,41	0,91	3,47	0,93	10,57	3,29	6,48	1,97
Kalimantan Barat	6,32	1,85	5,06	1,32	3,31	0,75	3,49	0,76	4,64	1,23	2,39	0,60
Kalimantan tengah	—	—	2,52	0,52	1,65	0,37	1,72	0,36	2,51	0,67	2,04	0,57
Kalimantan Selatan	4,64	1,34	1,40	0,33	2,10	0,48	2,08	0,48	2,08	0,46	1,11	0,23
Kalimantan Timur	—	—	2,38	0,73	1,43	0,37	1,83	0,49	3,97	1,17	1,90	0,46
Sulawesi Utara	3,31	0,97	4,32	1,32	1,72	0,42	1,81	0,44	3,35	1,02	1,54	0,36
Sulawesi Tengah	—	—	4,92	1,47	1,09	0,25	1,13	0,26	6,21	2,09	4,46	1,21
Sulawesi Selatan	2,21	0,65	3,20	0,87	1,08	0,24	1,05	0,23	2,78	0,65	2,78	0,75
Sulawasi Tenggara	—	—	6,00	1,72	1,23	0,36	1,11	0,29	6,20	1,87	4,81	1,44
Gorontalo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6,20	1,79
Maluku ^c	—	—	12,86	4,85	3,74	1,04	4,26	1,19	10,74	3,49	6,78	1,96
Maluku Utara ^c	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2,63	0,75
Papua ^c	—	—	16,52	7,37	4,03	1,12	4,76	1,35	18,92	8,91	7,91	2,25
Total sembilan propinsi lainnya												
Indonesia	2,71	0,72	3,85	1,11	1,70	0,41	1,75	0,42	4,33	1,23	3,01	0,79

Catatan:

^aPoverty Gap (P1) didefinisikan sebagai "Incidence" dikalikan "Depth of Poverty", atau $PG = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^q \left[\frac{z - y_i}{z} \right]$ dan "Severity Index" (P2) dihitung dengan $P(2) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^q \left[\frac{z - y_i}{z} \right]^2$ dimana n= penduduk; q= jumlah penduduk miskin; z= garis kemiskinan; dan yi = pendapatan individu ke-i.

^bBerdasarkan standar baru garis kemiskinan tahun 1998.

^cData tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi.

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS.

Tabel 1.2b. Mean depth of poverty^a sebagai proporsi terhadap garis kemiskinan [%]

Propinsi/nasional	1990	1993	1996	1996 ^b	1999 ^b	2002 ^b
Nanggroe Aceh Darussalam ^c	17,3	17,5	15,2	13,0	14,6	14,5
Sumatera Utara	17,8	25,2	15,2	12,7	14,8	16,6
Sumatera Barat	17,9	14,1	14,5	13,0	13,4	15,6
Riau	18,8	22,5	14,5	10,2	16,3	14,8
Jambi	—	20,7	16,0	9,3	18,4	18,1
Sumatera Selatan	20,6	24,4	12,9	8,4	16,7	16,1
Bengkulu	-	22,6	15,6	8,3	15,9	14,9
Lampung	19,1	45,3	13,8	5,8	19,6	17,4
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	12,4
Jakarta	16,2	12,2	14,2	15,0	14,5	11,4
Jawa Barat	18,0	17,5	15,9	14,4	17,7	16,5
Jawa Tengah	20,3	31,7	15,5	10,0	17,3	17,3
Yogyakarta	17,8	27,8	13,5	7,7	18,6	18,9
Jawa Timur	0,0	33,2	14,3	7,6	18,6	17,7
Banten	—	—	—	—	—	13,8
Bali	20,5	33,2	13,4	7,5	15,2	13,8
Nusa Tenggara Barat	19,5	32,9	15,3	8,4	18,9	18,0
Nusa Tenggara Timur	24,9	30,1	16,6	8,9	22,6	21,1
Kalimantan Barat	22,9	20,2	15,0	14,4	17,7	15,5
Kalimantan Tengah	—	12,1	14,6	12,7	16,7	17,2
Kalimantan Selatan	21,9	7,5	14,6	24,4	14,5	13,0
Kalimantan Timur	—	17,3	15,5	18,8	19,7	15,6
Sulawesi Utara	22,2	36,6	16,2	10,1	18,4	13,7
Sulawesi Tengah	—	46,9	13,3	5,1	21,6	17,9
Sulawesi Selatan	20,5	35,7	13,5	6,3	15,2	17,5
Sulawesi Tenggara	—	55,4	14,5	3,8	21,0	19,9
Gorontalo	—	—	—	—	—	19,3
Maluku ^c	—	53,7	19,2	9,6	23,3	19,5
Maluku Utara ^c	—	—	—	—	—	18,7
Papua ^c	—	68,4	19,0	11,3	34,6	18,9
Total sembilan propinsi lainnya						
Indonesia	18,0	28,2	15,0	10,0	18,5	16,5

Catatan:

^a Depth of Poverty, I, dihitung sebagai: $I = \frac{z - y^p}{z}$ dimana y^p merupakan rata-rata konsumsi kelompok termiskin.

^b Berdasarkan standar baru garis kemiskinan tahun 1998

^c Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi.

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS.

Tabel 1.3. Sumbangan kuantil termiskin terhadap total konsumsi [%]

Propinsi/nasional	1990	1993	1996 ^b	1999 ^b	2002 ^b
Nanggroe Aceh Darussalam ^a	10,7	9,5	9,9	10,5	—
Sumatera Utara	9,9	9,2	9,3	10,1	8,9
Sumatera Barat	9,4	9,0	9,6	10,2	9,8
Riau	9,7	9,7	9,3	10,7	8,5
Jambi	10,3	10,4	10,5	10,3	10,1
Sumatera Selatan	9,7	9,2	9,4	10,3	9,8
Bengkulu	9,8	9,9	9,6	9,9	10,4
Lampung	9,6	10,0	9,8	9,5	10,3
Bangka Belitung	—	—	—	—	10,8
Jakarta	9,0	8,3	7,8	8,5	8,0
Jawa Barat	9,1	9,0	7,8	9,4	9,3
Jawa Tengah	9,3	9,3	9,5	10,3	9,7
Yogyakarta	8,6	8,7	8,0	8,4	7,8
Jawa Timur	9,4	9,0	9,1	9,6	9,0
Banten	—	—	—	—	7,9
Bali	9,0	8,3	8,9	9,7	8,8
Nusa Tenggara Barat	9,4	10,1	9,8	10,3	10,2
Nusa Tenggara Timur	8,9	10,3	9,5	10,2	9,4
Kalimantan Barat	9,3	9,1	9,4	9,9	9,4
Kalimantan Tengah	9,8	10,2	10,0	10,7	10,2
Kalimantan Selatan	9,8	9,4	9,3	9,9	8,8
Kalimantan Timur	8,8	8,3	8,3	9,2	9,1
Sulawesi Utara	8,5	8,4	8,0	9,3	9,6
Sulawesi Tengah	9,7	9,2	8,9	9,1	9,6
Sulawesi Selatan	8,8	9,8	8,4	9,3	9,2
Sulawesi Tenggara	8,9	9,6	8,8	9,2	9,4
Gorontalo	8,9	—	—	—	10,4
Maluku ^a	7,4	8,7	9,6	10,3	—
Maluku Utara ^a	—	—	—	—	—
Papua ^a	7,4	6,9	7,5	6,8	—
Total sembilan propinsi lainnya					
Indonesia	9,3	9,1	8,7	9,6	9,1

Catatan:

^aData tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi.

^bBerdasarkan standard baru garis kemiskinan tahun 1998

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS.

Tabel 1.4. Prevalensi balita dengan berat badan kurang [%]

Sumber/ tahun survei	Lokasi	Sampel			Berat menurut umur (%)				
		Jumlah	Jenis Kelamin	Umur	Kurang Gizi			Normal	Berat lebih
					Buruk	Kurang	Total ^a		
					<-3 SD	-3 SD – -2 SD	< -2 SD	> -2 SD – -2 SD	≥ 2 SD
Susenas/ 1989	Nasional	14.101	L/P	0–59 bln	6,3	31,2	37,5	61,8	0,8
		7.227	Laki-laki	0–59 bln	7,4	35,2	42,6	56,8	0,7
		6.874	Perempuan	0–59 bln	5,1	27,0	32,1	67,0	0,9
	Perkotaan	10.687	L/P	0–59 bln	6,8	32,9	39,7	59,6	0,7
		5.487	Laki-laki	0–59 bln	8,2	37,2	45,4	54,1	0,5
		5.200	Perempuan	0–59 bln	5,4	28,4	33,8	65,4	0,8
	Pedesaan	3.414	L/P	0–59 bln	4,6	25,7	30,3	68,5	1,1
		1.740	Laki-laki	0–59 bln	5,0	28,8	33,8	65,1	1,1
		1.674	Perempuan	0–59 bln	4,2	22,6	26,8	72,0	1,2
Susenas/ 1992	Nasional	33.744	L/P	0–59 bln	7,2	28,3	35,5	63,2	1,3
		17.094	Laki-laki	0–59 bln	8,5	30,9	39,4	59,6	1,0
		16.650	Perempuan	0–59 bln	6,0	25,7	31,7	66,8	1,5
	Perkotaan	20.946	L/P	0–59 bln	8,2	31,2	39,4	59,6	1,0
		10.675	Laki-laki	0–59 bln	9,8	34,1	43,9	55,4	0,8
		10.271	Perempuan	0–59 bln	6,6	28,2	34,8	64,0	1,2
	Pedesaan	12.798	L/P	0–59 bln	5,6	23,6	29,2	69,1	1,7
		6.419	Laki-laki	0–59 bln	6,3	25,7	32,0	66,6	1,4
		6.379	Perempuan	0–59 bln	4,9	21,6	26,5	71,5	2,0
Susenas/ 1995	Nasional	26.188	L/P	0–59 bln	11,6	20,0	31,6	65,2	3,2
		13.194	Laki-laki	0–59 bln	12,7	21,8	34,5	62,7	2,8
		12.994	Perempuan	0–59 bln	10,4	18,2	28,6	67,8	3,6
	Perkotaan	19.628	L/P	0–59 bln	12,2	20,6	32,8	64,2	3,0
		9.914	Laki-laki	0–59 bln	13,3	22,5	35,8	61,7	2,6
		9.714	Perempuan	0–59 bln	11,1	18,7	29,8	66,8	3,4
	Pedesaan	6.560	L/P	0–59 bln	9,6	18,3	27,9	68,2	4,0
		3.280	Laki-laki	0–59 bln	11,1	19,6	30,7	65,6	3,7
		3.280	Perempuan	0–59 bln	8,0	17,0	25,0	70,7	4,3
Susenas/ 1998	Nasional	25.620	L/P	0–59 bln	10,5	19,0	29,5	67,3	3,2
		13.050	Laki-laki	0–59 bln	11,6	20,6	32,2	65,0	2,8
		12.570	Perempuan	0–59 bln	9,4	17,3	26,7	69,7	3,5
	Perkotaan	15.404	L/P	0–59 bln	11,5	20,4	31,9	65,5	2,6
		7.869	Laki-laki	0–59 bln	12,7	22,3	35,0	62,7	2,3
		7.535	Perempuan	0–59 bln	10,2	18,5	28,7	68,5	2,8
	Pedesaan	10.216	L/P	0–59 bln	9,0	16,9	25,9	70,0	4,0
		5.181	Laki-laki	0–59 bln	9,8	18,1	27,9	68,5	3,6
		5.035	Perempuan	0–59 bln	8,3	15,6	23,9	71,6	4,5

Catatan:

^aProporsi balita dengan berat badan di bawah -2 standar deviasi dari rata-rata berat menurut umur sesuai dengan referensi penduduk NCHS/WHO

Sumber: Survei Sosio-Ekonomi Nasional.

Tabel 1.4. Prevalensi balita dengan berat badan kurang [%]

-lanjutan

Sumber/ tahun survei	Lokasi	Sampel			Berat menurut umur (%)				
		Jumlah	Jenis Kelamin	Umur	Kurang Gizi			Normal	Berat lebih
					Buruk	Kurang	Total ^a		
					<-3 SD	-3 SD – -2 SD	< -2 SD	> -2 SD - 2 SD	≥ 2 SD
Susenas/ 1999	Nasional	78.854	L/P	0-59 bln	8,1	18,3	26,4	69,1	4,6
		40.581	Laki-laki	0-59 bln	9,2	19,4	28,6	67,5	4,0
		38.273	Perempuan	0-59 bln	7,0	17,0	24,0	70,8	5,2
	Perkotaan	55.882	L/P	0-59 bln	9,0	18,9	27,9	67,9	4,3
		28.656	Laki-laki	0-59 bln	10,1	20,1	30,2	66,0	3,7
		27.226	Perempuan	0-59 bln	7,7	17,7	25,4	69,8	4,8
	Pedesaan	22.972	L/P	0-59 bln	6,0	16,7	22,7	72,0	5,3
		11.925	Laki-laki	0-59 bln	6,9	17,8	24,7	70,9	4,5
		11.047	Perempuan	0-59 bln	5,2	15,4	20,6	73,2	6,3
Susenas/ 2000	Nasional	70.602	L/P	0-59 bln	7,5	17,1	24,6	72,0	3,3
		36.381	Laki-laki	0-59 bln	8,8	18,8	27,6	69,7	2,7
		34.221	Perempuan	0-59 bln	6,2	15,4	21,6	74,5	4,0
	Perkotaan	44.738	L/P	0-59 bln	8,4	18,3	26,7	70,3	3,0
		22.918	Laki-laki	0-59 bln	9,9	20,0	29,9	67,7	2,4
		21.820	Perempuan	0-59 bln	6,8	16,5	23,3	73,1	3,6
	Pedesaan	25.864	L/P	0-59 bln	6,0	15,1	21,1	74,9	4,0
		13.463	Laki-laki	0-59 bln	6,9	16,7	23,6	73,2	3,3
		12.401	Perempuan	0-59 bln	5,1	13,4	18,5	76,8	4,7
Susenas/ 2001	Nasional	11.693	L/P	0-59 bln	6,3	19,8	26,1	71,1	2,7
		6.121	Laki-laki	0-59 bln	6,9	20,1	27,0	70,6	2,3
		5.572	Perempuan	0-59 bln	5,7	19,4	25,1	71,7	3,2
	perkotaan	7.225	L/P	0-59 bln	7,0	20,9	27,9	69,4	2,6
		3.736	Laki-laki	0-59 bln	7,6	21,3	28,9	69,0	2,2
		3.489	Perempuan	0-59 bln	6,4	20,5	26,9	69,9	3,1
	Pedesaan	4.468	L/P	0-59 bln	5,2	18,0	23,2	73,9	2,9
		2.385	Laki-laki	0-59 bln	5,9	18,4	24,3	73,2	2,6
		2.083	Perempuan	0-59 bln	4,4	17,5	21,9	74,7	3,4
Susenas/ 2002 ^b	Nasional ^b	74.537	M/F	0-59 bln	8,0	19,3	27,3	70,5	2,2
		38.072	Male	0-59 bln	8,8	20,2	29,0	69,0	1,9
		36.465	Female	0-59 bln	7,2	18,3	25,5	72,0	2,5
	Perkotaan ^b	43.725	L/P	0-59 bln	8,7	20,5	29,2	69,0	1,8
		22.265	Laki-laki	0-59 bln	9,7	21,6	31,3	67,3	1,5
		21.460	Perempuan	0-59 bln	7,7	19,4	27,1	70,8	2,0
	Pedesaan ^b	30.812	L/P	0-59 bln	7,1	17,5	24,6	72,6	2,8
		15.807	Laki-laki	0-59 bln	7,6	18,4	26,0	71,5	2,5
		15.005	Perempuan	0-59 bln	6,6	16,6	23,2	73,8	3,0

Catatan:

^aProporsi balita dengan berat badan di bawah -2 standar deviasi dari rata-rata berat menurut umur sesuai dengan referensi penduduk NCHS/WHO^bData tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi. Data hingga tahun 1999 termasuk Timor Timur.

Sumber: Survei Sosio-Ekonomi Nasional.

Tabel 1.5. Prevalensi balita dengan berat badan kurang [%]

1989

Propinsi/nasional	Berat menurut umur (%)				
	Kurang Gizi			Normal	Berat lebih
	Buruk	Kurang	Total ^a		
	<-3 SD	-3 SD – -2 SD	< -2 SD	> -2 SD – 2 SD	≥ 2 SD
Nanggroe Aceh Darussalam	8,63	39,76	48,39	51,00	0,60
Sumatera Utara	8,25	29,05	37,30	61,75	0,95
Sumatera Barat	6,24	30,99	37,22	62,17	0,60
Riau	5,45	35,84	41,30	57,92	0,78
Jambi	5,22	28,11	33,33	66,27	0,40
Sumatera Selatan	3,88	30,31	34,20	65,25	0,55
Bengkulu	5,08	33,59	38,67	61,33	0,00
Lampung	5,51	26,65	32,17	67,10	0,74
Jakarta	4,73	31,21	35,93	62,65	1,42
Jawa Barat	6,00	29,09	35,09	63,77	1,14
Jawa Tengah	5,48	27,45	32,92	66,60	0,48
Yogyakarta	2,46	18,77	21,23	77,85	0,92
Jawa timur	5,72	31,81	37,54	61,74	0,72
Bali	2,58	20,97	23,55	74,52	1,94
Nusa Tenggara Barat	8,36	35,62	43,98	55,18	0,84
Nusa Tenggara Timur	8,20	37,21	45,41	54,26	0,33
Timor Timur	13,77	49,09	62,86	36,88	0,26
Kalimantan Barat	10,49	33,62	44,11	55,67	0,21
Kalimantan tengah	5,06	29,96	35,02	64,56	0,42
Kalimantan Selatan	7,12	42,39	49,51	49,51	0,97
Kalimantan Timur	1,93	30,50	32,43	67,18	0,39
Sulawesi Utara	5,31	18,37	23,67	75,10	1,22
Sulawesi Tengah	5,26	33,75	39,01	60,06	0,93
Sulawesi Selatan	7,74	30,16	37,90	61,51	0,60
Sulawesi Tenggara	3,81	27,25	31,06	68,39	0,54
Maluku	7,64	26,39	34,03	64,24	1,74
Papua	6,92	38,85	45,77	52,69	1,54
Indonesia	6,30	31,17	37,47	61,76	0,77

Catatan:

^aProporsi balita dengan berat badan di bawah -2 standar deviasi dari rata-rata berat menurut umur sesuai dengan referensi penduduk NCHS/WHO.

Sumber: Survei Sosio-Ekonomi Nasional. Data Susenas 2001 tidak mewakili propinsi.

Tabel 1.5. Prevalensi balita dengan berat badan kurang [%]

-lanjutan

1992

Propinsi/nasional	Berat menurut umur (%)				
	Kurang Gizi			Normal	Berat lebih
	Buruk	Kurang	Total ^a		
	<-3 SD	-3 SD – -2 SD	< -2 SD	> -2 SD – 2 SD	≥ 2 SD
Nanggroe Aceh Darussalam	7,38	31,97	39,34	59,37	1,29
Sumatera Utara	7,12	28,26	35,39	62,80	1,81
Sumatera Barat	4,35	26,51	30,86	67,97	1,17
Riau	5,14	33,00	38,14	60,71	1,14
Jambi	4,61	20,05	24,65	74,42	0,92
Sumatera Selatan	6,05	30,74	36,79	62,34	0,86
Bengkulu	5,23	21,12	26,36	72,09	1,55
Lampung	5,25	26,34	31,58	67,10	1,31
Jakarta	4,09	23,36	27,45	70,18	2,36
Jawa Barat	6,94	27,10	34,04	64,87	1,10
Jawa Tengah	7,08	27,32	34,40	64,48	1,12
Yogyakarta	3,07	16,70	19,76	78,53	1,70
Jawa timur	6,39	27,20	33,60	65,22	1,18
Bali	5,54	22,84	28,37	71,28	0,35
Nusa Tenggara Barat	11,00	31,40	42,41	56,46	1,14
Nusa Tenggara Timur	10,19	36,22	46,41	52,63	0,96
Timor Timur	13,44	30,99	44,43	54,35	1,22
Kalimantan Barat	11,64	35,77	47,42	50,42	2,16
Kalimantan tengah	8,52	30,02	38,54	60,85	0,61
Kalimantan Selatan	6,12	32,63	38,75	60,13	1,11
Kalimantan Timur	5,14	24,49	29,63	69,34	1,03
Sulawesi Utara	3,49	21,35	24,84	72,77	2,40
Sulawesi Tengah	3,17	22,20	25,37	73,88	0,75
Sulawesi Selatan	7,74	27,90	35,63	62,47	1,89
Sulawesi Tenggara	6,82	28,69	35,51	63,64	0,85
Maluku	8,19	30,38	38,57	61,01	0,42
Papua	9,33	20,17	29,50	68,55	1,95
Indonesia	7,23	28,34	35,57	63,17	1,26

Catatan:

^aProporsi balita dengan berat badan di bawah -2 standar deviasi dari rata-rata berat menurut umur sesuai dengan referensi penduduk NCHS/WHO.

Sumber: Survei Sosio-Ekonomi Nasional. Data Susenas 2001 tidak mewakili propinsi.

Tabel 1.5. Prevalensi balita dengan berat badan kurang [%]

-lanjutan

1995

Propinsi/nasional	Berat menurut umur (%)				
	Kurang Gizi			Normal	Berat lebih
	Buruk	Kurang	Total ^a		
	<-3 SD	-3 SD – -2 SD	< -2 SD	> -2 SD – 2 SD	≥ 2 SD
Nanggroe Aceh Darussalam	20,18	23,36	43,54	53,97	2,49
Sumatera Utara	12,77	19,42	32,19	65,82	1,99
Sumatera Barat	10,98	21,96	32,94	64,81	2,25
Riau	20,95	21,84	42,79	53,79	3,42
Jambi	13,45	16,60	30,04	65,55	4,41
Sumatera Selatan	10,11	20,64	30,75	65,53	3,72
Bengkulu	6,98	13,76	20,74	72,28	6,98
Lampung	8,90	16,58	25,48	71,28	3,24
Jakarta	10,79	15,47	26,27	67,62	6,11
Jawa Barat	9,62	20,70	30,32	66,54	3,14
Jawa Tengah	7,68	21,03	28,71	69,01	2,28
Yogyakarta	3,40	13,60	16,99	79,43	3,58
Jawa timur	9,93	19,24	29,17	68,37	2,46
Bali	7,28	10,93	18,21	77,85	3,95
Nusa Tenggara Barat	14,08	23,73	37,81	58,94	3,25
Nusa Tenggara Timur	11,88	28,26	40,13	57,18	2,68
Timor Timur	19,59	22,66	42,25	53,83	3,92
Kalimantan Barat	18,95	25,27	44,23	52,51	3,27
Kalimantan tengah	15,08	21,29	36,36	57,87	5,76
Kalimantan Selatan	12,77	17,59	30,35	67,38	2,27
Kalimantan Timur	8,30	17,37	25,68	72,59	1,74
Sulawesi Utara	12,42	17,43	29,86	66,33	3,81
Sulawesi Tengah	12,82	20,32	33,14	64,69	2,17
Sulawesi Selatan	10,98	22,06	33,04	63,95	3,01
Sulawesi Tenggara	9,96	21,00	30,96	64,77	4,27
Maluku	20,30	14,69	34,99	60,04	4,97
Papua	12,91	18,85	31,76	64,14	4,10
Indonesia	11,56	20,02	31,58	65,21	3,21

Catatan:

^aProporsi balita dengan berat badan di bawah -2 standar deviasi dari rata-rata berat menurut umur sesuai dengan referensi penduduk NCHS/WHO.

Sumber: Survei Sosio-Ekonomi Nasional. Data Susenas 2001 tidak mewakili propinsi.

Tabel 1.5. Prevalensi balita dengan berat badan kurang [%]

-lanjutan

1998

Propinsi/nasional	Berat menurut umur (%)				
	Kurang Gizi			Normal	Berat lebih
	Buruk	Kurang	Total ^a		
	<-3 SD	-3 SD – -2 SD	< -2 SD	> -2 SD – 2 SD	≥ 2 SD
Nanggroe Aceh Darussalam	24,02	22,74	46,76	50,32	2,92
Sumatera Utara	19,30	18,26	37,56	58,09	4,35
Sumatera Barat	8,25	18,53	26,78	71,19	2,03
Riau	12,75	17,91	30,66	66,91	2,44
Jambi	14,07	15,40	29,47	67,68	2,85
Sumatera Selatan	10,99	17,58	28,57	67,25	4,18
Bengkulu	7,64	12,58	20,22	75,51	4,27
Lampung	10,01	18,14	28,15	66,42	5,42
Jakarta	7,14	13,75	20,90	72,71	6,40
Jawa Barat	8,55	17,29	25,84	70,86	3,30
Jawa Tengah	6,84	19,21	26,04	72,03	1,93
Yogyakarta	6,58	20,11	26,69	71,35	1,96
Jawa timur	8,70	19,48	28,17	68,49	3,34
Bali	4,39	15,06	19,44	76,61	3,95
Nusa Tenggara Barat	15,46	22,29	37,75	60,54	1,71
Nusa Tenggara Timur	15,65	28,18	43,82	55,17	1,01
Timor Timur	15,83	19,48	35,30	63,83	0,87
Kalimantan Barat	11,13	23,31	34,44	63,58	1,99
Kalimantan tengah	11,03	20,19	31,22	65,49	3,29
Kalimantan Selatan	8,75	21,43	30,17	68,08	1,75
Kalimantan Timur	9,98	15,53	25,51	70,79	3,70
Sulawesi Utara	16,83	18,03	34,86	60,58	4,57
Sulawesi Tengah	9,48	19,63	29,10	67,68	3,21
Sulawesi Selatan	7,65	22,27	29,91	67,38	2,71
Sulawesi Tenggara	10,45	15,68	26,13	68,82	5,05
Maluku	9,03	13,63	22,65	74,87	2,48
Papua	9,35	21,18	30,53	59,81	9,66
Indonesia	10,51	19,00	29,52	67,33	3,15

Catatan:

^aProporsi balita dengan berat badan di bawah -2 standar deviasi dari rata-rata berat menurut umur sesuai dengan referensi penduduk NCHS/WHO.

Sumber: Survei Sosio-Ekonomi Nasional. Data Susenas 2001 tidak mewakili propinsi.

Tabel 1.5. Prevalensi balita dengan berat badan kurang [%]

-lanjutan

1999

Propinsi/nasional	Berat menurut umur (%)				
	Kurang Gizi			Normal	Berat lebih
	Buruk	Kurang	Total ^a		
	< -3 SD	-3 SD – -2 SD	< -2 SD	> -2 SD – 2 SD	≥ 2 SD
Nanggroe Aceh Darussalam	10,95	15,18	26,13	68,76	5,10
Sumatera Utara	11,36	17,58	28,95	66,37	4,69
Sumatera Barat	7,55	19,74	27,29	69,11	3,60
Riau	8,40	16,28	24,67	69,05	6,28
Jambi	9,69	18,19	27,88	67,49	4,63
Sumatera Selatan	5,93	15,30	21,23	74,08	4,68
Bengkulu	9,82	15,10	24,92	70,86	4,22
Lampung	8,46	15,95	24,41	67,49	8,10
Jakarta	5,72	12,71	18,43	73,15	8,41
Jawa Barat	6,16	17,40	23,56	72,69	3,74
Jawa Tengah	5,42	19,12	24,54	72,51	2,95
Yogyakarta	3,58	12,05	15,63	79,83	4,53
Jawa timur	7,78	18,26	26,03	69,02	4,95
Bali	3,98	11,84	15,82	78,40	5,78
Nusa Tenggara Barat	10,64	22,22	32,86	63,61	3,53
Nusa Tenggara Timur	10,13	23,09	33,22	63,34	3,44
Timor Timur	12,42	19,81	32,23	57,96	9,81
Kalimantan Barat	11,48	23,15	34,63	61,84	3,53
Kalimantan tengah	7,56	19,54	27,10	68,65	4,25
Kalimantan Selatan	8,23	21,97	30,20	66,21	3,58
Kalimantan Timur	7,57	18,04	25,61	71,56	2,84
Sulawesi Utara	8,24	11,86	20,11	73,73	6,16
Sulawesi Tengah	7,23	21,10	28,33	67,38	4,29
Sulawesi Selatan	9,01	20,10	29,11	67,42	3,46
Sulawesi Tenggara	5,63	17,18	22,81	74,51	2,68
Maluku	7,34	15,31	22,66	71,72	5,63
Papua	9,67	15,59	25,26	67,52	7,22
Indonesia	8,11	18,25	26,36	69,06	4,58

Catatan:

^aProporsi balita dengan berat badan di bawah -2 standar deviasi dari rata-rata berat menurut umur sesuai dengan referensi penduduk NCHS/WHO.

Sumber: Survei Sosio-Ekonomi Nasional. Data Susenas 2001 tidak mewakili propinsi.

Tabel 1.5. Prevalensi balita dengan berat badan kurang [%]

-lanjutan

2000

Propinsi/nasional	Berat menurut umur (%)				
	Kurang Gizi			Normal	Berat lebih
	Buruk	Kurang	Total ^a		
	< -3 SD	-3 SD – -2 SD	< -2 SD	> -2 SD – 2 SD	≥ 2 SD
Nanggroe Aceh Darussalam	16,10	22,53	38,63	58,77	2,60
Sumatera Utara	9,16	17,32	26,48	69,23	4,30
Sumatera Barat	5,01	16,76	21,77	75,52	2,70
Riau	3,88	12,99	16,87	78,88	4,25
Jambi	9,72	16,95	26,66	69,10	4,24
Sumatera Selatan	7,54	16,81	24,35	72,24	3,40
Bengkulu	4,37	10,76	15,13	77,26	7,61
Lampung	5,69	16,55	22,24	72,20	5,56
Jakarta	7,09	12,78	19,87	74,50	5,63
Jawa Barat	6,85	14,58	21,43	75,57	3,00
Jawa Tengah	5,13	16,14	21,27	76,27	2,46
Yogyakarta	4,73	12,84	17,57	78,24	4,19
Jawa timur	6,31	16,70	23,01	73,63	3,37
Bali	3,00	11,23	14,23	82,93	2,84
Nusa Tenggara Barat	7,37	19,89	27,25	69,96	2,78
Nusa Tenggara Timur	10,88	22,72	33,60	62,84	3,56
Timor Timur	—	—	—	—	—
Kalimantan Barat	7,94	21,22	29,17	69,07	1,76
Kalimantan tengah	8,97	21,23	30,20	67,05	2,75
Kalimantan Selatan	7,62	21,62	29,24	68,73	2,03
Kalimantan Timur	7,13	15,75	22,88	73,03	4,09
Sulawesi Utara	6,80	15,64	22,44	73,18	4,38
Sulawesi Tengah	8,98	16,70	25,68	71,67	2,65
Sulawesi Selatan	8,81	19,08	27,89	69,30	2,81
Sulawesi Tenggara	7,64	19,23	26,87	69,39	3,74
Maluku	12,74	13,30	26,04	69,53	4,43
Papua	14,71	15,43	30,14	66,43	3,43
Indonesia	7,53	17,13	24,66	72,02	3,32

Catatan:

^aProporsi balita dengan berat badan di bawah -2 standar deviasi dari rata-rata berat menurut umur sesuai dengan referensi penduduk NCHS/WHO.

Sumber: Survei Sosio-Ekonomi Nasional. Data Susenas 2001 tidak mewakili propinsi.

Tabel 1.5. Prevalensi balita dengan berat badan kurang [%]

-lanjutan

2002

Propinsi/nasional	Berat menurut umur (%)				
	Kurang Gizi			Normal	Berat lebih
	Buruk	Kurang	Total ^a		
	<-3 SD	-3 SD – -2 SD	< -2 SD	> -2 SD – 2 SD	≥ 2 SD
Nanggroe Aceh Darussalam ^b	5,40	15,40	20,80	75,80	3,40
Sumatera Utara	12,10	20,20	32,30	66,10	1,60
Sumatera Barat	7,00	17,70	24,70	74,00	1,40
Riau	7,00	13,90	20,90	72,30	6,80
Jambi	6,60	18,90	25,50	72,80	1,60
Sumatera Selatan	9,80	18,60	28,40	69,30	2,30
Bengkulu	7,70	19,50	27,20	69,80	3,00
Lampung	6,90	16,20	23,10	74,60	2,30
Bangka Belitung	4,30	18,60	22,90	74,50	2,60
Jakarta	7,60	15,50	23,10	71,10	5,80
Jawa Barat	4,80	15,70	20,50	76,80	2,70
Jawa Tengah	5,90	18,60	24,50	73,70	1,80
Yogyakarta	2,10	15,00	17,10	81,40	1,50
Jawa Timur	6,70	19,10	25,80	72,20	2,00
Banten	4,70	15,20	19,90	77,60	2,50
Bali	4,40	13,50	17,90	79,10	3,10
Nusa Tenggara Barat	12,80	25,20	38,00	60,50	1,50
Nusa Tenggara Timur	11,80	26,80	38,60	60,30	1,20
Kalimantan Barat	12,40	21,20	33,60	64,30	2,10
Kalimantan Tengah	13,00	17,80	30,80	66,60	2,70
Kalimantan Selatan	8,00	22,80	30,80	66,30	2,90
Kalimantan Timur	7,40	16,40	23,80	73,10	3,10
Sulawesi Utara	6,90	16,30	23,20	73,40	3,30
Sulawesi Tengah	10,30	21,00	31,30	66,80	1,90
Sulawesi Selatan	8,40	21,10	29,50	68,80	1,70
Sulawesi Tenggara	8,00	19,90	27,90	70,40	1,70
Gorontalo	16,60	25,70	42,30	55,10	2,50
Maluku ^b	7,20	17,80	25,00	72,80	2,20
Maluku Utara ^b	4,30	21,90	26,20	67,40	6,40
Papua ^b	15,30	25,70	41,00	57,10	1,90
Indonesia	8,00	19,30	27,30	70,50	2,20

Catatan:

^aProporsi balita dengan berat badan di bawah -2 standar deviasi dari rata-rata berat menurut umur sesuai dengan referensi penduduk NCHS/WHO.^bData tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi.

Sumber: Survei Sosio-Ekonomi Nasional. Data Susenas 2001 tidak mewakili propinsi.

Tabel 1.6. Proporsi penduduk dengan konsumsi energi di bawah 2.100 Kkal/hari/orang [%]

Propinsi/nasional	1990	1993	1996	1999	2002
Nanggroe Aceh Darussalam	57,64	51,80	61,47	63,28	-
Sumatera Utara	58,34	65,57	65,75	66,21	60,88
Sumatera Barat	60,64	61,46	50,56	58,57	50,05
Riau	61,43	63,29	62,32	69,43	59,94
Jambi	61,74	55,71	58,72	66,91	59,20
Sumatera Selatan	59,35	67,21	61,46	71,60	65,68
Bengkulu	55,5	58,36	60,32	69,43	64,99
Lampung	51,36	55,45	64,11	70,64	61,78
Bangka Belitung	—	—	—	—	64,88
Jakarta	78,33	80,04	70,25	73,96	64,89
Jawa Barat	74,29	69,92	62,03	71,24	60,66
Jawa Tengah	80,06	83,15	77,92	80,93	72,41
Yogyakarta	85,53	84,87	70,34	80,67	71,41
Jawa Timur	84,82	82,31	80,61	83,27	61,49
Banten	—	—	—	—	43,88
Bali	64,45	65,66	53,07	57,05	60,07
Nusa Tenggara Barat	71,27	70,30	70,05	72,02	58,94
Nusa Tenggara Timur	54,91	49,93	60,44	79,76	60,30
Kalimantan Barat	60,62	64,09	64,18	70,05	54,48
Kalimantan Tengah	66,64	59,72	55,41	64,50	56,56
Kalimantan Selatan	76,35	72,05	61,63	70,39	65,95
Kalimantan Timur	65,55	68,49	64,86	79,26	55,81
Sulawesi Utara	65,58	47,23	58,93	61,89	58,61
Sulawesi Tengah	51	50,52	50,64	64,48	62,64
Sulawesi Selatan	55,51	62,94	60,04	65,55	53,22
Sulawesi Tenggara	57,84	56,73	57,09	62,72	67,95
Gorontalo	—	—	—	—	64,58
Maluku	63,63	70,00	74,41	85,86	—
Maluku Utara	—	—	—	—	—
Papua	69,32	72,05	66,94	76,89	—
Indonesia	69,50	71,70	68,09	73,86	64,58

Catatan:
Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS

**Tabel 2.1. Angka partisipasi murni (APM)^a sekolah dasar^b
(SD/MI) (7-12 tahun)**

Propinsi/nasional	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nanggroe Aceh Darussalam	89,0	92,9	92,0	93,0	93,6	93,2	94,3	—	—	91,9
Sumatera Utara	89,9	95,0	93,8	93,8	94,7	93,8	94,6	94,2	94,9	93,8
Sumatera Barat	90,2	92,2	92,2	92,6	93,0	92,5	93,6	92,7	93,8	92,3
Riau	91,5	93,7	94,3	93,0	94,4	94,2	94,0	93,9	94,4	94,0
Jambi	85,9	92,2	91,0	92,3	91,9	91,0	93,4	92,8	93,5	93,1
Sumatera Selatan	87,0	92,0	89,5	89,8	91,0	91,4	91,7	92,3	92,2	91,5
Bengkulu	88,1	89,8	91,4	90,9	91,1	92,5	93,2	91,5	93,9	92,5
Lampung	84,9	91,7	91,9	92,3	94,4	92,5	92,9	93,2	94,1	93,1
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—	—	—	90,9	93,4
Jakarta	94,2	94,4	93,2	91,7	92,8	92,7	93,1	91,4	92,2	90,7
Jawa Barat	87,9	91,8	90,8	91,3	93,1	92,7	93,3	92,7	93,4	93,8
Jawa Tengah	92,8	94,4	94,0	94,0	94,5	94,3	94,6	93,9	94,5	94,1
Yogyakarta	95,2	96,2	95,5	94,5	94,5	94,1	94,6	94,3	95,5	93,2
Jawa Timur	91,7	93,4	93,0	92,1	92,1	92,3	92,5	92,3	94,1	93,2
Banten	—	—	—	—	—	—	—	—	90,5	93,1
Bali	91,1	91,9	93,5	92,7	92,8	93,6	93,4	93,4	92,7	92,2
Nusa Tenggara Barat	80,0	88,0	88,6	89,1	90,0	91,1	91,1	89,9	92,6	93,3
Nusa Tenggara Timur	82,3	87,0	85,7	87,9	87,3	87,8	87,4	88,9	87,9	87,1
Timor Timur	54,6	70,4	71,9	71,0	71,6	70,1	—	—	—	—
Kalimantan Barat	71,6	86,4	84,6	88,6	89,0	88,5	88,3	89,5	91,1	89,5
Kalimantan Tengah	93,3	95,7	94,4	94,1	94,2	93,8	95,1	94,3	95,4	94,0
Kalimantan Selatan	90,4	91,0	91,9	91,8	92,4	92,7	92,5	92,4	92,9	91,7
Kalimantan Timur	90,2	91,1	92,2	90,7	91,5	92,6	92,3	91,4	91,7	91,9
Sulawesi Utara	89,0	90,0	87,8	89,4	88,9	90,4	90,1	90,4	93,2	87,7
Sulawesi Tengah	89,8	90,4	91,0	90,0	89,2	90,0	91,0	91,1	90,9	90,1
Sulawesi Selatan	80,8	85,9	86,6	86,2	87,4	86,9	89,2	88,6	88,8	89,0
Sulawesi Tenggara	84,2	89,3	88,6	88,8	90,0	90,5	90,8	89,5	90,6	89,7
Gorontalo	—	—	—	—	—	—	—	—	86,4	80,7
Maluku	85,7	91,4	92,2	91,4	91,8	91,1	91,2	—	86,0	86,9
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—	—	—	92,3	92,6
Papua	71,6	84,8	79,6	78,4	84,3	80,0	80,9	81,8	79,2	95,0
Indonesia	88,7	92,1	91,5	91,5	92,3	92,1	92,7	92,3	92,9	92,7

Catatan:

^a Angka partisipasi murni SD adalah jumlah murid usia sekolah dasar (7–12 tahun) yang bersekolah di SD/MI dibagi jumlah penduduk usia sekolah dasar (7–12 tahun).

Dinyatakan dalam persentase

^b Sekolah dasar termasuk sekolah negeri, swasta dan madrasah ibtidaiyah

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS. Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi

Tabel 2.2a. Angka partisipasi murni (APM) sekolah dasar menurut berbagai kategori, 2002

Kuantil Kemiskinan	Perkotaan			Pedesaan			Perkotaan dan Pedesaan		
	Laki-laki	Perempuan	Total	Laki-laki	Perempuan	Total	Laki-laki	Perempuan	Total
Kuantil-1	90,8	92,1	91,4	89,9	91,0	90,4	92,1	93,8	92,9
Kuantil-2	93,3	93,5	93,4	92,8	93,6	93,2	94,2	93,4	93,8
Kuantil-3	93,7	93,2	93,4	93,9	94,0	94,0	93,4	91,9	92,7
Kuantil-4	93,4	93,1	93,3	93,8	93,9	93,9	92,9	92,0	92,4
Kuantil-5	92,3	91,8	92,1	93,5	93,4	93,5	90,7	89,4	90,1
Rata-rata	92,7	92,8	92,7	92,6	93,1	92,8	92,8	92,3	92,6

Catatan:
Sekolah dasar termasuk sekolah negeri, swasta dan madrasah ibtidaiyah.

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS. Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi

Tabel 2.2b. Angka partisipasi kasar (APK)^a sekolah dasar^b menurut berbagai kategori, 2002

Kuantil Kemiskinan	Perkotaan			Pedesaan			Perkotaan dan Pedesaan		
	Laki-laki	Perempuan	Total	Laki-laki	Perempuan	Total	Laki-laki	Perempuan	Total
Kuantil-1	104,5	105,0	104,8	103,7	104,5	104,1	105,6	105,8	105,7
Kuantil-2	106,5	107,2	106,8	106,1	107,2	106,6	107,2	107,2	107,2
Kuantil-3	106,3	105,6	105,9	106,5	106,4	106,4	106,0	104,4	105,2
Kuantil-4	107,3	106,2	106,8	107,5	108,0	107,7	107,0	103,7	105,4
Kuantil-5	105,7	106,1	105,9	107,3	108,1	107,7	103,2	103,4	103,3
Rata-rata	106,0	106,0	106,0	106,0	106,6	106,3	106,0	105,1	105,6

Catatan:

^aAngka partisipasi kasar SD adalah jumlah murid yang bersekolah di SD/MI, berapapun usianya, dibagi jumlah penduduk usia sekolah dasar (7-12 tahun). Dinyatakan dalam persentase.

^bSekolah dasar termasuk sekolah negeri, swasta dan madrasah ibtidaiyah.

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS. Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi

Tabel 2.3. Angka partisipasi murni (APM)^a sekolah menengah pertama^b (SMP/MT) (13-15 tahun)

Propinsi/nasional	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nanggroe Aceh Darussalam	43,8	49,8	52,3	60,0	62,3	57,7	60,0	—	—	80,2
Sumatera Utara	56,4	62,1	61,0	63,7	68,0	63,2	68,5	67,2	72,3	69,0
Sumatera Barat	53,2	53,2	57,5	60,1	60,9	61,8	62,0	63,0	62,5	66,0
Riau	36,6	51,5	50,9	54,6	64,1	58,7	62,7	62,7	65,0	63,6
Jambi	34,6	53,1	46,8	53,1	54,7	52,5	57,5	56,5	60,4	61,0
Sumatera Selatan	40,2	46,7	44,4	49,7	54,8	54,6	56,3	59,6	58,3	53,6
Bengkulu	43,8	50,0	50,3	54,9	55,3	50,1	58,8	57,3	59,9	59,1
Lampung	34,0	46,7	53,4	53,6	56,1	56,8	57,2	59,3	60,6	62,8
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—	—	—	44,9	45,2
Jakarta	69,2	75,2	72,0	74,9	78,9	75,9	77,6	77,0	71,6	77,5
Jawa Barat	35,3	43,7	47,6	51,9	55,3	54,1	56,4	57,7	56,3	60,8
Jawa Tengah	38,2	50,0	52,2	55,4	60,1	60,8	62,1	62,6	64,9	64,7
Yogyakarta	62,9	69,7	69,1	71,1	75,1	71,0	75,2	75,4	76,3	76,6
Jawa Timur	44,7	51,4	52,2	56,1	58,8	58,8	60,7	63,3	62,9	63,7
Banten	—	—	—	—	—	—	—	—	55,9	60,8
Bali	59,5	58,4	62,1	64,7	66,0	67,8	69,6	70,6	69,8	68,4
Nusa Tenggara Barat	38,9	41,7	39,6	46,3	50,1	49,6	55,9	58,2	56,6	57,9
Nusa Tenggara Timur	20,9	27,7	28,4	30,5	31,7	34,2	33,1	34,2	36,8	38,6
Timor Timur	21,5	29,6	27,1	27,0	31,3	33,9	—	—	—	—
Kalimantan Barat	22,1	37,4	34,1	40,8	43,7	40,8	41,7	47,0	45,2	45,2
Kalimantan tengah	39,7	52,0	50,3	50,2	55,2	46,2	57,7	60,7	54,1	52,6
Kalimantan Selatan	33,3	44,4	45,7	46,4	50,5	52,1	51,5	51,8	54,4	55,9
Kalimantan Timur	51,6	55,5	56,5	56,8	58,9	58,6	60,4	60,4	63,1	62,6
Sulawesi Utara	46,8	51,0	50,7	52,6	54,5	55,0	59,2	63,1	71,4	66,7
Sulawesi Tengah	47,2	44,6	43,3	44,0	47,8	48,4	49,9	48,5	53,9	51,3
Sulawesi Selatan	39,8	45,5	44,5	45,5	47,1	48,3	50,6	52,4	53,0	53,3
Sulawesi Tenggara	40,5	51,0	48,5	51,8	56,9	56,7	56,8	60,6	59,6	58,4
Gorontalo	—	—	—	—	—	—	—	—	37,4	42,4
Maluku	41,4	52,2	46,1	61,0	60,8	56,7	58,7	—	60,3	72,9
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—	—	—	57,3	72,3
Papua	42,7	44,4	39,7	39,7	41,9	42,4	41,1	35,1	40,5	82,7
Indonesia	41,9	50,0	51,0	54,5	57,8	57,0	59,2	60,3	60,5	61,7

Catatan:

^a Angka partisipasi murni SMP adalah jumlah murid usia sekolah menengah pertama (13-15 tahun) yang bersekolah di SMP/MTs dibagi jumlah penduduk usia sekolah menengah pertama (13-15 tahun). Dinyatakan dalam persentase

^b Sekolah menengah pertama termasuk sekolah negeri, swasta dan madrasah tsanawiyah

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS. Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi

Tabel 2.4a. Angka partisipasi murni sekolah menengah pertama menurut berbagai kategori, 2002

Kuantil Kemiskinan	Perkotaan			Pedesaan			Perkotaan dan Pedesaan		
	Laki-laki	Perempuan	Total	Laki-laki	Perempuan	Total	Laki-laki	Perempuan	Total
Kuantil-1	47,3	52,7	49,9	39,5	41,9	40,6	57,6	66,1	61,8
Kuantil-2	58,2	59,7	58,9	49,4	51,1	50,2	70,5	71,1	70,8
Kuantil-3	63,4	64,9	64,1	55,0	57,6	56,3	75,8	75,3	75,5
Kuantil-4	68,5	68,3	68,4	61,2	61,7	61,5	78,9	77,5	78,2
Kuantil-5	73,7	70,8	72,3	68,6	68,2	68,4	80,6	74,3	77,4
Rata-rata	60,9	62,4	61,6	53,3	55,0	54,1	71,4	72,3	71,9

Catatan: termasuk sekolah negeri, swasta dan madrasah tsanawiyah

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS. Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi

Tabel 2.4b. Angka partisipasi kasar^a sekolah menengah pertama^b menurut berbagai kategori, 2002

Kuantil Kemiskinan	Perkotaan			Pedesaan			Perkotaan dan Pedesaan		
	Laki-laki	Perempuan	Total	Laki-laki	Perempuan	Total	Laki-laki	Perempuan	Total
Kuantil-1	62,1	67,7	64,8	52,1	53,4	52,7	75,4	85,4	80,3
Kuantil-2	75,7	75,4	75,6	63,6	64,1	63,8	92,5	90,5	91,5
Kuantil-3	82,8	83,7	83,2	71,5	73,7	72,6	99,4	97,8	98,6
Kuantil-4	88,2	88,2	88,2	79,2	78,5	61,5	100,8	101,8	101,3
Kuantil-5	96,5	92,6	94,6	89,6	88,3	68,4	100,8	98,2	102,0
Rata-rata	79,3	80,3	79,8	69,3	70,2	69,7	93,1	93,9	93,5

Catatan:

^aAngka partisipasi kasar SMP adalah jumlah murid yang bersekolah di SMP/MTs, berapapun usianya, dibagi jumlah penduduk usia sekolah menengah pertama (13-15 tahun). Dinyatakan dalam persentase

^bSekolah menengah pertama termasuk sekolah negeri, swasta dan madrasah tsanawiyah

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS. Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi

Tabel 2.5. Angka melek huruf usia 15-24 Tahun [%]

Propinsi/nasional	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nanggroe Aceh Darussalam	96,64	98,06	97,70	98,18	98,04	98,55	98,94	—	—	99,80
Sumatera Utara	97,60	98,85	99,02	98,45	99,21	99,35	99,16	99,41	99,47	99,15
Sumatera Barat	98,43	98,52	98,18	98,57	98,74	98,84	99,24	98,93	98,91	98,76
Riau	98,05	98,42	97,54	98,70	98,48	99,06	98,76	99,33	98,23	99,07
Jambi	98,06	98,62	97,87	98,37	98,88	98,79	98,97	99,38	98,93	98,96
Sumatera Selatan	98,30	98,73	97,92	98,04	98,32	98,53	99,05	98,49	98,82	98,85
Bengkulu	94,78	98,34	98,33	98,24	98,99	98,74	99,08	98,79	99,11	98,59
Lampung	98,22	99,24	98,55	98,98	98,56	99,09	99,12	99,05	99,20	98,91
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—	—	—	98,23	97,52
Jakarta	99,25	99,37	99,67	99,42	99,63	99,59	99,57	99,75	99,51	99,57
Jawa Barat	97,93	98,39	98,46	98,80	99,15	99,23	99,18	99,25	99,30	99,45
Jawa Tengah	97,30	98,46	98,33	98,56	98,99	99,08	99,09	99,04	98,91	99,17
Yogyakarta	98,33	98,95	99,06	98,99	98,69	99,09	99,57	98,50	99,25	99,36
Jawa Timur	95,68	96,98	96,78	96,78	97,00	97,56	97,92	97,97	98,04	98,46
Banten	—	—	—	—	—	—	—	—	99,20	98,81
Bali	96,35	96,08	97,45	97,56	98,12	98,21	98,07	98,49	97,24	97,65
Nusa Tenggara Barat	88,31	89,19	91,38	92,07	93,54	93,55	94,07	94,91	93,92	95,76
Nusa Tenggara Timur	93,83	95,50	93,54	94,70	94,01	95,23	94,29	95,25	94,78	95,86
Timor Timur	66,44	73,83	74,13	75,51	75,67	76,53	—	—	—	—
Kalimantan Barat	88,65	94,12	94,48	95,55	97,33	97,49	95,87	97,12	96,73	97,13
Kalimantan Tengah	97,67	99,04	98,64	98,68	99,03	99,06	99,10	98,97	99,23	99,48
Kalimantan Selatan	96,09	98,82	97,91	98,28	99,27	98,44	98,92	98,98	98,49	98,47
Kalimantan Timur	95,77	98,12	98,31	98,12	99,04	99,12	98,71	98,99	99,00	99,23
Sulawesi Utara	98,96	98,82	98,07	98,28	98,59	99,00	98,68	99,00	99,57	99,40
Sulawesi Tengah	96,55	97,49	97,03	97,27	98,73	98,34	98,24	98,37	98,21	98,57
Sulawesi Selatan	94,50	95,35	94,96	94,58	95,46	95,70	96,06	96,10	95,10	95,38
Sulawesi Tenggara	96,12	96,84	96,53	97,10	97,32	97,80	97,92	98,03	97,49	96,99
Gorontalo	—	—	—	—	—	—	—	—	96,34	96,82
Maluku	97,17	98,75	97,52	98,92	98,58	98,92	99,32	—	97,53	99,30
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—	—	—	98,70	100,00
Papua	81,09	83,16	85,07	81,69	84,74	83,17	83,23	80,13	76,93	99,80
Indonesia	96,58	97,63	97,52	97,69	98,08	98,27	98,42	98,44	98,27	98,67

Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS

Tabel 3.1a. Rasio angka partisipasi murni perempuan/laki-laki di sekolah dasar (7-12 tahun)

Propinsi/nasional	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nanggroe Aceh Darussalam	99,9	98,3	101,2	99,4	99,3	99,9	100,8	—	—	101,0
Sumatera Utara	99,5	100,3	100,2	99,5	99,0	99,9	100,1	99,5	100,0	99,6
Sumatera Barat	102,4	102,4	100,9	101,0	101,0	99,9	100,0	99,6	100,6	99,8
Riau	101,1	98,6	97,7	98,8	99,7	100,3	100,1	99,6	100,7	100,0
Jambi	101,5	99,0	100,3	98,0	98,7	99,1	99,5	100,6	101,5	98,6
Sumatera Selatan	98,2	99,9	100,6	100,2	100,2	100,7	98,2	99,6	100,8	99,3
Bengkulu	101,5	101,9	98,2	99,3	97,3	100,3	100,8	99,3	99,6	100,1
Lampung	101,8	99,3	101,4	100,6	100,3	98,7	99,7	99,2	99,8	100,4
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—	—	—	99,3	102,0
Jakarta	99,0	99,2	99,1	97,9	98,7	99,4	100,5	100,4	96,7	101,8
Jawa Barat	101,9	99,2	101,1	99,5	99,8	100,7	100,4	100,7	100,5	100,5
Jawa Tengah	100,9	99,7	99,3	99,7	99,6	100,0	99,2	99,8	99,8	99,2
Yogyakarta	101,3	99,8	100,5	99,1	97,5	102,4	99,6	101,9	98,8	99,6
Jawa Timur	101,0	100,0	99,0	100,2	99,3	98,4	99,4	100,2	99,4	100,1
Banten	—	—	—	—	—	—	—	—	101,2	101,3
Bali	97,7	97,8	99,6	98,1	98,4	99,0	101,9	99,3	98,7	97,5
Nusa Tenggara Barat	97,4	100,6	102,7	100,1	102,3	100,9	101,7	103,9	100,0	101,1
Nusa Tenggara Timur	97,4	101,8	102,3	101,8	102,1	102,4	102,0	102,3	102,2	101,2
Timor Timur	102,0	98,1	96,9	94,7	99,2	98,3	—	—	—	—
Kalimantan Barat	95,9	99,0	99,9	101,7	98,8	101,2	100,9	98,9	102,6	98,9
Kalimantan Tengah	98,5	99,2	100,0	101,1	99,0	98,2	100,4	101,1	100,3	99,6
Kalimantan Selatan	96,3	100,4	99,6	100,5	99,5	98,9	101,2	100,7	99,7	101,8
Kalimantan Timur	95,5	101,4	97,7	99,8	100,0	99,2	98,5	101,5	99,7	99,3
Sulawesi Utara	105,6	102,7	100,3	97,3	96,9	100,9	100,7	100,8	99,5	100,1
Sulawesi Tengah	100,0	99,7	103,9	99,8	102,2	99,8	100,8	101,1	101,4	100,8
Sulawesi Selatan	100,5	102,2	102,7	101,8	102,5	103,0	101,6	101,1	103,1	100,2
Sulawesi Tenggara	100,3	100,6	99,6	100,8	99,4	100,5	100,4	102,1	100,7	98,0
Gorontalo	—	—	—	—	—	—	—	—	100,9	107,3
Maluku	98,7	99,4	100,3	100,6	100,3	100,8	101,8	—	110,7	98,8
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—	—	—	95,8	95,8
Papua	99,5	99,2	95,7	95,4	94,7	100,8	99,9	102,2	99,5	98,8
Indonesia	100,6	99,9	100,2	99,8	99,7	100,1	100,1	100,3	100,3	100,1

Catatan: data dihitung dari APM perempuan dibagi APM laki-laki, dan dinyatakan sebagai persentase

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS. Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi.

Tabel 3.1b. Rasio angka partisipasi murni perempuan/laki-laki di sekolah lanjutan pertama (13-15 tahun)

Propinsi/nasional	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nanggroe Aceh Darussalam	111,4	109,2	94,9	105,6	96,6	97,5	98,2	—	—	109,9
Sumatera Utara	99,4	99,3	97,2	99,0	100,3	106,5	101,2	102,3	104,2	103,3
Sumatera Barat	125,0	113,7	117,5	117,7	118,3	109,9	110,3	112,0	108,9	112,3
Riau	82,5	102,0	92,9	102,2	109,5	106,1	106,8	105,8	100,1	100,8
Jambi	81,0	99,2	100,8	104,7	100,9	98,0	101,1	101,6	102,9	97,3
Sumatera Selatan	110,6	94,9	94,9	104,6	101,7	99,2	111,2	104,3	109,3	99,1
Bengkulu	89,0	95,4	107,0	118,2	104,0	117,2	107,5	105,3	111,4	101,4
Lampung	106,4	105,9	104,3	103,3	101,2	102,4	102,3	108,5	105,2	106,9
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—	—	—	137,4	114,0
Jakarta	100,2	93,6	97,3	93,9	97,1	97,6	98,1	94,4	94,6	95,1
Jawa Barat	94,9	96,5	99,9	102,7	98,4	105,9	97,4	103,6	104,5	99,3
Jawa Tengah	101,7	100,4	106,4	101,4	103,6	104,8	104,6	106,6	104,5	105,6
Yogyakarta	104,0	102,8	109,2	104,0	109,5	103,9	90,1	108,9	101,6	102,9
Jawa Timur	97,1	101,6	99,8	106,3	99,6	100,7	103,2	104,2	103,7	103,8
Banten	—	—	—	—	—	—	—	—	106,1	98,5
Bali	87,9	88,8	87,8	96,6	96,8	90,2	93,5	87,5	88,8	97,5
Nusa Tenggara Barat	98,8	93,8	95,7	89,8	90,0	102,7	97,1	98,5	111,9	93,8
Nusa Tenggara Timur	98,7	92,4	92,5	96,9	101,0	108,7	104,9	114,3	116,2	108,4
Timor Timur	49,4	94,4	83,7	96,9	97,4	103,1	—	—	—	---
Kalimantan Barat	92,0	98,8	100,6	102,2	100,8	106,8	119,5	91,6	102,9	108,8
Kalimantan Tengah	95,9	90,4	101,2	101,4	108,4	101,2	107,5	104,2	112,0	94,3
Kalimantan Selatan	91,3	101,6	104,5	102,1	106,4	101,3	105,4	107,4	108,8	98,3
Kalimantan Timur	107,2	95,4	109,4	100,1	97,2	94,0	96,8	94,3	110,5	111,0
Sulawesi Utara	123,8	109,4	113,9	121,2	110,4	103,1	100,3	104,9	112,2	101,3
Sulawesi Tengah	103,9	113,2	96,3	117,1	105,5	110,5	102,8	99,4	101,5	108,7
Sulawesi Selatan	116,4	108,1	104,5	108,0	109,1	99,0	111,2	107,2	107,4	107,1
Sulawesi Tenggara	101,2	99,9	100,8	121,0	98,9	101,4	118,4	113,6	116,2	111,6
Gorontalo	—	—	—	—	—	—	—	—	123,8	97,3
Maluku	110,1	102,7	99,6	106,5	109,7	97,2	117,4	—	135,5	104,6
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—	—	—	95,4	116,1
Papua	75,4	106,3	96,3	103,9	103,2	111,1	86,4	126,5	116,1	101,4
Indonesia	101,3	100,1	101,1	103,4	101,7	103,2	102,5	104,2	104,8	102,6

Catatan: data dihitung dari APM perempuan dibagi APM laki-laki, dan dinyatakan sebagai persentase

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS. Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi.

Tabel 3.1c. Rasio angka partisipasi murni perempuan/laki-laki di sekolah lanjutan atas (16-18 tahun)

Propinsi/nasional	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nanggroe Aceh Darussalam	116,2	108,0	91,2	97,9	99,6	96,35	113,7	—	—	99,3
Sumatera Utara	104,6	100,9	97,2	98,6	103,5	109,25	108,1	106,9	103,6	99,1
Sumatera Barat	113,5	116,5	124,5	122,1	122,5	114,74	137,3	120,2	142,6	113,8
Riau	94,9	113,5	98,8	106,2	114,2	103,60	113,7	103,9	95,6	106,6
Jambi	101,0	87,9	108,0	95,0	95,3	117,16	110,6	99,6	91,0	96,1
Sumatera Selatan	109,6	92,3	120,3	98,3	115,4	103,14	115,3	111,8	102,7	102,6
Bengkulu	104,8	108,8	131,5	105,8	100,4	118,00	105,1	127,5	121,4	147,7
Lampung	153,2	103,3	102,6	82,8	113,5	94,70	111,9	96,7	107,0	103,1
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—	—	—	134,8	91,5
Jakarta	85,1	86,5	78,7	88,4	88,3	89,46	91,7	93,6	88,6	77,3
Jawa Barat	92,0	92,5	89,2	92,2	96,7	96,78	95,7	100,3	92,2	87,0
Jawa Tengah	88,7	93,0	88,5	97,4	98,8	101,60	110,2	101,4	100,6	95,9
Yogyakarta	108,3	91,4	108,2	105,3	90,1	101,42	102,5	107,1	106,2	107,8
Jawa Timur	92,8	91,7	87,4	90,3	93,3	96,21	92,8	104,4	97,9	99,4
Banten	—	—	—	—	—	—	—	—	106,7	97,9
Bali	75,4	95,4	82,2	77,8	75,3	88,38	90,1	103,4	89,4	83,4
Nusa Tenggara Barat	81,2	67,4	86,5	86,6	80,0	79,03	93,4	108,4	77,2	97,2
Nusa Tenggara Timur	104,4	91,5	90,8	101,3	111,8	91,83	94,0	99,1	109,3	117,0
Timor Timur	40,7	112,0	97,8	118,3	88,2	121,09	—	—	—	—
Kalimantan Barat	103,8	114,9	88,7	110,5	108,4	104,84	128,0	127,7	109,3	112,2
Kalimantan Tengah	160,7	96,7	103,1	110,3	112,2	127,24	124,8	97,4	97,0	102,0
Kalimantan Selatan	107,5	101,7	111,8	102,1	95,9	98,41	103,5	103,4	102,3	94,6
Kalimantan Timur	97,8	112,7	101,6	88,9	96,1	96,25	101,8	88,1	112,2	116,2
Sulawesi Utara	111,5	100,6	113,6	109,9	123,8	107,94	134,5	92,8	136,7	121,5
Sulawesi Tengah	120,2	90,1	110,2	112,6	122,1	122,73	96,5	107,6	109,8	111,1
Sulawesi Selatan	119,7	97,5	116,6	108,2	103,0	96,24	105,4	102,4	99,5	93,1
Sulawesi Tenggara	92,7	95,1	100,3	109,1	110,1	95,43	92,7	115,5	116,8	121,9
Gorontalo	—	—	—	—	—	—	—	—	108,5	139,8
Maluku	89,9	79,6	106,6	104,6	106,4	112,53	123,5	—	101,3	88,9
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—	—	—	56,6	98,2
Papua	99,3	101,2	112,6	88,3	98,8	108,37	111,7	111,6	89,8	104,7
Indonesia	98,0	95,2	94,7	96,1	99,6	99,9	103,2	103,7	100,1	97,1

Catatan: data dihitung dari APM perempuan dibagi APM laki-laki, dan dinyatakan sebagai persentase

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS. Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi.

Tabel 3.1d. Rasio angka partisipasi murni perempuan/laki-laki di pendidikan tinggi (19–24 tahun)

Propinsi/nasional	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nanggroe Aceh Darussalam	85,5	76,8	105,2	75,7	100,2	98,13	101,8	—	—	112,1
Sumatera Utara	113,1	82,4	78,6	83,5	75,2	89,18	103,6	131,7	104,7	126,8
Sumatera Barat	161,9	123,2	146,5	88,7	126,9	124,74	143,5	147,1	118,9	159,2
Riau	263,3	136,4	133,2	115,1	55,3	184,38	100,1	113,9	83,7	75,1
Jambi	82,9	45,2	74,8	118,3	120,3	172,61	53,9	83,6	83,3	111,7
Sumatera Selatan	99,5	92,0	128,7	103,4	89,2	101,23	107,5	91,2	144,9	129,9
Bengkulu	48,3	70,3	72,1	107,9	123,8	78,95	94,1	99,8	107,7	152,7
Lampung	69,5	88,5	100,9	140,2	64,1	80,45	146,1	163,7	99,3	109,8
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—	—	—	97,4	110,2
Jakarta	97,4	88,9	85,9	73,0	85,5	76,80	78,8	83,2	70,6	78,0
Jawa Barat	62,1	76,8	70,8	81,2	69,2	70,36	79,5	76,3	74,8	78,9
Jawa Tengah	93,6	87,8	85,3	99,3	85,2	77,58	86,4	94,5	96,3	94,0
Yogyakarta	82,5	90,8	86,5	99,4	80,9	81,06	88,7	92,3	103,5	94,5
Jawa Timur	84,7	73,5	92,8	102,5	76,3	83,14	98,9	79,3	76,9	89,4
Banten	—	—	—	—	—	—	—	—	81,9	87,3
Bali	49,5	60,1	54,8	81,2	90,8	96,72	92,4	75,5	97,1	74,6
Nusa Tenggara Barat	66,0	30,9	54,7	35,6	63,1	42,38	60,1	95,7	42,6	58,8
Nusa Tenggara Timur	82,3	75,0	53,6	73,8	53,4	72,43	82,9	120,0	113,4	95,8
Timor Timur	0,0	97,4	41,5	54,9	96,2	45,62	—	—	—	—
Kalimantan Barat	58,5	70,4	57,3	68,8	113,6	98,09	88,0	70,9	108,0	103,9
Kalimantan Tengah	78,2	53,3	63,0	86,4	76,6	56,99	125,7	80,3	88,9	78,7
Kalimantan Selatan	69,3	84,5	107,7	62,7	83,8	83,93	89,2	131,9	71,9	81,1
Kalimantan Timur	65,6	79,3	89,1	56,3	125,5	115,46	92,8	104,3	109,4	111,5
Sulawesi Utara	137,3	92,6	133,6	118,2	117,8	93,66	118,0	83,9	106,2	113,7
Sulawesi Tengah	91,3	135,0	90,3	79,8	52,1	96,02	100,9	83,4	93,7	126,6
Sulawesi Selatan	112,4	80,8	84,0	86,1	73,8	99,85	98,6	107,6	97,9	102,5
Sulawesi Tenggara	63,3	41,1	81,9	60,6	73,6	90,47	98,1	83,8	56,1	106,1
Gorontalo	—	—	—	—	—	—	—	—	130,3	75,9
Maluku	63,2	81,4	81,7	95,3	80,4	122,18	98,4	—	72,4	168,8
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—	—	—	126,9	191,1
Papua	179,7	71,8	61,0	69,6	53,1	74,54	57,9	106,9	42,8	95,0
Indonesia	85,1	82,2	83,6	85,3	79,5	81,8	90,0	89,9	87,1	92,8

Catatan: data dihitung dari APM perempuan dibagi APM laki-laki, dan dinyatakan sebagai persentase

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS. Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi.

**Tabel 3.2. Indeks paritas gender untuk melek huruf
(15-24 tahun)**

Propinsi/nasional	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nanggroe Aceh Darussalam	98,0	99,0	100,1	99,5	99,1	99,8	99,16	—	—	99,6
Sumatera Utara	98,5	99,7	99,6	99,1	100,0	99,7	99,83	99,8	99,9	99,8
Sumatera Barat	100,4	100,7	100,0	100,0	100,3	100,0	100,54	100,1	100,1	100,6
Riau	99,6	99,3	99,0	100,2	100,1	99,6	99,52	99,3	99,6	100,2
Jambi	98,8	99,2	99,5	99,1	99,7	99,4	99,44	99,5	100,0	100,1
Sumatera Selatan	99,9	99,1	99,7	99,9	98,8	99,6	99,66	99,5	99,9	99,4
Bengkulu	96,2	98,2	98,3	99,2	99,7	99,6	99,14	99,5	99,9	99,4
Lampung	98,3	99,9	99,7	99,0	99,7	100,2	99,56	100,0	99,9	100,3
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—	—	—	98,7	100,8
Jakarta	99,6	99,6	99,8	100,0	99,6	99,7	99,99	99,8	99,8	100,0
Jawa Barat	97,9	99,1	99,1	99,1	99,7	99,8	99,41	99,4	99,7	99,8
Jawa Tengah	98,2	99,2	99,5	99,8	99,7	100,0	99,85	100,1	99,9	99,8
Yogyakarta	101,1	100,2	100,4	100,3	99,3	99,5	99,88	101,0	100,0	100,6
Jawa Timur	96,9	97,7	98,2	97,9	98,0	98,9	98,95	98,9	99,1	99,4
Banten	—	—	—	—	—	—	—	—	99,8	99,1
Bali	96,8	96,9	98,0	98,3	97,8	99,0	99,15	98,7	97,5	98,7
Nusa Tenggara Barat	94,2	91,5	93,6	95,6	96,1	97,5	95,99	96,8	96,6	98,6
Nusa Tenggara Timur	98,5	99,8	98,9	100,8	101,3	100,2	101,71	100,3	102,5	100,3
Timor Timur	79,7	86,0	88,2	90,0	88,0	92,6	—	—	—	—
Kalimantan Barat	92,5	96,4	97,0	98,3	98,9	99,4	97,61	99,0	98,1	99,3
Kalimantan Tengah	98,3	99,6	99,2	100,0	99,5	99,9	99,22	99,6	99,7	100,2
Kalimantan Selatan	96,9	99,1	98,7	99,6	99,9	99,4	99,91	100,1	99,3	99,7
Kalimantan Timur	99,0	99,5	99,8	98,2	99,8	99,1	98,58	99,3	99,8	99,8
Sulawesi Utara	100,3	100,1	100,8	99,8	100,4	100,8	101,66	100,0	100,3	99,8
Sulawesi Tengah	96,8	99,2	102,3	99,6	100,0	101,0	100,94	99,8	101,0	100,1
Sulawesi Selatan	100,5	101,0	100,7	101,5	101,1	101,8	101,25	100,6	101,2	102,0
Sulawesi Tenggara	98,0	98,4	98,1	99,3	99,8	99,4	99,94	100,5	100,0	99,9
Gorontalo	—	—	—	—	—	—	—	—	101,7	103,4
Maluku	98,6	100,1	100,8	99,1	99,4	99,7	99,13	—	100,8	100,5
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—	—	—	100,1	100,0
Papua	76,3	85,9	85,8	86,0	86,6	87,6	88,42	86,1	89,3	99,6
Indonesia	97,9	98,8	99,0	99,1	99,2	99,5	99,4	99,4	99,6	99,8

Definisi: Rasio melek huruf perempuan (15-24 tahun) terhadap laki-laki (15-24 tahun). Dinyatakan sebagai persentase.

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS. Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi

Tabel 3.3. Sumbangan perempuan dalam upah di luar sektor pertanian [%]

Propinsi/nasional	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nangroe Aceh Darussalam	23,19	29,88	31,13	25,52	26,10	30,73	27,95	—	—	29,48
Sumatera Utara	27,13	34,63	35,60	29,81	28,85	36,26	33,31	32,63	29,69	29,74
Sumatera Barat	33,44	39,81	38,88	32,33	34,13	38,57	34,22	33,85	32,72	32,52
Riau	20,95	27,07	24,06	22,37	23,46	24,26	25,95	30,39	27,18	36,89
Jambi	22,68	29,54	27,39	24,13	26,94	30,28	26,67	26,71	25,96	24,52
Sumatera Selatan	23,57	35,78	33,41	28,77	26,86	35,78	27,95	26,64	25,86	28,17
Bengkulu	23,95	32,37	31,21	26,30	25,41	29,73	28,21	31,05	31,88	27,43
Lampung	27,52	37,57	37,27	26,34	26,68	34,00	27,91	27,31	25,00	25,88
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—	—	—	20,09	24,77
Jakarta	32,77	31,63	31,79	30,49	31,26	23,89	36,00	36,44	36,66	35,25
Jawa Barat	27,81	29,98	28,55	25,32	25,24	21,46	28,68	28,51	27,76	23,80
Jawa Tengah	29,87	42,20	42,24	30,51	29,80	50,38	33,49	33,77	32,76	29,17
Yogyakarta	30,36	45,15	43,15	31,25	30,01	54,38	33,77	33,19	34,01	30,18
Jawa Timur	32,59	41,73	40,94	30,06	30,89	45,92	32,07	31,30	31,33	27,56
Banten	—	—	—	—	—	—	—	—	28,15	25,14
Bali	35,28	46,48	45,23	34,79	34,97	57,38	35,19	34,00	32,73	31,14
Nusa Tenggara Barat	25,28	43,63	43,66	25,26	24,66	54,06	27,77	24,19	28,83	26,11
Nusa Tenggara Timur	25,24	46,61	43,47	23,05	22,17	54,57	25,94	24,33	25,75	25,94
Timor Timur	16,23	28,59	26,72	16,90	14,85	41,27	—	—	—	—
Kalimantan Barat	21,41	27,66	26,90	22,45	21,60	31,26	26,73	27,71	22,72	26,02
Kalimantan Tengah	22,45	33,37	29,70	25,67	21,80	28,36	29,35	24,02	24,11	23,79
Kalimantan Selatan	24,40	37,08	37,31	26,18	25,80	33,08	28,90	26,11	26,25	25,22
Kalimantan Timur	24,19	31,36	30,96	23,80	20,55	36,88	25,37	25,70	26,04	22,91
Sulawesi Utara	30,13	38,70	36,01	32,73	33,88	42,65	35,33	33,71	32,91	33,08
Sulawesi Tengah	20,29	35,59	36,02	27,11	26,59	45,68	28,55	26,96	27,11	26,67
Sulawesi Selatan	27,93	36,88	37,43	28,11	28,36	42,71	28,18	29,82	29,73	27,85
Sulawesi Tenggara	17,76	35,56	35,07	21,71	21,26	41,20	24,57	23,57	25,36	25,02
Gorontalo	—	—	—	—	—	—	—	—	35,45	31,95
Maluku	21,93	35,36	34,47	27,76	28,85	46,88	36,48	—	38,37	34,45
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—	—	—	28,87	19,88
Papua	21,07	26,72	25,02	20,35	19,10	39,61	22,99	19,32	23,43	25,68
Indonesia	29,2	36,7	36,0	28,3	28,3	37,6	31,2	30,9	30,3	28,3

Catatan: dihitung sebagai persentase terhadap total upah laki-laki dan perempuan di luar sektor pertanian

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS. Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi

Tabel 3.4a. Proporsi perempuan yang duduk di Parlemen Nasional

Komposisi gender anggota dewan	1992–1997	1997–1999	1999–2004
Jumlah perempuan anggota dewan	63	63	44
Persentase terhadap total (500),*	12,5	12,5	8,8

*Catatan: Proporsi bisa berubah sewaktu-waktu karena pergantian anggota

Sumber: Sekretariat DPR/MPR, <http://www.dpr.go.id>

Tabel 3.4b. Pendidikan tertinggi yang ditamatkan anggota Parlemen Nasional

Pendidikan tertinggi	Lak-laki	Perempuan	Rasio P/L dalam %
SLTP	2	0	—
SLTA	71	8	11,3
Diploma	42	0	—
Sarjana	340	37	10,9
Total	455	45	9,9
Persentase sarjana terhadap total	75%	82%	

*Catatan: Proporsi bisa berubah sewaktu-waktu karena pergantian anggota

Sumber: Sekretariat DPR/MPR, <http://www.dpr.go.id>

Tabel 4.1. Angka kematian bayi (IMR) dan balita (U5MR) menurut propinsi, 1994-2003

Propinsi/nasional	IMR	U5MR
Nanggroe Aceh Darussalam	—	—
Sumatera Utara	42	57
Sumatera Barat	48	59
Riau	43	60
Jambi	41	51
Sumatera Selatan	30	49
Bengkulu	53	68
Lampung	55	64
Bangka Belitung	43	47
Jakarta	35	41
Jawa Barat	44	50
Jawa Tengah	36	44
Yogyakarta	20	23
Jawa Timur	43	52
Banten	38	56
Bali	14	19
Nusa Tenggara Barat	74	103
Nusa Tenggara Timur	59	73
Kalimantan Barat	47	63
Kalimantan Tengah	40	47
Kalimantan Selatan	45	57
Kalimantan Timur	42	50
Sulawesi Utara	25	33
Sulawesi Tengah	52	71
Sulawesi Selatan	47	72
Sulawesi Tenggara	67	92
Gorontalo	77	97
Maluku	—	—
Maluku Utara	—	—
Papua	—	—
Indonesia	35	46

Catatan:

Data propinsi mengacu pada masa selama 10 tahun sebelum survei. Data nasional mengacu pada masa selama lima tahun sebelum survei.

Angka kematian bayi adalah kemungkinan bayi yang baru lahir meninggal sampai ia berusia setahun. Dinyatakan dalam angka per 1.000 kelahiran hidup.

Angka kematian balita adalah kemungkinan bayi yang baru lahir meninggal sampai ia berusia lima tahun. Dinyatakan dalam angka per 1.000 kelahiran hidup.

Sumber: Survei Demografi dan Kependudukan Indonesia (SDKI) 2002-2003. Survei tidak mencakup propinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Maluku, Maluku Utara dan Papua.

**Tabel 4.2. Cakupan imunisasi campak pada anak usia
12-23 bulan [%]**

Propinsi/nasional	1994	1997	2002
Nanggroe Aceh Darussalam	33,1	61,1	—
Sumatera Utara	49,4	53,0	56,3
Sumatera Barat	47,6	66,0	66,0
Riau	61,2	65,7	75,4
Jambi	60,3	53,1	73,2
Sumatera Selatan	67,6	78,1	78,2
Bengkulu	70,0	73,9	82,3
Lampung	57,3	83,1	79,8
Bangka Belitung	67,6	78,1	71,4
Jakarta	67,9	77,8	80,4
Jawa Barat	62,6	61,8	71,7
Jawa Tengah	73,7	70,6	75,9
Yogyakarta	83,5	96,3	91,1
Jawa Timur	59,2	79,4	76,5
Banten	62,6	61,8	44,0
Bali	83,7	81,5	82,7
Nusa Tenggara Barat	64,0	84,0	80,9
Nusa Tenggara Timur	68,0	85,5	88,6
Kalimantan Barat	50,7	66,1	61,0
Kalimantan Tengah	60,2	83,0	58,9
Kalimantan Selatan	64,6	69,5	69,8
Kalimantan Timur	81,0	86,4	80,9
Sulawesi Utara	78,1	85,4	73,6
Sulawesi Tengah	53,1	72,7	84,1
Sulawesi Selatan	56,2	65,3	71,0
Sulawesi Tenggara	70,7	84,4	70,3
Gorontalo	78,1	85,4	75,5
Maluku	56,2	76,6	—
Maluku Utara	56,2	76,6	—
Papua	64,6	84,7	—
Indonesia	62,5	70,9	71,6

Sumber: Survei Demografi dan Kependudukan Indonesia (SDKI). Survei SDKI 2002-2003 tidak mencakup propinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Maluku, Maluku Utara dan Papua.

**Tabel 5.1. Prevalensi pemakai alat KB pada wanita kawin
(15-49 tahun) [%]**

Propinsi/nasional	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nanggroe Aceh Darussalam	24,8	31,0	38,4	39,6	39,5	38,1	38,8	—	—	39,7
Sumatera Utara	37,5	42,2	45,0	44,8	44,1	44,8	46,2	42,1	41,0	39,8
Sumatera Barat	40,8	43,2	41,7	41,4	42,7	43,4	44,1	44,2	43,3	44,7
Riau	36,7	41,6	43,9	43,8	44,2	45,5	43,0	48,2	45,4	47,5
Jambi	55,1	58,0	58,1	58,2	59,4	57,8	61,1	57,3	58,0	58,5
Sumatera Selatan	47,7	52,8	52,7	53,2	56,2	54,7	56,8	55,0	53,6	54,7
Bengkulu	55,5	60,2	64,6	62,3	63,4	63,1	66,4	66,7	68,5	64,2
Lampung	53,9	58,5	60,4	59,7	62,0	62,5	63,0	61,6	60,1	59,7
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—	—	—	54,0	52,9
Jakarta	55,1	56,1	55,8	52,0	55,8	54,8	53,1	54,0	52,4	51,1
Jawa Barat	52,0	56,7	57,9	56,6	58,0	59,0	57,3	56,7	56,3	56,9
Jawa Tengah	56,1	60,0	60,0	59,5	61,1	60,8	60,4	59,2	58,0	58,5
Yogyakarta	62,5	64,7	65,4	61,7	62,4	62,9	61,1	62,4	60,4	59,8
Jawa Timur	56,5	57,4	57,7	56,6	56,7	57,0	57,3	55,4	54,0	56,1
Banten	—	—	—	—	—	—	—	—	55,3	54,2
Bali	67,3	69,7	70,7	69,2	68,5	67,6	70,7	65,1	37,2	66,0
Nusa Tenggara Barat	42,7	50,7	48,3	48,5	51,6	51,2	55,6	54,5	52,0	50,1
Nusa Tenggara Timur	27,0	38,5	39,0	36,2	37,1	37,1	34,9	31,6	28,7	30,5
Timor Timur	12,8	20,3	23,4	19,5	22,6	22,7	—	—	—	—
Kalimantan Barat	46,3	52,7	53,0	54,1	55,4	55,3	57,5	55,5	53,9	54,2
Kalimantan Tengah	53,4	58,0	65,8	58,6	64,7	64,0	65,6	58,5	53,6	57,6
Kalimantan Selatan	50,0	55,7	57,8	57,8	56,6	59,7	60,9	58,6	58,7	62,9
Kalimantan Timur	49,8	56,7	58,2	60,9	56,5	57,1	60,8	54,7	52,3	55,1
Sulawesi Utara	58,9	67,5	67,9	71,0	69,0	65,5	62,6	61,8	62,0	68,0
Sulawesi Tengah	49,1	48,9	53,0	55,1	55,2	52,9	49,2	47,7	47,2	48,9
Sulawesi Selatan	36,8	36,7	39,1	36,2	37,1	35,7	37,4	36,5	34,8	35,3
Sulawesi Tenggara	36,0	43,8	43,8	42,5	45,9	46,8	44,7	42,3	38,6	42,0
Gorontalo	—	—	—	—	—	—	—	—	55,9	55,0
Maluku	30,5	37,2	40,1	37,1	44,5	38,2	38,5	—	26,0	44,9
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—	—	—	31,7	52,5
Papua	31,1	34,5	41,6	38,7	39,4	42,9	40,4	32,2	35,3	43,2
Indonesia	50,5	54,2	55,2	54,2	55,3	55,4	55,3	54,4	52,5	54,2

Catatan: Indikator hanya mencakup metode kontrasepsi modern (suntik, pil, IUD, implant/susuk, tubektomi, vasektomi, dan kondom).

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS. Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi.

Tabel 5.2. Proporsi kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih (bayi < 1 tahun) [%]

Propinsi/nasional	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nanggroe Aceh Darussalam	43,4	50,1	50,4	56,4	58,9	66,2	75,4	—	—	96,4
Sumatera Utara	68,6	77,8	79,1	77,4	81,1	77,2	83,8	83,8	85,0	85,9
Sumatera Barat	62,0	74,3	73,8	72,5	81,0	73,0	77,6	88,0	85,7	87,1
Riau	61,1	57,1	61,9	54,2	61,6	66,9	68,3	73,2	77,9	80,8
Jambi	43,2	54,9	47,2	46,3	57,4	55,0	60,2	57,1	68,3	63,2
Sumatera Selatan	43,6	51,5	52,3	53,5	63,1	59,5	73,8	68,1	74,4	70,8
Bengkulu	45,4	49,5	63,4	55,1	72,9	59,8	71,0	63,5	79,8	82,0
Lampung	34,8	48,2	46,0	43,8	53,3	51,6	59,0	67,6	65,0	63,8
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—	—	—	61,4	76,0
Jakarta	90,4	88,6	94,9	93,4	96,4	86,6	93,6	96,6	96,8	96,2
Jawa Barat	29,7	38,8	40,2	41,1	47,8	45,6	51,5	57,2	53,4	55,5
Jawa Tengah	35,2	40,6	45,8	44,4	54,4	54,5	63,2	65,7	69,9	73,0
Yogyakarta	59,8	60,6	67,5	60,2	73,3	67,2	84,2	76,0	85,1	91,8
Jawa Timur	41,9	46,0	48,5	49,0	57,6	59,2	67,2	74,4	71,4	73,6
Banten	—	—	—	—	—	—	—	—	58,4	57,3
Bali	74,1	82,7	83,0	85,1	90,3	85,1	92,0	94,2	94,4	92,9
Nusa Tenggara Barat	14,3	23,6	17,1	18,6	25,9	39,5	40,5	58,3	50,3	52,7
Nusa Tenggara Timur	21,6	21,2	24,7	23,3	26,5	33,5	37,9	36,2	36,7	38,9
Timor Timur	17,7	21,4	31,5	22,7	29,4	26,9	—	—	—	—
Kalimantan Barat	26,9	38,5	43,3	40,0	45,7	47,3	50,0	54,0	56,2	59,6
Kalimantan Tengah	27,4	42,2	40,4	39,6	51,0	56,5	62,4	70,0	65,4	64,0
Kalimantan Selatan	25,2	52,4	43,1	47,3	56,9	60,0	58,5	61,3	66,1	72,1
Kalimantan Timur	62,7	63,5	66,4	62,6	65,3	61,2	65,2	73,6	81,5	83,5
Sulawesi Utara	53,0	60,9	61,0	60,5	67,0	70,0	71,1	72,1	80,6	81,3
Sulawesi Tengah	20,7	31,7	32,8	37,5	43,1	50,7	53,4	55,3	55,7	57,8
Sulawesi Selatan	33,0	45,0	43,1	44,5	46,4	48,5	56,9	58,7	57,5	57,9
Sulawesi Tenggara	19,2	29,7	28,5	26,1	31,0	36,0	35,6	35,0	40,5	34,9
Gorontalo	—	—	—	—	—	—	—	—	57,6	45,2
Maluku	21,1	33,1	37,0	35,0	48,2	39,0	48,5	—	60,9	86,6
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—	—	—	55,6	72,4
Papua	47,2	47,3	49,4	35,9	57,7	51,1	57,0	67,4	68,1	93,8
Indonesia	40,7	47,2	49,7	49,2	56,3	56,0	63,1	66,9	66,6	68,4

Catatan: Tenaga kesehatan terlatih mencakup dokter, bidan dan tenaga paramedis lainnya.

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS. Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi.

Tabel 5.3. Proporsi kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih (balita) [%]

Propinsi/nasional	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nanggroe Aceh Darussalam	40,6	45,1	49,1	52,5	56,1	56,2	68,5	—	—	96,3
Sumatera Utara	65,4	76,8	75,9	71,3	82,4	72,3	81,5	83,1	82,6	84,6
Sumatera Barat	64,1	65,6	70,6	67,0	76,6	71,8	80,2	83,6	81,2	84,9
Riau	55,0	51,7	58,5	44,2	61,5	57,3	68,8	69,9	74,6	78,7
Jambi	37,7	42,5	43,6	38,7	56,8	51,0	59,5	55,3	63,3	61,6
Sumatera Selatan	42,3	43,5	46,5	48,3	60,5	55,0	68,2	72,4	73,9	69,4
Bengkulu	43,2	47,8	50,8	54,7	63,3	55,1	70,9	71,2	72,1	74,8
Lampung	30,3	40,0	40,7	40,8	50,3	49,3	58,6	63,2	63,9	61,6
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—	—	—	67,3	72,5
Jakarta	90,3	89,6	91,6	90,9	96,4	87,2	94,6	94,1	95,9	97,1
Jawa Barat	26,8	34,5	37,6	36,2	45,5	42,9	49,6	53,5	52,4	54,6
Jawa Tengah	31,0	37,3	39,9	39,7	49,1	47,3	57,7	61,5	64,5	69,8
Yogyakarta	49,5	60,5	60,3	54,4	68,8	62,5	78,1	76,0	81,9	87,2
Jawa Timur	38,7	41,7	44,2	44,8	52,7	54,2	62,8	67,4	68,1	72,2
Banten	—	—	—	—	—	—	—	—	59,7	56,6
Bali	73,6	78,8	84,5	83,9	85,8	83,8	90,4	93,3	91,3	92,4
Nusa Tenggara Barat	13,1	16,4	17,7	18,8	24,8	34,4	36,1	46,4	45,3	49,9
Nusa Tenggara Timur	19,8	21,4	22,9	18,9	25,6	31,8	31,7	32,3	34,4	37,3
Timor Timur	18,5	19,7	24,2	18,8	27,3	23,4	—	—	—	—
Kalimantan Barat	22,7	33,1	32,7	33,6	44,7	40,9	46,4	52,6	49,4	54,0
Kalimantan Tengah	18,9	40,3	36,6	36,0	45,1	51,6	57,9	62,4	66,2	61,1
Kalimantan Selatan	29,3	44,9	43,6	42,9	50,6	50,6	56,9	59,6	63,7	64,1
Kalimantan Timur	61,8	55,9	58,4	54,8	61,7	62,3	68,8	73,6	79,8	79,2
Sulawesi Utara	52,7	60,9	58,6	54,2	66,8	59,4	71,4	71,1	83,9	85,2
Sulawesi Tengah	30,0	30,8	35,8	33,4	41,1	45,0	49,8	51,2	52,9	58,1
Sulawesi Selatan	38,6	41,6	43,2	42,2	47,8	47,8	54,7	56,7	54,9	57,3
Sulawesi Tenggara	17,4	26,4	24,2	19,3	26,1	32,8	37,1	34,7	36,6	34,0
Gorontalo	—	—	—	—	—	—	—	—	51,1	44,5
Maluku	22,8	28,5	31,8	24,0	40,6	34,4	42,7	—	58,8	89,9
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—	—	—	49,3	77,0
Papua	38,7	34,6	34,9	29,3	45,5	41,6	51,5	55,3	56,9	95,1
Indonesia	38,5	43,6	46,1	44,9	53,9	51,8	60,2	63,5	64,2	66,7

Catatan: Tenaga kesehatan terlatih mencakup dokter, bidan dan tenaga paramedis lainnya.

Sumber: Susenas, dihitung untuk Laporan MDG oleh BPS. Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, dan Papua hanya mewakili ibukota propinsi.

Tabel 6.1. Proporsi pengguna alat KB (wanita menikah usia 15-49 tahun) yang melaporkan menggunakan kondom [%]

Propinsi	1992	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Nanggroe Aceh Darussalam	2,6	0,4	1,5	1,6	1,5	0,6	0,8	—	—	1,7
Sumatera Utara	3,7	3,4	1,7	1,7	1,8	1,8	1,2	0,6	0,9	1,2
Sumatera Barat	0,4	0,6	1,0	1,2	0,5	0,9	0,4	0,5	0,6	0,6
Riau	2,8	2,6	2,7	1,8	1,8	2,2	0,7	0,6	1,1	0,6
Jambi	0,0	0,7	0,4	0,6	1,1	0,5	0,5	0,1	0,3	0,3
Sumatera Selatan	1,9	1,7	0,8	1,5	0,8	1,1	0,5	0,5	0,7	0,2
Bengkulu	1,5	0,6	0,9	0,8	0,9	0,3	0,4	0,3	0,5	0,4
Lampung	0,3	0,6	0,3	0,5	0,2	0,6	0,6	0,3	0,1	0,5
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—	—	—	0,3	0,8
Jakarta	2,2	2,2	0,9	1,6	1,9	1,4	0,7	0,9	0,3	1,5
Jawa Barat	0,6	0,4	0,4	0,6	0,4	0,3	0,5	0,2	0,2	0,2
Jawa Tengah	1,5	1,0	0,9	0,8	0,8	0,7	0,7	0,4	0,5	0,5
Yogyakarta	4,8	3,9	3,6	2,7	2,4	4,2	2,2	2,7	1,3	2,0
Jawa Timur	1,2	0,7	0,8	0,5	0,9	0,6	0,4	0,5	0,3	0,3
Banten	—	—	—	—	—	—	—	—	0,3	0,6
Bali	1,7	1,4	1,5	1,8	0,9	1,1	0,6	0,5	0,6	0,8
Nusa Tenggara Barat	0,6	0,3	0,3	0,5	0,5	0,3	0,2	0,0	0,2	0,0
Nusa Tenggara Timur	1,5	0,3	0,2	0,3	0,4	1,5	0,2	0,1	0,0	0,2
Timor Timur	0,6	0,5	0,4	0,6	0,9	0,9	—	—	—	—
Kalimantan Barat	0,6	0,7	0,3	0,5	0,5	0,7	0,1	0,1	0,3	0,2
Kalimantan Tengah	0,4	1,1	0,3	0,7	0,4	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3
Kalimantan Selatan	0,2	0,6	0,3	0,7	0,3	0,4	0,4	0,2	0,2	0,4
Kalimantan Timur	2,1	0,7	1,0	1,0	0,6	0,5	1,0	0,6	0,3	0,3
Sulawesi Utara	0,2	0,2	0,4	0,4	0,4	0,7	0,2	0,1	0,2	0,1
Sulawesi Tengah	0,1	0,1	0,5	0,2	0,5	0,6	0,0	0,3	0,1	0,1
Sulawesi Selatan	0,8	0,5	0,8	0,7	0,5	0,4	0,4	0,2	0,1	0,2
Sulawesi Tenggara	0,4	0,1	0,3	0,8	0,5	0,1	0,2	0,2	0,0	0,1
Gorontalo	—	—	—	—	—	—	—	—	0,1	0,1
Maluku	0,5	0,3	0,1	0,6	0,3	0,3	0,0	—	0,0	0,0
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—	—	—	0,0	0,0
Papua	0,7	2,3	0,6	1,1	1,2	0,6	0,8	0,4	0,4	2,5
Indonesia	1,3	1,0	0,8	0,8	0,8	0,7	0,6	0,4	0,4	0,4

Sumber: Susenas, dihitung oleh BPS untuk Laporan MDG. Data tahun 2002 untuk Aceh, Maluku, Maluku Utara, and Papua hanya representatif untuk ibu kota propinsi.

Tabel 6.2. Pengetahuan tentang HIV dari berbagai survei yang berbeda

SDKI 2002-2003				MICS 2000										
Total	Pernah mendengar HIV/AIDS			Total	Pernah mendengar HIV/AIDS [6] / [4]		Di antaranya mengetahui bahwa selalu menggunakan kondom dapat mencegah HIV/AIDS [8] / [6]		Di antaranya mengetahui bahwa orang yang sehat dapat terinfeksi HIV [10] / [6]		Presentase wanita yang mengetahui bahwa selalu menggunakan kondom dapat mencegah HIV/AIDS [8] / [4]		Presentase wanita yang mengetahui bahwa orang yang sehat dapat terinfeksi HIV [10] / [4]	
	N [1]	% [2]	N [3]		N [4]	% [5]	N [6]	% [7]	N [8]	% [9]	N [10]	% [11]	N [12]	% [13]
Total wanita yang di wawancarai	29.482			11.049										
Usia 15-19	956	59,8	572	2.044	65,4	1.337	29,9	400	52,7	704	19,6	400	34,5	704
Usia 20-24	3.875	67,3	2.608	1.867	72,6	1.355	37,8	512	53,7	728	27,4	512	39,0	728
Usia 15-24	4.831	65,8	3.180	3.911	68,8	2.692	33,9	912	53,2	1.432	23,3	912	36,6	1.432
Usia 25-29	5.375	68,7	3.693	1.801	67,9	1.223	37,1	454	50,2	614	25,2	454	34,1	614
Usia 30-39	10.609	61,4	6.514											
Usia 40-49	8.667	45,7	3.961											
Usia 30-34				1.602	65,9	1.056	34,7	366	51,9	548	22,9	366	34,2	548
Usia 35-39				1.558	57,3	893	30,7	274	58,7	524	17,6	274	33,6	524
Usia 40-44				1.293	50,1	648	27,0	175	61,1	396	13,5	175	30,6	396
Usia 45-49				884	42,8	378	29,8	113	59,8	226	12,8	113	25,6	226
Usia 15-49	29.482	58,8	17.347	11,049	62,4	6.890	33,3	2.294	54,3	3.740	20,8	2.294	33,9	3.740
Total pria yang diwawancarai	8.310													
Usia 15-19	11	72,3	8											
Usia 20-24	426	79,6	339											
Usia 15-24	437	79,4	347											
Usia 25-29	1.214	79,7	968											
Usia 30-39	3.034	78,8	2.391											
Usia 40-49	2.618	66,4	1.738											
Usia 30-34														
Usia 35-39														
Usia 40-44														
Usia 45-49														
Usia 50-54	1.007	60,1	605											
Usia 15-49	8.310	72,8	6.049											

Sumber:
Multiple Indicator Cluster Survey 2000 (MICS)
Survei Demografi Kesehatan Indonesia 2002-2003 (SDKI)

Tabel 6.3. Ketersediaan obat dan ketiadaan cadangan, 2000

Drugs	Pemerintah (n=946)			Swasta (n=1904)		
	% fasilitas yang menyediakan obat	% ketiadaan cadangan pada saat survei	Jumlah minggu ketiadaan cadangan selama 6 bulan terakhir	% fasilitas yang menyediakan obat	% ketiadaan cadangan pada saat survei	Jumlah minggu ketiadaan cadangan selama 6 bulan terakhir
Ampicillin	95,7	8,4	4,9	79,1	3,5	2,6
Paracetamol	99,6	1,8	3,6	82,2	1,8	2,3
Anti-malarials	44,2	5	4,7	25,5	3,9	2,7
INH	73,2	4,5	5,8	18	2,6	3,4
Rifampicin	61	5,5	6,8	13,8	3,4	3,6
Ethambutol	65,9	6,9	7,8	14,4	2,6	3,3

Sumber: Beegle et al 2001. Analisa IFLS

Tabel 7.1. Proporsi luas kawasan hutan¹ terhadap luas daratan di Indonesia, 1993 dan 2001

Bioregion	Luas hutan 1993 (ha) ²	Luas hutan 2001 (ha) ³	Luas Daratan (ha) ⁴	Proporsi 1993 (%)	Proporsi 2001 (%)
Sumatra	26.481.554	22.155.466	48.239.300	54,9	45,9
Jawa-Bali	3.190.088	3.152.099	13.313.200	24,0	23,7
Kalimantan	38.467.884	36.328.242	54.789.100	70,2	66,3
Sulawesi	13.554.559	11.738.280	19.180.000	70,7	61,2
Nusa Tenggara	2.731.235	2.565.570	6.750.200	40,5	38,0
Maluku	5.096.883	7.146.109	7.787.100	65,5	91,8
Papua	40.591.690	40.298.365	42.198.100	96,2	95,5
Indonesia	130.113.894	123.384.131	192.257.000	67,7	64,2

¹ Hutan suaka alam, hutan produksi alam, hutan lindung, hutan produksi tetap, dan hutan produksi yang dapat dikonservasi

² Statistik Kehutanan 1992/1993

³ Statistik Kehutanan Indonesia 2001

⁴ Badan Pusat Statistik 1999

Tabel 7.2. Rasio kawasan lindung di Indonesia, 2000

Bioregion	Luas hutan lindung (ha) ²	Luas Kawasan Konservasi (ha) ^{1,2}	Luas kawasan lindung (ha)	Luas daratan (ha) ³	Rasio kawasan lindung (%)
Sumatra	6.562.845	4.752.442	11.315.287	48.239.300	23,5
Jawa-Bali	729.314	531.888	1.261.202	13.313.200	9,5
Kalimantan	6.627.016	4.051.815	10.678.831	54.789.100	19,5
Sulawesi	4.837.056	1.454.880	6.291.936	19.180.000	32,8
Nusa Tenggara	1.153.074	494.136	1.647.210	6.750.200	24,4
Maluku	1.809.634	259.540	2.069.174	7.787.100	26,6
Papua	10.619.090	6.799.710	17.418.800	42.198.100	41,3
Indonesia	32.338.029	18.344.410	50.682.439	192.257.000	26,4

¹ Terdiri dari hutan suaka alam dan hutan produksi alam.

² Statistik Kehutanan Indonesia, Departemen Kehutanan 2002

³ Badan Pusat Statistik 1999

Tabel 7.3. Perbandingan produk domestik bruto Indonesia dengan jumlah energi yang digunakan, 1990-2000

Tahun	Pemakaian energi komersial final (SBM) ¹	Pemakaian energi total final (SBM) ²	PDB (milyar Rp) ³	Rasio Komersial Final (SBM/juta Rp) ¹	Rasio Energi Total Final (SBM/juta Rp) ²
1993	292.751.948	495.406.573	329.776	0,89	1,50
1994	304.748.822	510.013.083	354.640	0,86	1,44
1995	330.488.271	537.892.594	383.792	0,86	1,40
1996	356.732.306	565.951.912	414.419	0,86	1,37
1997	377.239.710	591.083.662	433.246	0,87	1,36
1998	369.511.000	586.682.419	376.375	0,98	1,56
1999	389.713.886	609.281.561	379.352	1,03	1,61
2000	421.276.658	641.270.629	398.017	1,06	1,61
Average	355.307.825	567.197.804	383.702	0,93	1,48

Catatan: SBM = Setara Barrel Minyak

¹ Pemakaian energi tidak termasuk pemakaian biomasa. Sumber: Statistik Ekonomi Energi 2000, Departemen Energi dan Sumber Daya Mineral.

² Pemakaian energi termasuk pemakaian biomasa. Sumber: Statistik Ekonomi Energi 2000, Departemen Energi dan Sumber Daya Mineral.

³ Badan Pusat Statistik

Tabel 7.4. Jumlah emisi CO₂ dan CO₂-e¹ di Indonesia, 1990-1995, 2000, 2005, 2010, 2015 dan 2020

Tahun	Jumlah emisi (giga gram)
Aktual	
1990	452.941,18
1991	547.058,82
1992	558.823,53
1993	364.705,88
1994	482.352,94
Prediksi	
1995	514.285,71
2000	464.285,71
2005	478.571,43
2010	535.714,29
2015	628.571,43
2020	764.285,71

¹ Berdasarkan proxy dari grafik dalam Nasional Strategy Study on Clean Development Mechanism in Indonesia, Kementerian Lingkungan Hidup, 2001.

Tabel 7.5. Jumlah CO₂ dan CO₂-e per kapita di Indonesia, 1990, 1995 dan 2000

Tahun	Emisi CO ₂ (giga gram) ¹	Populasi (jiwa) ²	Emisi CO ₂ per kapita (kilo gram per kapita)
1990	452.941	178.631.196	2.535,6
1995	514.286	193.915.089	2.652,1
2000	464.286	206.264.595	2.250,9

¹ Berdasarkan proxy dari grafik dalam Nasional Strategy Study on Clean Development Mechanism in Indonesia, Kementerian Lingkungan Hidup, 2001

² Tahun 1990 dan 2000 dari Sensus Penduduk, tahun 1995 dari Sensus Penduduk Antar Waktu

Tabel 7.6. Konsumsi aktual *ozone depleting substances* di Indonesia, 1992-1998 [metrik ton]

ODS	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
CFC-11	933	1.237	2.804	4.238	4.998	4.398	3.350
CFC-12	4.164	2.940	3.962	4.008	3.910	3.214	2.810
CFC-115	40	44	40	42	40	38	38
Halon-1211	154	160	134	98	36	—	—
Halon-1301	51	56	42	36	15	15	—
CFC-113	160	200	150	100	10	—	—
Carbon tetrachloride	115	120	98	80	50	20	—
Trichloroethane	2.198	243	267	294	323	235	200
Methyl Bromide	—	211	231	254	198	242	210
Total	7.815	5.211	7.728	9.150	9.670	8.162	6.608

Catatan:

CFC-11: Trichlorofluoromethane

CFC-12: Dichlorodifluoromethane

CFC-115: Monochloropentafluoroethane

CFC-113: Trichlorotrifluoroethane

Halon-1211: Bromochlorodifluoromethane

Halon-1301: Bromotrifluoromethane

Sumber: Indonesia Country Programme Update, Kementerian Lingkungan Hidup, 2000

Tabel 7.7. Presentase penduduk Indonesia berdasarkan bahan bakar untuk memasak [%]

Tahun	Listrik	Gas	Minyak tanah	Kayu bakar/arang	Lain-lain	Keterangan
1989	0,70	1,40	26,82	70,19	0,50	Kayu bakar dan arang tidak dipisahkan
1992	2,39	3,39	27,22	66,10	0,60	"Kayu Bakar/Arang" termasuk arang sebesar 0,2% dari total bahan bakar memasak
1995	3,93	4,13	32,46	59,67	0,60	"Kayu Bakar/Arang" termasuk arang sebesar 0,4% dari total bahan bakar memasak
1998	1,38	7,29	37,64	52,13	0,20	"Kayu Bakar/Arang" termasuk arang sebesar 0,34% dari total bahan bakar memasak
2001	2,94	8,30	44,65	44,05	0,10	"Kayu Bakar/Arang" termasuk arang sebesar 0,2% dari total bahan bakar memasak; 1,2% rumah tangga dilaporkan tidak memasak

Sumber: Susenas dalam Buku Statistik Tahunan Indonesia. Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur.

Tabel 7.8. Proporsi rumah tangga/penduduk yang menggunakan biomasa untuk memasak [%]

Nasional/ propinsi	% Rumah tangga pengguna kayu bakar/arang					% Penduduk pengguna kayu bakar/arang				
	1989	1992	1995	1998	2001	1989	1992	1995	1998	2001
Nanggroe Aceh Darussalam	85,4	77,8	72,6	65,5	—	85,4	77,8	72,1	66,1	—
Sumatra Utara	71,1	63,3	56,2	47,6	44,5	71,6	63,7	55,8	48,0	44,1
Sumatera Barat	81,5	69,7	66,0	60,4	54,6	81,3	69,6	65,3	60,9	54,9
Riau	58,3	62,0	60,8	49,2	40,7	57,9	61,7	61,2	49,0	40,8
Jambi	74,7	75,9	73,4	63,3	55,2	74,6	75,7	74,0	64,0	54,5
Sumatera Selatan	64,1	68,9	65,1	59,3	54,3	64,2	69,0	65,6	59,1	53,8
Bengkulu	83,3	71,5	55,6	64,6	55,6	83,6	71,8	54,9	65,1	55,6
Lampung	85,9	85,6	80,2	76,4	70,3	85,8	85,4	79,6	76,0	70,4
Bangka Belitung	—	—	—	—	37,2	—	—	—	—	37,5
Jakarta	2,3	0,7	0,9	0,6	0,8	2,3	0,6	0,9	0,6	0,8
Jawa Barat	57,4	52,3	40,0	32,6	26,6	56,9	51,9	40,5	32,3	26,3
Jawa Tengah	80,8	77,8	71,1	63,9	55,3	79,9	77,0	70,3	64,7	55,9
Yogyakarta	76,6	72,5	56,5	61,3	47,3	76,7	72,6	56,3	61,6	47,8
Jawa Timur	75,3	70,7	63,4	58,6	46,4	74,5	70,0	63,2	59,2	46,8
Banten	—	—	—	—	24,6	—	—	—	—	24,6
Bali	76,5	69,9	61,5	54,6	45,3	76,2	69,6	61,7	54,1	45,2
Nusa Tenggara Barat	86,1	81,3	80,0	75,8	49,6	86,2	81,5	79,2	76,1	49,8
Nusa Tenggara Timur	94,8	92,0	86,8	90,5	81,5	95,2	92,3	87,5	90,2	81,0
Kalimantan Barat	76,3	75,8	70,4	60,8	58,9	75,6	75,2	70,1	61,4	58,3
Kalimantan Tengah	90,9	85,8	79,0	63,7	49,2	91,6	86,6	79,4	64,6	49,0
Kalimantan Selatan	87,3	81,1	74,4	60,9	43,0	86,3	80,2	73,7	60,9	43,1
Kalimantan Timur	49,5	49,6	43,0	33,7	29,5	49,5	49,6	43,0	33,7	29,7
Sulawesi Utara	77,0	72,4	72,0	68,6	45,3	76,7	72,2	71,9	69,1	44,8
Sulawesi Tengah	91,5	87,6	82,9	80,4	74,4	91,4	87,4	83,2	80,1	74,2
Sulawesi Selatan	79,4	71,5	72,3	58,1	50,4	79,6	71,7	71,9	57,6	50,1
Sulawesi Tenggara	91,1	85,9	82,3	74,8	62,1	90,6	85,4	82,9	75,7	61,8
Gorontalo	—	—	—	—	66,5	—	—	—	—	66,1
Maluku	83,5	78,5	72,6	71,2	—	83,1	78,2	72,5	71,4	—
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Papua	79,8	82,2	75,1	71,1	63,8	79,9	82,3	75,0	70,9	62,9
Indonesia	70,4	66,3	59,2	52,9	43,5	70,2	66,1	59,7	52,1	44,0

Catatan:

*Persentase pengguna arang saja terhadap total berkisar antara 0,27% hingga 0,43%

Rumah tangga terhadap populasi:

Rekalkulasi 1989 menggunakan ukuran rumah tangga rata-rata 1990

Rekalkulasi 1992 menggunakan ukuran rumah tangga rata-rata 1990

Rekalkulasi 1995 menggunakan ukuran rumah tangga rata-rata 1995

Rekalkulasi 1998 menggunakan ukuran rumah tangga rata-rata 2000

Rekalkulasi 2001 menggunakan ukuran rumah tangga rata-rata 2002

Sumber: Susenas. Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur

Tabel 7.9a. Proporsi rumah tangga/penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (total) [%]

Nasional/propinsi	1992		1993	
	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾
Nanggroe Aceh Darussalam	8,3	56,2	10,3	47,3
Sumatera Utara	21,8	64,8	20,2	62,1
Sumatera Barat	21,5	60,1	17,9	51,2
Riau	7,9	60,5	6,6	58,6
Jambi	12,8	61,4	11,7	50,8
Sumatera Selatan	17,2	46,6	18,8	49,9
Bengkulu	12,5	41,2	12,4	38,2
Lampung	4,4	36,1	4,9	32,1
Bangka Belitung	—	—	—	—
Jakarta	43,9	98,4	44,1	96,9
Jawa Barat	7,6	68,6	8,1	60,5
Jawa Tengah	11,2	66,9	10,8	65,3
Yogyakarta	8,3	84,1	8,0	73,6
Jawa Timur	14,9	69,7	14,7	72,1
Banten	—	—	—	—
Bali	30,9	77,8	32,6	77,3
Nusa Tenggara Barat	13,7	71,9	10,8	65,5
Nusa Tenggara Timur	19,7	68,5	16,8	53,4
Kalimantan Barat	9,5	42,2	9,0	48,0
Kalimantan Tengah	13,2	31,3	10,5	36,1
Kalimantan Selatan	25,2	47,8	27,4	46,0
Kalimantan Timur	35,6	53,9	39,0	57,8
Sulawesi Utara	21,6	71,4	21,8	64,5
Sulawesi Tengah	20,6	48,9	16,5	55,4
Sulawesi Selatan	14,7	57,1	17,4	56,2
Sulawesi Tenggara	24,8	50,0	21,5	59,1
Gorontalo	—	—	—	—
Maluku	16,4	56,2	17,8	62,5
Maluku Utara	—	—	—	—
Papua	9,6	41,8	18,3	43,2
Indonesia	14,7	65,1	14,7	62,7

Definisi:

¹⁾ Persentase rumah tangga dalam survai yang menggunakan sumber air pipa/leding.²⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak lebih dari 10 m dari pembuangan tinja. Sumber air yang layak meliputi: air perpipaan, sumur pompa, air kemasan, sumur/mata air terlindungi, air hujan (Susenas).³⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak tanpa memperdulikan jarak dari pembuangan tinja.

Sumber: Susenas (Statistik Kesejahteraan Rakyat - BPS). Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur.

Tabel 7.9a. Proporsi rumah tangga/penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (total) [%] –lanjutan

Nasional/propinsi	1994			1995		
	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak dan memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ²⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak dan memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ²⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾
Nanggroe Aceh Darussalam	10,5	24,1	48,4	10,4	25,4	52,5
Sumatera Utara	22,0	39,6	63,9	23,1	40,4	65,0
Sumatera Barat	18,4	33,2	52,4	19,6	34,3	58,7
Riau	7,6	44,5	62,8	8,9	41,4	62,7
Jambi	15,1	39,6	51,1	14,2	37,3	51,3
Sumatera Selatan	17,6	32,1	47,2	17,9	34,9	51,8
Bengkulu	11,5	24,4	46,4	13,9	21,2	43,9
Lampung	6,4	18,9	36,3	4,8	17,6	41,8
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—
Jakarta	47,5	54,8	98,3	47,1	55,7	97,8
Jawa Barat	10,9	28,9	65,6	11,3	29,4	69,9
Jawa Tengah	10,7	39,3	70,8	11,3	39,4	69,7
Yogyakarta	8,8	45,4	72,8	10,0	44,7	85,0
Jawa Timur	15,8	46,9	72,5	15,3	47,4	75,8
Banten	—	—	—	—	—	—
Bali	35,2	59,9	82,9	35,8	58,5	83,8
Nusa Tenggara Barat	10,6	28,4	65,5	12,8	27,8	67,8
Nusa Tenggara Timur	16,9	37,5	49,6	16,9	35,3	50,6
Kalimantan Barat	10,0	48,3	48,4	8,6	58,6	60,2
Kalimantan Tengah	14,1	30,2	36,8	11,6	26,0	36,0
Kalimantan Selatan	29,2	41,5	49,3	29,6	39,6	47,6
Kalimantan Timur	41,3	53,2	60,6	43,2	56,0	61,8
Sulawesi Utara	26,4	46,5	73,8	30,1	47,7	75,6
Sulawesi Tengah	17,3	27,3	56,3	18,2	28,8	53,7
Sulawesi Selatan	18,9	35,8	58,5	18,8	34,5	59,9
Sulawesi Tenggara	24,9	41,2	59,5	24,3	44,5	60,5
Gorontalo	—	—	—	—	—	—
Maluku	23,4	44,8	65,4	19,4	39,6	60,8
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—
Papua	16,7	30,1	35,0	17,6	31,7	43,0
Indonesia	16,2	38,2	65,3	16,4	38,5	67,7

Definisi:

¹⁾ Persentase rumah tangga dalam survei yang menggunakan sumber air pipa/leding.

²⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak lebih dari 10 m dari pembuangan tinja. Sumber air yang layak meliputi: air perpipaan, sumur pompa, air kemasan, sumur/mata air terlindungi, air hujan (Susenas).

³⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak tanpa memperdulikan jarak dari pembuangan tinja.

Sumber: Susenas (Statistik Kesejahteraan Rakyat - BPS). Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur.

Tabel 7.9a. Proporsi rumah tangga/penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (total) [%] –lanjutan

Nasional/propinsi	1996			1997	
	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak dan memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ²⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾
Nanggroe Aceh Darussalam	9,9	27,4	51,2	12,8	59,3
Sumatera Utara	22,7	38,2	64,2	26,3	70,5
Sumatera Barat	18,0	35,6	59,1	22,5	65,4
Riau	7,2	47,6	63,9	8,1	68,0
Jambi	16,1	38,9	52,4	18,3	62,4
Sumatera Selatan	17,7	35,1	58,0	21,4	58,7
Bengkulu	13,4	20,9	43,7	15,6	48,5
Lampung	6,2	25,3	50,3	6,2	54,1
Bangka Belitung	—	—	—	—	—
Jakarta	53,2	59,4	98,6	53,5	99,3
Jawa Barat	13,9	34,4	76,8	14,1	79,5
Jawa Tengah	12,6	42,3	75,0	13,9	80,2
Yogyakarta	9,5	43,8	82,2	11,8	81,5
Jawa Timur	16,2	51,7	78,7	18,4	80,8
Banten	—	—	—	—	—
Bali	36,5	60,5	85,3	46,2	87,6
Nusa Tenggara Barat	11,4	31,6	67,6	14,4	80,2
Nusa Tenggara Timur	16,5	41,8	59,1	16,4	60,4
Kalimantan Barat	9,5	50,1	52,0	12,2	57,0
Kalimantan Tengah	12,6	31,3	39,9	12,8	42,0
Kalimantan Selatan	31,8	43,0	52,1	31,3	56,4
Kalimantan Timur	43,2	59,5	65,3	41,6	68,0
Sulawesi Utara	26,7	42,1	70,7	27,9	82,6
Sulawesi Tengah	18,5	34,8	60,5	21,9	70,2
Sulawesi Selatan	20,0	37,5	64,5	21,5	69,1
Sulawesi Tenggara	19,8	41,4	61,8	24,7	66,2
Gorontalo	—	—	—	—	—
Maluku	27,2	47,7	71,6	20,4	68,2
Maluku Utara	—	—	—	—	—
Papua	17,5	33,2	39,9	18,6	48,3
Indonesia	17,6	41,5	71,4	19,2	75,0

Definisi:

¹⁾ Persentase rumah tangga dalam survei yang menggunakan sumber air pipa/leding.²⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak lebih dari 10 m dari pembuangan tinja. Sumber air yang layak meliputi: air perpipaan, sumur pompa, air kemasan, sumur/mata air terlindungi, air hujan (Susenas).³⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak tanpa memperdulikan jarak dari pembuangan tinja.

Sumber: Susenas (Statistik Kesejahteraan Rakyat - BPS). Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur.

Tabel 7.9a. Proporsi rumah tangga/penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (total) [%] –lanjutan

Nasional/propinsi	1998			1999		
	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak dan memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ²⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak dan memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ²⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾
Nanggroe Aceh Darussalam	12,2	28,7	59,2	9,7	27,9	63,7
Sumatera Utara	24,8	43,2	71,3	23,5	43,6	72,0
West Sumatra	21,9	39,8	64,8	21,5	40,8	67,0
Riau	7,1	43,6	65,1	7,3	45,4	68,2
Jambi	22,2	45,5	63,4	22,2	45,7	61,1
Sumatera Selatan	18,3	38,3	61,6	17,6	38,5	64,9
Bengkulu	14,9	22,6	48,1	14,7	23,9	52,8
Lampung	6,0	26,9	54,8	5,6	28,4	58,4
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—
Jakarta	50,3	63,0	99,5	47,6	60,6	98,7
Jawa Barat	12,9	33,5	81,4	13,4	34,1	80,3
Jawa Tengah	15,1	44,7	79,9	15,1	45,7	81,3
Yogyakarta	11,6	47,1	88,5	9,2	48,7	82,9
Jawa Timur	18,6	50,2	83,1	18,8	51,2	84,6
Banten	—	—	—	—	—	—
Bali	45,3	63,5	89,9	46,2	65,4	92,4
Nusa Tenggara Barat	12,4	32,7	80,0	13,8	33,4	79,7
Nusa Tenggara Timur	18,8	48,1	64,7	19,1	43,5	63,9
Kalimantan Barat	15,0	59,0	61,2	11,5	52,3	55,9
Kalimantan Tengah	16,2	36,5	49,2	15,8	38,6	50,1
Kalimantan Selatan	35,7	48,5	60,4	34,3	47,9	60,8
Kalimantan Timur	49,9	58,4	69,7	46,6	62,6	71,0
Sulawesi Utara	28,5	49,1	78,6	23,1	46,7	76,8
Sulawesi Tengah	24,2	40,4	68,0	19,9	39,0	70,2
Sulawesi Selatan	23,1	41,6	71,5	21,7	42,8	72,0
Sulawesi Tenggara	24,7	47,5	71,0	21,7	48,7	71,3
Gorontalo	—	—	—	—	—	—
Maluku	24,3	44,5	71,6	20,7	44,8	76,6
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—
Papua	16,2	36,7	45,1	15,0	38,6	48,6
Indonesia	19,1	43,1	76,4	18,6	43,4	77,1

Definisi:

¹⁾ Persentase rumah tangga dalam survei yang menggunakan sumber air pipa/leding.

²⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak lebih dari 10 m dari pembuangan tinja. Sumber air yang layak meliputi: air perpipaan, sumur pompa, air kemasan, sumur/mata air terlindungi, air hujan (Susenas).

³⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak tanpa memperdulikan jarak dari pembuangan tinja.

Sumber: Susenas (Statistik Kesejahteraan Rakyat - BPS). Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur.

Tabel 7.9a. Proporsi rumah tangga/penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (total) [%] –lanjutan

Nasional/propinsi	2000		2001	
	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾	Piped water ¹⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾
Nanggroe Aceh Darussalam	—	—	—	—
Sumatera Utara	27,7	75,7	24,7	73,7
West Sumatra	21,9	69,5	22,3	65,8
Riau	10,8	71,2	10,4	71,8
Jambi	17,3	61,7	16,9	63,1
Sumatera Selatan	17,7	64,7	16,1	61,5
Bengkulu	15,9	61,9	13,3	50,9
Lampung	5,1	53,9	6,8	56,9
Bangka Belitung	—	—	9,6	64,2
Jakarta	48,3	99,1	51,0	98,8
Jawa Barat	12,4	80,8	12,6	78,6
Jawa Tengah	15,8	82,6	14,5	81,5
Yogyakarta	9,1	84,3	6,7	88,0
Jawa Timur	20,0	83,9	17,9	84,0
Banten	—	—	13,0	81,4
Bali	47,1	93,3	40,3	90,7
Nusa Tenggara Barat	18,3	81,4	16,6	84,3
Nusa Tenggara Timur	17,4	66,7	19,2	65,9
Kalimantan Barat	14,2	56,4	9,8	58,2
Kalimantan Tengah	17,9	47,0	13,5	47,6
Kalimantan Selatan	33,9	58,5	33,8	60,1
Kalimantan Timur	45,3	65,8	41,7	66,8
Sulawesi Utara	27,4	81,6	31,1	83,9
Sulawesi Tengah	20,9	66,5	17,6	70,9
Sulawesi Selatan	22,0	74,6	20,8	69,7
Sulawesi Tenggara	26,3	79,0	23,0	74,9
Gorontalo	—	—	14,8	67,4
Maluku	—	—	28,0	75,7
Maluku Utara	—	—	21,4	48,8
Papua	15,6	48,3	16,3	51,9
Indonesia	19,2	78,2	18,3	77,2

Definisi:

¹⁾ Persentase rumah tangga dalam survei yang menggunakan sumber air pipa/leding²⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak lebih dari 10 m dari pembuangan tinja. Sumber air yang layak meliputi: air perpipaan, sumur pompa, air kemasan, sumur/mata air terlindungi, air hujan (Susenas)³⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak tanpa memperdulikan jarak dari pembuangan tinja.

Sumber: Susenas (Statistik Kesejahteraan Rakyat - BPS). Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur.

Tabel 7.9a. Proporsi rumah tangga/penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (total) [%] –lanjutan

Nasional/propinsi	2002		
	Piped water ¹⁾	Air dari sumber yang layak dan memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ²⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾
Nanggroe Aceh Darussalam	—	—	—
Sumatera Utara	24,1	50,2	75,5
Sumatera Barat	21,0	47,0	70,0
Riau	11,0	51,6	70,2
Jambi	—	50,3	63,1
Sumatera Selatan	15,8	41,3	61,4
Bengkulu	11,3	36,3	54,5
Lampung	5,3	39,6	62,9
Bangka Belitung	8,4	41,9	64,5
Jakarta	49,8	70,4	99,3
Jawa Barat	13,6	41,2	81,4
Jawa Tengah	15,0	53,2	82,0
Yogyakarta	9,4	61,3	87,4
Jawa Timur	19,1	57,8	85,0
Banten	9,9	40,3	84,5
Bali	42,2	73,2	92,8
Nusa Tenggara Barat	12,5	43,5	78,6
Nusa Tenggara Timur	14,9	42,5	66,3
Kalimantan Barat	10,6	51,8	57,2
Kalimantan Tengah	13,5	34,1	46,7
Kalimantan Selatan	33,5	47,7	57,2
Kalimantan Timur	46,1	64,6	70,4
Sulawesi Utara	32,4	57,8	83,4
Sulawesi Tengah	15,4	38,0	71,1
Sulawesi Selatan	20,8	45,8	72,1
Sulawesi Tenggara	22,5	51,3	73,0
Gorontalo	11,2	30,5	68,3
Maluku	—	—	—
Maluku Utara	—	—	—
Papua	—	—	—
Indonesia	18,3	50,0	78,7

Definisi:

¹⁾ Persentase rumah tangga dalam survai yang menggunakan sumber air pipa/leding.

²⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak lebih dari 10 m dari pembuangan tinja. Sumber air yang layak meliputi: air perpipaan, sumur pompa, air kemasan, sumur/mata air terlindungi, air hujan (Susenas).

³⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak tanpa memperdulikan jarak dari pembuangan tinja.

Sumber: Susenas (Statistik Kesejahteraan Rakyat - BPS). Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur.

Tabel 7.9b. Proporsi rumah tangga/penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (pedesaan) [%]

Nasional/propinsi	1992		1993	
	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾
Nanggroe Aceh Darussalam	2,0	50,3	4,1	40,4
Sumatera Utara	9,7	53,3	8,9	49,1
Sumatera Barat	14,2	51,3	8,9	40,6
Riau	2,5	56,0	0,6	49,9
Jambi	8,9	54,7	5,1	44,9
Sumatera Selatan	3,0	34,7	3,9	38,2
Bengkulu	8,8	31,8	8,6	27,6
Lampung	2,5	33,4	2,6	28,3
Bangka Belitung	—	—	—	—
Jakarta	—	—	—	—
Jawa Barat	2,8	60,7	2,9	50,8
Jawa Tengah	3,0	60,1	4,5	59,6
Yogyakarta	1,7	78,6	2,6	60,6
Jawa Timur	5,7	64,3	4,6	66,3
Banten	—	—	—	—
Bali	24,9	72,9	27,0	73,0
Nusa Tenggara Barat	10,3	70,1	7,5	62,1
Nusa Tenggara Timur	15,0	49,9	11,4	49,0
Kalimantan Barat	1,8	29,9	2,4	37,3
Kalimantan Tengah	8,1	19,7	4,2	25,6
Kalimantan Selatan	6,8	34,8	10,3	33,4
Kalimantan Timur	5,5	20,0	11,0	28,2
Sulawesi Utara	12,3	66,2	12,0	57,5
Sulawesi Tengah	16,1	40,9	10,7	47,6
Sulawesi	3,5	49,4	6,4	47,3
Sulawesi Tenggara	19,5	46,4	11,4	52,1
Gorontalo	—	—	—	—
Maluku	4,8	48,5	6,2	54,6
Maluku Utara	—	—	—	—
Papua	2,2	35,5	4,7	29,2
Indonesia	5,5	55,8	5,4	52,8

Definisi:

¹⁾ Persentase rumah tangga dalam survai yang menggunakan sumber air pipa/leding.

²⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak lebih dari 10 m dari pembuangan tinja. Sumber air yang layak meliputi: air perpipaan, sumur pompa, air kemasan, sumur/mata air terlindungi, air hujan (Susenas).

³⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak tanpa memperdulikan jarak dari pembuangan tinja.

Sumber: Susenas (Statistik Kesejahteraan Rakyat - BPS). Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur.

Tabel 7.9b. Proporsi rumah tangga/penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (pedesaan) [%] –lanjutan

Nasional/propinsi	1994			1995		
	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak dan memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ²⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak dan memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ²⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾
Nanggroe Aceh Darussalam	3,8	17,5	41,0	3,7	19,1	44,8
Sumatera Utara	8,6	31,1	49,2	7,3	28,0	50,1
Sumatera Barat	10,4	26,6	42,3	11,0	26,8	48,5
Riau	1,5	43,8	55,3	2,7	41,0	54,4
Jambi	7,2	33,3	42,7	5,1	30,4	43,0
Sumatera Selatan	3,7	20,9	34,7	5,0	23,7	39,1
Bengkulu	6,0	19,0	34,1	8,4	15,9	33,1
Lampung	3,7	16,9	31,8	1,9	15,4	37,3
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—
Jakarta	—	—	—	—	—	—
Jawa Barat	3,6	22,3	56,8	4,3	23,6	61,1
Jawa Tengah	3,8	36,1	64,9	3,0	34,8	63,1
Yogyakarta	2,2	45,3	62,1	3,8	46,5	73,0
Jawa Timur	5,2	40,5	65,6	4,8	41,1	69,3
Banten	—	—	—	—	—	—
Bali	28,5	58,2	79,4	27,2	57,2	79,7
Nusa Tenggara Barat	8,2	26,1	62,4	10,5	26,2	64,1
Nusa Tenggara Timur	9,4	31,3	44,5	10,4	29,7	46,1
Kalimantan Barat	4,1	36,3	37,6	2,6	48,8	51,4
Kalimantan Tengah	7,1	23,7	24,9	3,3	17,3	21,7
Kalimantan Selatan	11,5	26,7	35,4	9,7	22,9	32,3
Kalimantan Timur	13,4	27,1	33,0	11,0	27,9	34,9
Sulawesi Utara	16,2	41,9	69,8	19,3	41,3	70,3
Sulawesi Tengah	11,6	22,2	48,2	10,5	21,9	43,8
Sulawesi Selatan	6,6	24,3	48,4	5,8	22,8	50,3
Sulawesi Tenggara	14,0	31,3	51,7	12,9	35,6	53,3
Gorontalo	—	—	—	—	—	—
Maluku	10,1	35,4	57,1	7,3	29,2	50,9
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—
Papua	3,0	16,9	20,2	5,0	20,0	30,3
Indonesia	5,9	30,9	55,1	5,7	30,8	57,4

Definisi:

¹⁾ Persentase rumah tangga dalam survai yang menggunakan sumber air pipa/leding.

²⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak lebih dari 10 m dari pembuangan tinja. Sumber air yang layak meliputi: air perpipaan, sumur pompa, air kemasan, sumur/mata air terlindungi, air hujan (Susenas).

³⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak tanpa memperdulikan jarak dari pembuangan tinja.

Sumber: Susenas (Statistik Kesejahteraan Rakyat - BPS). Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur.

Tabel 7.9b. Proporsi rumah tangga/penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (pedesaan) [%] –lanjutan

Nasional/propinsi	1996			1997	
	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak dan memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ²⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾	Piped water ¹⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾
Nanggroe Aceh Darussalam	3,4	22,7	44,5	4,5	53,1
Sumatera Utara	7,4	26,8	50,4	8,6	56,4
Sumatera Barat	9,1	29,1	49,2	12,6	56,9
Riau	1,1	46,5	56,9	1,0	59,8
Jambi	5,2	31,5	43,5	8,5	56,1
Sumatera Selatan	4,4	24,7	47,8	5,3	47,1
Bengkulu	6,8	15,8	31,6	7,4	33,9
Lampung	2,6	23,9	46,0	1,3	48,8
Bangka Belitung	—	—	—	—	—
Jakarta	—	—	—	—	—
Jawa Barat	5,0	28,7	67,3	4,6	70,1
Jawa Tengah	4,6	38,1	69,3	5,7	75,1
Yogyakarta	3,9	46,5	73,0	5,9	71,5
Jawa Timur	4,9	46,4	72,9	6,5	75,5
Banten	—	—	—	—	—
Bali	29,6	59,1	82,0	39,4	84,9
Nusa Tenggara Barat	8,4	30,4	64,8	12,2	78,9
Nusa Tenggara Timur	9,4	35,9	54,5	8,6	55,1
Kalimantan Barat	2,6	38,4	41,2	5,7	48,9
Kalimantan Tengah	5,4	25,7	29,3	4,1	30,1
Kalimantan Selatan	14,1	28,3	39,8	13,3	43,5
Kalimantan Timur	13,0	32,0	39,4	8,8	45,1
Sulawesi Utara	16,8	35,0	64,9	16,9	78,8
Sulawesi Tengah	13,4	30,7	52,9	14,3	62,9
Sulawesi Selatan	5,9	25,4	54,9	6,0	60,5
Sulawesi Tenggara	7,9	32,9	53,2	14,0	58,8
Gorontalo	—	—	—	—	—
Maluku	15,7	38,4	64,0	9,9	58,2
Maluku Utara	—	—	—	—	—
Papua	3,4	18,8	23,9	5,8	37,1
Indonesia	6,1	34,3	61,5	7,0	65,7

Definisi:

¹⁾ Persentase rumah tangga dalam survei yang menggunakan sumber air pipa/leding.²⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak lebih dari 10 m dari pembuangan tinja. Sumber air yang layak meliputi: air perpipaan, sumur pompa, air kemasan, sumur/mata air terlindungi, air hujan (Susenas).³⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak tanpa memperdulikan jarak dari pembuangan tinja.

Sumber: Susenas (Statistik Kesejahteraan Rakyat - BPS). Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur.

Tabel 7.9b. Proporsi rumah tangga/penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (pedesaan) [%] –lanjutan

Nasional/propinsi	1998			1999		
	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak dan memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ²⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak dan memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ²⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾
Nanggroe Aceh Darussalam	4,8	22,2	52,4	3,9	22,0	56,3
Sumatera Utara	9,1	30,5	58,1	8,4	30,6	58,8
Sumatera Barat	13,3	33,6	55,8	12,0	35,4	58,2
Riau	1,2	43,5	56,6	0,8	46,3	61,7
Jambi	9,7	36,2	54,3	8,0	34,4	50,7
Sumatera Selatan	4,5	27,8	51,9	5,0	28,8	55,9
Bengkulu	9,6	18,9	33,3	6,6	16,7	39,0
Lampung	2,9	25,3	51,8	1,9	26,4	54,6
Bangka Belitung	---	---	---	---	---	---
Jakarta	---	---	---	---	---	---
Jawa Barat	5,4	29,1	72,4	5,1	27,8	71,5
Jawa Tengah	6,2	40,1	74,7	5,6	41,0	75,8
Yogyakarta	8,7	50,2	81,6	4,8	47,4	72,0
Jawa Timur	7,2	44,4	78,3	6,3	43,3	78,3
Banten	---	---	---	---	---	---
Bali	39,6	61,1	85,2	41,0	66,4	89,3
Nusa Tenggara Barat	8,8	30,6	77,9	9,9	31,6	76,6
Nusa Tenggara Timur	12,0	41,2	60,6	10,2	38,5	58,0
Kalimantan Barat	8,6	48,2	51,8	5,0	41,0	45,6
Kalimantan Tengah	7,9	31,7	36,8	6,5	31,6	35,9
Kalimantan Selatan	18,2	34,2	49,0	16,0	33,0	48,3
Kalimantan Timur	15,1	31,6	39,6	19,6	38,6	46,8
Sulawesi Utara	18,4	44,0	73,5	12,0	41,7	72,2
Sulawesi Tengah	17,9	36,3	61,2	14,1	34,7	63,8
Sulawesi Selatan	8,2	30,2	63,5	8,2	32,5	63,9
Sulawesi Tenggara	14,7	41,9	64,7	10,2	38,9	64,3
Gorontalo	---	---	---	---	---	---
Maluku	13,6	35,6	63,0	9,1	34,0	69,4
Maluku Utara	---	---	---	---	---	---
Papua	4,6	25,2	30,9	1,8	26,7	37,3
Indonesia	8,0	35,9	67,3	7,0	35,6	67,7

Definisi:

¹⁾ Persentase rumah tangga dalam survai yang menggunakan sumber air pipa/leding.

²⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak lebih dari 10 m dari pembuangan tinja. Sumber air yang layak meliputi: air perpipaan, sumur pompa, air kemas, sumur/mata air terlindungi, air hujan (Susenas).

³⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak tanpa memperdulikan jarak dari pembuangan tinja.

Sumber: Susenas (Statistik Kesejahteraan Rakyat - BPS). Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur.

Tabel 7.9b. Proporsi rumah tangga/penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (pedesaan) [%] –lanjutan

Nasional/propinsi	2000		2001	
	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾
Nanggroe Aceh Darussalam	—	—	—	—
Sumatera Utara	10,2	63,3	7,6	60,6
Sumatera Barat	11,7	61,2	12,0	56,8
Riau	1,0	61,8	2,5	64,5
Jambi	9,3	52,5	8,8	54,9
Sumatera Selatan	3,5	59,0	2,7	50,0
Bengkulu	8,8	50,4	7,8	41,9
Lampung	1,0	49,8	2,8	52,4
Bangka Belitung	—	—	0,6	50,9
Jakarta	—	—	—	—
Jawa Barat	4,0	71,5	5,0	69,0
Jawa Tengah	5,3	77,0	5,5	75,7
Yogyakarta	8,6	79,1	2,7	81,7
Jawa Timur	6,6	78,2	6,1	77,9
Banten	—	—	2,0	63,6
Bali	39,8	90,6	33,7	86,1
Nusa Tenggara Barat	13,1	78,8	5,5	77,8
Nusa Tenggara Timur	8,4	62,2	11,8	61,7
Kalimantan Barat	5,5	42,8	4,1	45,4
Kalimantan Tengah	7,0	33,2	4,4	32,0
Kalimantan Selatan	14,1	44,0	13,2	46,5
Kalimantan Timur	6,7	33,5	11,4	44,4
Sulawesi Utara	16,1	77,4	18,3	83,7
Sulawesi Tengah	15,3	60,6	12,7	65,5
Sulawesi Selatan	7,0	66,6	4,8	60,2
Sulawesi Tenggara	16,1	74,7	13,1	71,3
Gorontalo	—	—	7,3	61,0
Maluku	—	—	24,0	67,6
Maluku Utara	—	—	9,1	36,1
Papua	1,6	36,3	3,4	39,4
Indonesia	6,9	68,7	6,5	67,0

Definisi:

¹⁾ Persentase rumah tangga dalam survai yang menggunakan sumber air pipa/leding.

²⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak lebih dari 10 m dari pembuangan tinja. Sumber air yang layak meliputi: air perpipaan, sumur pompa, air kemas, sumur/mata air terlindungi, air hujan (Susenas).

³⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak tanpa memperdulikan jarak dari pembuangan tinja.

Sumber: Susenas (Statistik Kesejahteraan Rakyat - BPS). Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur.

Tabel 7.9b. Proporsi rumah tangga/penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (pedesaan) [%] –lanjutan

Nasional/propinsi	2002		
	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak dan memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ²⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾
Nanggroe Aceh Darussalam	—	—	—
Sumatera Utara	7,4	36,7	62,1
Sumatera Barat	10,9	38,3	61,5
Riau	0,6	46,8	59,2
Jambi	9,6	40,0	51,9
Sumatera Selatan	3,3	30,9	50,0
Bengkulu	4,0	29,6	45,4
Lampung	1,1	36,9	59,6
Bangka Belitung	0,5	36,8	56,6
Jakarta	—	—	—
Jawa Barat	4,6	32,1	71,5
Jawa Tengah	5,4	48,4	76,5
Yogyakarta	6,7	71,4	82,3
Jawa Timur	6,9	49,9	78,1
Banten	0,1	31,4	69,6
Bali	36,8	73,8	88,9
Nusa Tenggara Barat	6,2	39,8	77,1
Nusa Tenggara Timur	7,2	36,9	62,4
Kalimantan Barat	5,1	38,8	45,0
Kalimantan Tengah	3,5	24,4	33,8
Kalimantan Selatan	10,7	29,2	39,5
Kalimantan Timur	14,5	35,2	45,2
Sulawesi Utara	17,6	50,0	80,0
Sulawesi Tengah	10,5	35,2	67,3
Sulawesi Selatan	4,6	33,0	64,0
Sulawesi Tenggara	12,8	44,5	68,6
Gorontalo	4,3	22,6	59,8
Maluku	—	—	—
Maluku Utara	—	—	—
Papua	—	—	—
Indonesia	6,2	40,8	68,5

Definisi:

¹⁾ Persentase rumah tangga dalam survei yang menggunakan sumber air pipa/leding.

²⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak lebih dari 10 m dari pembuangan tinja. Sumber air yang layak meliputi: air perpipaan, sumur pompa, air kemasan, sumur/mata air terlindungi, air hujan (Susenas).

³⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak tanpa memperdulikan jarak dari pembuangan tinja.

Sumber: Susenas (Statistik Kesejahteraan Rakyat - BPS). Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur.

Tabel 7.9c. Proporsi rumah tangga/penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (perkotaan) [%]

Nasional/propinsi	1992		1993	
	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾	Piped water ¹⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾
Nanggroe Aceh Darussalam	40,6	86,7	40,3	80,5
Sumatera Utara	43,9	85,6	39,3	84,1
Sumatera Barat	48,8	93,2	48,6	87,4
Riau	19,8	70,2	19,0	76,3
Jambi	27,5	86,5	34,1	71,5
Sumatera Selatan	52,1	75,8	54,5	78,1
Bengkulu	25,0	72,9	24,3	70,9
Lampung	18,4	56,6	21,5	60,3
Bangka Belitung	—	—	—	—
Jakarta	43,9	98,4	44,1	96,9
Jawa Barat	17,0	84,1	17,5	77,6
Jawa Tengah	33,5	85,2	26,9	80,1
Yogyakarta	14,8	89,6	12,5	84,4
Jawa Timur	39,9	84,5	40,7	87,0
Banten	—	—	—	—
Bali	46,2	90,2	45,7	87,3
Nusa Tenggara Barat	30,6	80,6	26,6	82,1
Nusa Tenggara Timur	58,4	84,8	58,6	86,7
Kalimantan Barat	42,3	94,5	36,5	93,3
Kalimantan Tengah	34,8	80,9	35,5	77,8
Kalimantan Selatan	76,3	84,0	72,9	79,6
Kalimantan Timur	67,4	89,6	67,3	87,8
Sulawesi Utara	52,0	88,5	52,6	86,5
Sulawesi Tengah	43,4	89,4	43,1	90,9
Sulawesi Selatan	50,1	81,4	50,8	82,8
Sulawesi Tenggara	49,8	79,1	65,2	89,4
Gorontalo	—	—	—	—
Maluku	61,5	85,9	59,4	91,1
Maluku Utara	—	—	—	—
Papua	61,3	85,2	61,1	86,8
Indonesia	35,3	86,1	34,3	83,8

Definisi:

¹⁾ Persentase rumah tangga dalam survei yang menggunakan sumber air pipa/leding.²⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak lebih dari 10 m dari pembuangan tinja. Sumber air yang layak meliputi: air perpipaan, sumur pompa, air kemasan, sumur/mata air terlindungi, air hujan (Susenas).³⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak tanpa memperdulikan jarak dari pembuangan tinja.

Sumber: Susenas (Statistik Kesejahteraan Rakyat - BPS). Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur.

Tabel 7.9c. Proporsi rumah tangga/penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (perkotaan) [%] –lanjutan

Nasional/propinsi	1994			1995		
	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak dan memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ²⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak dan memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ²⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾
Nanggroe Aceh Darussalam	40,3	52,2	81,4	38,5	50,8	84,6
Sumatera Utara	43,5	52,8	87,5	46,8	58,7	87,4
Sumatera Barat	44,2	54,9	85,1	44,1	56,5	87,9
Riau	19,8	45,9	77,5	20,8	42,3	78,3
Jambi	40,6	58,3	77,9	41,0	56,5	75,6
Sumatera Selatan	50,3	58,5	76,7	47,7	60,8	81,3
Bengkulu	26,7	41,4	80,4	27,5	37,1	70,9
Lampung	21,9	30,9	63,1	20,9	30,1	67,1
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—
Jakarta	47,5	54,8	98,3	47,1	55,7	97,8
Jawa Barat	22,5	38,6	79,5	21,6	37,6	83,1
Jawa Tengah	27,6	46,6	85,0	30,3	49,5	84,9
Yogyakarta	13,3	45,5	80,3	13,8	43,1	92,4
Jawa Timur	41,8	61,5	89,4	39,8	61,2	91,0
Banten	—	—	—	—	—	—
Bali	49,6	63,6	90,3	52,4	61,1	91,8
Nusa Tenggara Barat	22,1	38,7	80,1	23,5	34,9	85,3
Nusa Tenggara Timur	70,4	79,3	85,8	60,7	70,8	80,2
Kalimantan Barat	34,5	93,0	92,9	32,7	94,9	95,7
Kalimantan Tengah	39,6	55,0	80,7	40,3	57,3	84,8
Kalimantan Selatan	74,9	77,5	85,0	79,2	79,0	85,6
Kalimantan Timur	68,5	79,3	87,3	73,2	84,0	86,8
Sulawesi Utara	56,9	60,4	85,8	61,2	66,1	90,9
Sulawesi Tengah	41,2	47,5	90,3	48,3	56,5	92,5
Sulawesi Selatan	54,6	67,5	87,4	53,9	65,1	85,9
Sulawesi Tenggara	68,3	79,7	90,7	66,0	77,1	86,7
Gorontalo	—	—	—	—	—	—
Maluku	67,3	77,1	92,8	56,4	73,0	91,2
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—
Papua	58,8	69,0	80,6	60,6	70,5	86,1
Indonesia	36,5	52,1	85,7	36,5	52,6	87,3

Definisi:

¹⁾ Persentase rumah tangga dalam survei yang menggunakan sumber air pipa/leding.

²⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak lebih dari 10 m dari pembuangan tinja. Sumber air yang layak meliputi: air perpipaan, sumur pompa, air kemasan, sumur/mata air terlindungi, air hujan (Susenas).

³⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak tanpa memperdulikan jarak dari pembuangan tinja.

Sumber: Susenas (Statistik Kesejahteraan Rakyat - BPS). Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur.

Tabel 7.9c. Proporsi rumah tangga/penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (perkotaan) [%] –lanjutan

Nasional/propinsi	1996			1997	
	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak dan memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ²⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾
Nanggroe Aceh Darussalam	35,3	45,5	77,4	43,2	82,0
Sumatera Utara	44,2	54,3	83,9	49,5	89,2
Sumatera Barat	42,8	54,8	86,6	48,2	87,7
Riau	18,4	49,5	76,7	20,6	82,4
Jambi	46,1	58,3	76,8	43,2	78,5
Sumatera Selatan	47,8	59,1	81,0	57,2	84,3
Bengkulu	28,3	35,4	71,1	32,2	78,0
Lampung	24,7	32,5	72,8	30,3	80,7
Bangka Belitung	—	—	—	—	—
Jakarta	53,2	59,4	98,6	53,5	99,3
Jawa Barat	26,2	41,9	90,0	26,3	91,4
Jawa Tengah	30,2	51,1	87,5	31,0	90,7
Yogyakarta	13,0	41,0	88,0	15,1	87,0
Jawa Timur	41,6	62,8	91,7	43,7	91,8
Banten	—	—	—	—	—
Bali	48,6	63,0	91,1	56,9	91,9
Nusa Tenggara Barat	25,0	36,6	80,8	24,3	86,0
Nusa Tenggara Timur	61,2	77,7	87,6	62,5	92,0
Kalimantan Barat	36,7	92,5	95,1	37,3	88,9
Kalimantan Tengah	35,9	50,4	74,0	38,5	77,0
Kalimantan Selatan	74,5	76,9	81,9	73,2	86,6
Kalimantan Timur	70,2	86,7	88,6	69,7	87,7
Sulawesi Utara	53,8	61,7	86,9	57,0	92,7
Sulawesi Tengah	37,1	49,4	88,0	47,2	94,3
Sulawesi Selatan	56,1	67,8	89,3	59,2	89,9
Sulawesi Tenggara	60,5	70,6	91,1	57,7	89,0
Gorontalo	—	—	—	—	—
Maluku	60,3	75,9	93,4	48,1	94,5
Maluku Utara	—	—	—	—	—
Papua	58,4	74,7	86,5	55,0	80,1
Indonesia	38,3	54,4	89,1	39,9	90,8

Definisi:

¹⁾ Persentase rumah tangga dalam survai yang menggunakan sumber air pipa/leding.

²⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak lebih dari 10 m dari pembuangan tinja. Sumber air yang layak meliputi: air perpipaan, sumur pompa, air kemasan, sumur/mata air terlindungi, air hujan (Susenas).

³⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak tanpa memperdulikan jarak dari pembuangan tinja.

Sumber: Susenas (Statistik Kesejahteraan Rakyat - BPS). Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur.

Tabel 7.9c. Proporsi rumah tangga/penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (perkotaan) [%] –lanjutan

Nasional/propinsi	1998			1999		
	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak dan memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ²⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak dan memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ²⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾
Nanggroe Aceh Darussalam	41,3	53,6	86,2	30,9	45,1	90,6
Sumatera Utara	46,4	60,4	89,4	43,4	59,5	89,2
Sumatera Barat	46,0	57,0	90,0	45,2	54,0	89,0
Riau	17,1	43,6	79,3	18,4	44,0	79,2
Jambi	52,7	68,9	85,8	53,0	70,6	83,6
Sumatera Selatan	48,3	62,0	82,9	45,3	60,4	84,7
Bengkulu	25,3	37,4	77,3	30,8	41,3	80,4
Lampung	22,3	34,9	70,7	24,7	37,2	78,2
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—
Jakarta	50,3	63,0	99,5	47,6	60,6	98,7
Jawa Barat	22,0	38,9	92,2	22,5	40,9	90,2
Jawa Tengah	33,4	54,0	90,6	32,3	54,3	91,4
Yogyakarta	13,2	44,4	92,5	11,4	49,4	88,4
Jawa Timur	42,6	61,9	93,3	41,7	65,6	95,8
Banten	—	—	—	—	—	—
Bali	54,2	67,6	97,2	53,0	63,8	96,4
Nusa Tenggara Barat	28,9	41,7	89,6	30,2	40,8	93,0
Nusa Tenggara Timur	67,6	81,7	93,4	65,0	76,2	94,4
Kalimantan Barat	39,8	97,1	97,4	33,3	90,5	90,5
Kalimantan Tengah	41,1	51,6	86,5	42,2	57,6	90,5
Kalimantan Selatan	77,4	80,6	87,3	77,3	80,8	90,0
Kalimantan Timur	76,1	84,8	92,4	71,1	85,9	93,1
Sulawesi Utara	54,8	62,5	91,8	49,1	59,1	87,8
Sulawesi Tengah	45,7	54,6	91,3	36,5	51,3	88,2
Sulawesi Selatan	59,1	68,9	90,7	54,3	65,9	91,4
Sulawesi Tenggara	54,8	65,7	89,9	54,4	77,3	91,2
Gorontalo	—	—	—	—	—	—
Maluku	53,0	70,0	94,7	50,5	72,7	95,3
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—
Papua	52,0	68,4	88,7	52,1	72,1	80,6
Indonesia	37,9	55,2	90,8	36,4	55,5	91,7

Definisi:

¹⁾ Persentase rumah tangga dalam survei yang menggunakan sumber air pipa/leding.

²⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak lebih dari 10 m dari pembuangan tinja. Sumber air yang layak meliputi: air perpipaan, sumur pompa, air kemasan, sumur/mata air terlindungi, air hujan (Susenas).

³⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak tanpa memperdulikan jarak dari pembuangan tinja.

Sumber: Susenas (Statistik Kesejahteraan Rakyat - BPS). Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur.

Tabel 7.9c. Proporsi rumah tangga/penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (perkotaan) [%] –lanjutan

Nasional/propinsi	2000		2001	
	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾
Nanggroe Aceh Darussalam	—	—	—	—
Sumatera Utara	51,0	92,1	46,7	90,6
Sumatera Barat	48,9	91,5	48,4	88,5
Riau	23,8	83,8	20,9	81,3
Jambi	39,3	86,6	38,5	84,9
Sumatera Selatan	46,0	76,1	44,3	85,7
Bengkulu	34,4	91,7	26,8	73,4
Lampung	21,6	70,4	22,0	73,8
Bangka Belitung	—	—	21,2	81,2
Jakarta	48,3	99,1	51,0	98,8
Jawa Barat	21,0	90,4	20,3	88,1
Jawa Tengah	32,5	91,7	28,1	90,0
Yogyakarta	9,5	87,7	9,2	91,9
Jawa Timur	40,5	92,4	34,7	92,6
Banten	—	—	21,6	95,4
Bali	55,2	96,4	47,0	95,3
Nusa Tenggara Barat	28,5	86,4	36,3	96,0
Nusa Tenggara Timur	70,3	93,4	60,5	89,0
Kalimantan Barat	39,2	95,3	25,4	93,6
Kalimantan Tengah	46,0	82,6	35,6	85,3
Kalimantan Selatan	70,8	85,6	70,3	84,2
Kalimantan Timur	75,5	90,9	65,4	84,3
Sulawesi Utara	49,6	90,0	51,2	83,2
Sulawesi Tengah	44,7	91,0	38,6	93,9
Sulawesi Selatan	58,5	94,3	59,0	92,3
Sulawesi Tenggara	65,4	95,3	59,7	88,4
Gorontalo	—	—	36,8	86,1
Maluku	—	—	38,0	95,8
Maluku Utara	—	—	65,9	94,6
Papua	53,5	80,8	50,7	85,2
Indonesia	36,2	91,1	33,6	90,6

Definisi:

¹⁾ Persentase rumah tangga dalam survei yang menggunakan sumber air pipa/leding.²⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak lebih dari 10 m dari pembuangan tinja. Sumber air yang layak meliputi: air perpipaan, sumur pompa, air kemasan, sumur/mata air terlindungi, air hujan (Susenas).³⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak tanpa memperdulikan jarak dari pembuangan tinja.

Sumber: Susenas (Statistik Kesejahteraan Rakyat - BPS). Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur.

Tabel 7.9c. Proporsi rumah tangga/penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (perkotaan) [%] –lanjutan

Nasional/Propinsi	2002		
	Air pipa ¹⁾	Air dari sumber yang layak dan memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ²⁾	Air dari sumber yang layak tanpa memperhitungkan jarak dari pembuangan tinja ³⁾
Nanggroe Aceh Darussalam	—	—	—
Sumatera Utara	45,9	67,8	93,0
Sumatera Barat	44,6	66,9	89,9
Riau	22,7	57,4	82,6
Jambi	38,8	75,0	91,6
Sumatera Selatan	40,0	60,5	83,4
Bengkulu	29,1	51,2	76,6
Lampung	20,7	49,3	75,0
Bangka Belitung	18,6	48,8	74,7
Jakarta	49,8	70,4	99,3
Jawa Barat	22,1	49,3	90,8
Jawa Tengah	28,2	59,6	89,6
Yogyakarta	11,0	54,4	90,4
Jawa Timur	35,7	68,4	94,3
Banten	17,3	47,5	95,7
Bali	46,6	72,8	96,0
Nusa Tenggara Barat	23,2	49,3	81,1
Nusa Tenggara Timur	55,4	72,1	86,8
Kalimantan Barat	26,5	89,8	92,7
Kalimantan Tengah	37,6	57,7	77,4
Kalimantan Selatan	71,0	78,5	86,3
Kalimantan Timur	70,0	86,4	89,4
Sulawesi Utara	54,8	70,3	88,7
Sulawesi Tengah	36,7	49,4	87,4
Sulawesi Selatan	58,6	75,9	90,8
Sulawesi Tenggara	58,7	76,6	89,2
Gorontalo	29,9	51,8	91,7
Maluku	—	—	—
Maluku Utara	—	—	—
Papua	—	—	—
Indonesia	33,3	61,4	91,4

Definisi:

¹⁾ Persentase rumah tangga dalam survei yang menggunakan sumber air pipa/leding.

²⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak lebih dari 10 m dari pembuangan tinja. Sumber air yang layak meliputi: air perpipaan, sumur pompa, air kemasan, sumur/mata air terlindungi, air hujan (Susenas).

³⁾ Persentase penduduk menggunakan sumber air dari sumber yang layak tanpa memperdulikan jarak dari pembuangan tinja.

Sumber: Susenas (Statistik Kesejahteraan Rakyat - BPS). Data nasional hingga tahun 1998 termasuk Timor Timur.

Tabel 7.10. Cakupan pelayanan perusahaan daerah air minum, 2000

No	Nasional/ propinsi	Jumlah penduduk kota	Jumlah kota	Produksi		Cakupan pelayanan	
				liter/detik	Kebocoran (%)	Jumlah (jiwa)	Proporsi (%)
A	Sumatra	17.884.336	129	26.907	33	9.686.679	54,2
1	Nanggroe Aceh Darussalam	1.636.288	18	592	43	1.099.033	67,2
2	Sumatera Utara	6.940.581	33	8.038	29	3.259.964	47,0
3	Sumatera Barat	1.810.884	13	2.426	32	1.014.966	56,0
4	Riau	1.432.729	16	2.733	40	890.685	62,2
5	Jambi	1.214.291	11	1.835	29	90.858	74,8
6	Sumatera Selatan	2.380.358	14	3.429	31	1.130.269	47,5
7	Bengkulu	394.367	6	1.179	22	29.162	73,9
8	Lampung	2.074.838	18	1.347	30	1.091.562	52,6
B	Jawa-Bali	75.049.732	141	68.003	40	37.722.303	50,3
1	Jakarta	12.506.352	1	22.492	55	8.113.113	64,9
2	Jawa Barat	32.902.780	47	17.602	29	8.984.381	27,3
3	Jawa Tengah	12.221.214	33	7.548	33	7.452.623	61,0
4	Yogyakarta	856.319	6	954	38	699.033	81,6
5	Jawa Timur	14.597.730	45	15.961	38	10.810.145	74,1
6	Bali	1.965.337	9	3.446	23	1.663.008	84,6
C	Kalimantan	5.259.688	37	8.435	29	3.228.400	61,4
1	Kalimantan Barat	1.016.552	12	2.428	31	645.841	63,5
2	Kalimantan Tengah	1.012.156	8	1.182	35	372.362	36,8
3	Kalimantan Timur	1.883.453	6	2.746	27	1.219.077	64,7
4	Kalimantan Selatan	1.347.527	11	2.079	27	99.112	73,6
D	Sulawesi	6.103.336	63	12.925	27	3.802.374	62,3
1	Sulawesi Utara	1.548.496	10	3.064	28	988.114	63,8
2	Sulawesi Tengah	635.055	15	492	39	292.614	46,1
3	Sulawesi Selatan	3.544.560	30	8.656	25	2.264.031	63,9
4	Sulawesi Tenggara	375.225	8	713	39	257.615	68,7
E	Lainnya	5.115.469	29	3.059	32	2.138.371	41,8
1	Nusa Tenggara Barat	2.721.435	6	949	28	662.529	24,3
2	Nusa Tenggara Timur	1.074.866	6	832	29	748.545	69,6
3	Maluku	506.772	7	401	28	267.382	52,8
4	Maluku Utara	176.298	3	67	26	113.943	64,6
5	Papua	636.098	7	810	43	345.972	54,4
I	Wilayah Barat	92.934.068	270	9.491	38	47.408.982	51,0
II	Wilayah Timur	16.478.493	129	24.419	28	9.169.145	55,6
	Indonesia	109.412.561	399	119.329	36	56.578.127	51,7

Sumber: Data dan Informasi Umum. Pembangunan Perkotaan dan Perdesaan, Direktorat jenderal TPTP, Departemen Pemukiman dan Prasarana Wilayah, 2001.

Tabel 7.11a. Proporsi rumah tangga dengan akses pada fasilitas sanitasi yang layak (total) [%]

Nasional/ propinsi	Total										
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002*
Nanggroe Aceh Darussalam	25,1	27,7	28,6	51,6	51,1	57,5	57,4	59,8	—	—	95,6
Sumatera Utara	41,1	35,4	36,5	62,0	64,9	68,3	71,7	70,8	72,7	70,2	72,7
Sumatera Barat	19,8	20,4	21,2	32,2	31,8	36,1	41,8	39,4	41,3	42,5	45,2
Riau	32,0	32,0	32,8	64,4	67,2	71,3	77,8	76,7	76,3	75,7	79,9
Jambi	25,0	20,9	31,4	47,0	48,9	55,0	68,0	55,2	55,1	60,7	61,1
Sunatera Selatan	29,3	33,9	35,6	50,6	56,4	57,2	65,2	59,8	62,1	62,0	62,6
Bengkulu	32,3	29,8	32,1	54,2	53,5	59,5	66,4	66,0	60,5	63,2	64,0
Lampung	34,4	35,0	36,6	74,9	79,5	81,0	86,0	81,3	84,9	80,5	81,8
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—	—	—	—	59,2	58,0
Jakarta	82,5	78,8	85,1	84,7	90,6	93,1	94,7	93,2	92,7	91,7	93,2
Jawa Barat	26,4	26,0	31,4	39,1	43,2	48,8	57,8	50,3	54,0	50,5	53,5
Jawa Tengah	26,2	29,2	31,6	54,5	56,5	59,0	63,0	59,1	59,9	60,2	61,3
Yogyakarta	40,9	43,0	60,9	76,4	77,2	75,7	83,2	78,3	81,4	82,2	84,7
Jawa Timur	27,6	26,7	31,8	57,3	59,2	60,1	64,5	64,2	64,0	61,6	64,5
Banten	—	—	—	—	—	—	—	—	—	63,3	61,2
Bali	39,9	41,4	36,9	63,6	66,2	69,8	72,0	74,2	77,0	72,3	76,4
Nusa Tenggara Barat	17,0	15,4	20,8	29,3	34,6	42,0	40,2	41,5	44,2	40,4	41,2
Nusa Tenggara Timur	21,9	14,7	24,6	66,7	74,3	70,1	75,1	65,3	63,2	65,2	65,0
Kalimantan Barat	21,3	23,7	13,3	41,8	44,6	47,1	58,5	51,9	59,1	54,8	55,8
Kalimantan Tengah	16,7	15,9	14,8	33,1	37,6	40,9	60,5	47,2	40,8	52,1	49,7
Kalimantan Selatan	28,0	11,3	15,9	47,6	50,9	52,9	60,7	56,9	53,8	54,5	57,7
Kalimantan Timur	43,3	42,4	41,3	65,9	72,8	71,6	82,4	74,3	68,4	74,2	75,6
Sulawesi Utara	33,5	35,1	36,9	68,6	68,3	74,2	74,1	71,3	73,2	78,6	79,1
Sulawesi Tengah	21,1	23,5	21,5	41,3	44,7	51,6	48,9	49,2	49,6	47,8	49,6
Sulawesi Selatan	36,8	26,6	30,4	54,2	58,2	60,0	63,5	61,8	63,6	61,1	61,8
Sulawesi Tenggara	37,1	31,8	43,8	56,4	61,8	56,7	69,6	60,2	64,2	63,0	59,8
Gorontalo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	49,1	44,6
Maluku	24,0	25,3	29,3	37,3	42,8	44,2	49,3	44,0	—	45,0	84,8
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—	—	—	—	69,2	84,9
Papua	27,6	33,5	25,9	46,7	41,8	50,1	53,5	50,9	48,7	48,1	95,8
Indonesia	30,9	30,2	33,9	53,4	56,4	59,3	64,9	61,1	62,7	61,5	63,5

Catatan:

Data tahun 2002 untuk propinsi Aceh, Maluku, Maluku Utara dan Papua hanya merepresentasikan data ibukota propinsi
Definisi: Proporsi rumah tangga yang menggunakan tangki septik dan lubang sebagai tempat terakhir pembuangan tinja.

Sumber: Susenas, dipublikasikan dalam Statistik Kesejahteraan Rakyat, BPS

Table 7.11b. Proporsi rumah tangga dengan akses pada fasilitas sanitasi yang layak (pedesaan) [%]

Nasional/ propinsi	Pedesaan										
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002*
Nanggroe Aceh Darussalam	17,7	20,6	21,2	44,4	43,7	51,0	50,9	54,5	—	—	—
Sumatera Utara	25,4	18,7	17,9	46,0	50,8	52,2	57,5	57,3	60,8	55,3	58,1
Sumatera Barat	10,0	10,2	10,9	19,8	20,5	22,4	29,6	26,4	29,4	31,4	33,2
Riau	16,2	20,0	20,3	54,5	59,6	60,4	70,0	69,8	65,5	67,7	71,0
Jambi	15,2	17,0	22,4	36,0	38,0	46,2	58,7	43,0	43,1	52,1	52,7
Sumatera Selatan	17,7	24,6	24,7	42,4	46,4	46,4	56,9	47,5	54,6	53,0	51,5
Bengkulu	22,5	18,4	17,7	44,2	43,3	49,0	53,4	55,3	50,1	52,2	53,2
Lampung	30,7	31,5	31,5	74,2	79,1	79,4	85,7	80,6	84,6	78,9	80,2
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—	—	—	—	45,8	44,2
Jakarta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jawa Barat	16,4	15,1	18,2	27,8	31,3	35,0	47,6	36,9	40,6	38,0	41,5
Jawa Tengah	18,0	21,6	22,8	49,5	51,7	53,4	58,3	53,2	52,6	53,7	54,4
Yogyakarta	27,3	21,3	56,7	80,4	81,9	86,1	89,8	85,0	88,0	84,9	89,0
Jawa Timur	18,6	17,1	21,0	50,6	52,9	52,6	57,2	56,4	55,2	53,2	56,3
Banten	—	—	—	—	—	—	—	—	—	33,5	29,2
Bali	26,6	30,0	25,0	51,1	53,5	57,4	59,6	61,9	63,7	56,3	60,5
Nusa Tenggara Barat	11,2	9,1	15,4	23,6	29,2	38,8	35,7	36,6	37,4	31,5	31,5
Nusa Tenggara Timur	17,8	12,6	23,0	64,0	71,1	66,3	72,3	60,9	57,7	61,4	59,5
Kalimantan Barat	9,8	13,8	11,4	30,6	35,0	36,8	49,0	40,2	47,7	43,0	44,3
Kalimantan Tengah	7,2	7,3	8,4	23,7	26,1	29,7	50,2	34,9	27,5	37,9	38,4
Kalimantan Selatan	21,0	7,9	15,1	40,8	40,2	46,1	52,9	47,1	46,0	45,8	48,8
Kalimantan Timur	19,9	24,9	27,1	53,9	61,0	62,1	71,9	67,8	50,8	63,3	65,1
Sulawesi Utara	26,8	26,7	30,2	62,0	60,7	69,0	67,3	63,5	63,8	70,9	69,1
Sulawesi Tengah	15,3	17,4	14,1	33,1	38,0	42,5	38,4	42,0	42,5	40,6	43,9
Sulawesi Selatan	30,2	21,1	23,4	44,5	48,2	49,6	52,9	51,8	53,4	49,4	50,2
Sulawesi Tenggara	34,5	29,0	40,8	52,8	57,3	51,0	67,8	54,8	58,6	56,6	52,6
Gorontalo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	36,9	33,3
Maluku	14,5	15,1	19,2	27,4	30,7	32,3	37,2	29,9	—	29,1	—
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—	—	—	—	62,6	—
Papua	21,3	22,7	14,2	37,5	30,0	39,6	41,6	40,2	37,5	34,9	—
Indonesia	19,1	18,5	21,2	44,0	46,8	49,0	55,6	50,8	52,3	50,3	52,2

Catatan:

Data tahun 2002 untuk propinsi Aceh, Maluku, Maluku Utara dan Papua hanya merepresentasikan data ibukota propinsi
Definisi: Proporsi rumah tangga yang menggunakan tangki septik dan lubang sebagai tempat terakhir pembuangan tinja.

Sumber: Susenas, dipublikasikan dalam Statistik Kesejahteraan Rakyat, BPS

Tabel 7.11c. Proporsi rumah tangga dengan akses pada fasilitas sanitasi yang layak (perkotaan) [%]

Nasional/ Propinsi	Perkotaan										
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002*
Nanggroe Aceh Darussalam	63,5	62,0	62,0	82,1	80,3	81,3	83,1	79,1	—	—	95,6
Sumatera Utara	69,6	63,7	66,2	85,8	85,0	89,5	91,2	88,5	88,7	89,5	91,7
Sumatera Barat	56,5	55,3	54,6	67,7	63,5	71,7	75,8	71,8	72,7	70,9	73,3
Riau	66,8	56,5	57,5	83,1	81,0	90,2	90,9	88,5	90,6	86,2	90,0
Jambi	61,9	34,4	59,3	79,8	78,8	77,3	90,5	81,6	87,7	83,5	82,7
Sumatera Selatan	57,8	56,2	61,2	69,5	79,2	81,0	83,4	86,8	77,1	80,9	84,2
Bengkulu	65,6	65,1	71,8	79,3	76,9	80,8	91,9	87,5	87,4	90,5	90,2
Lampung	62,5	60,9	66,3	78,8	81,5	88,8	87,1	84,8	86,2	86,2	87,5
Bangka Belitung	—	—	—	—	—	—	—	—	—	76,4	75,9
Jakarta	82,5	78,8	85,1	84,7	90,6	93,1	94,7	93,2	92,7	91,7	93,2
Jawa Barat	45,7	45,5	52,6	55,9	59,8	66,2	70,2	65,0	68,0	63,1	64,9
Jawa Tengah	48,5	48,6	52,9	66,1	66,9	70,5	72,7	69,7	71,5	70,0	70,8
Yogyakarta	54,5	60,9	63,7	73,9	74,2	69,9	79,4	74,9	77,1	80,5	82,2
Jawa Timur	52,2	51,8	58,3	73,2	73,2	76,1	79,8	78,3	77,4	73,6	75,8
Banten	—	—	—	—	—	—	—	—	—	86,7	85,3
Bali	74,1	67,8	61,9	87,7	88,6	89,4	91,5	90,3	91,7	88,2	89,7
Nusa Tenggara Barat	46,0	45,7	45,9	55,7	58,9	56,4	60,5	62,6	57,3	56,2	57,8
Nusa Tenggara Timur	55,3	31,0	35,9	84,4	94,3	92,8	94,7	87,6	95,3	86,4	93,8
Kalimantan Barat	70,5	65,4	21,1	87,1	83,3	87,5	95,4	91,5	91,7	87,1	89,4
Kalimantan Tengah	57,6	49,8	38,4	65,2	74,2	74,0	91,3	82,2	74,8	86,5	76,9
Kalimantan Selatan	47,4	20,3	17,8	64,5	76,8	68,5	79,4	79,8	68,3	70,0	72,4
Kalimantan Timur	68,2	60,0	55,0	77,0	83,3	79,9	90,4	80,3	82,2	82,7	83,5
Sulawesi Utara	55,3	61,4	57,2	87,7	89,2	87,9	91,8	89,6	91,7	90,7	94,2
Sulawesi Tengah	50,7	51,7	53,0	73,4	68,7	82,0	84,8	69,6	79,5	78,7	73,9
Sulawesi Selatan	57,4	43,0	50,7	80,3	84,0	85,2	89,2	86,0	88,5	88,8	88,7
Sulawesi Tenggara	49,0	43,7	55,9	69,8	77,0	74,1	75,2	75,5	85,5	86,7	86,5
Gorontalo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	84,8	75,4
Maluku	61,1	62,0	62,8	67,8	77,2	75,6	81,9	80,2	—	84,1	84,8
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—	—	—	—	92,9	84,9
Papua	72,1	67,5	61,7	78,0	76,1	79,8	90,1	81,4	79,0	83,1	95,8
Indonesia	57,5	54,9	59,2	71,1	73,5	76,9	80,4	77,0	77,4	76,2	77,5

Catatan:

Data tahun 2002 untuk propinsi Aceh, Maluku, Maluku Utara dan Papua hanya merepresentasikan data ibukota propinsi
 Definisi: Proporsi rumah tangga yang menggunakan tangki septik dan lubang sebagai tempat terakhir pembuangan tinja.

Sumber: Susenas, dipublikasikan dalam Statistik Kesejahteraan Rakyat, BPS

Tabel 7.12a. Proporsi rumah tangga yang memiliki atau menyewa rumah [%]

Nasional/propinsi	Pedesaan dan perkotaan					Pedesaan		Perkotaan	
	1992	1995	1998	2001		2001		2001	
	Milik atau sewa	Milik atau sewa	Milik atau sewa	Milik atau sewa	Milik atau sewa	Milik atau sewa	Milik atau sewa	Milik atau sewa	Milik atau sewa
Nanggroe Aceh Darussalam	86,54	82,18	90,11	—	—	—	—	—	—
Sumatera Utara	81,34	77,46	80,43	73,99	70,07	77,86	76,26	69,02	62,11
Sumatera Barat	86,20	83,79	82,25	75,66	70,72	78,24	76,51	69,14	56,05
Riau	90,33	88,47	89,13	82,57	68,68	86,02	82,59	78,25	51,23
Jambi	80,40	76,95	78,56	76,76	74,44	82,24	80,71	62,39	58,00
Sumatera Selatan	85,23	81,84	85,03	76,42	72,49	84,40	83,77	59,67	48,80
Bengkulu	86,91	82,38	85,88	84,71	80,68	87,50	86,64	77,82	65,94
Lampung	91,30	89,90	94,12	89,83	88,81	94,27	93,91	73,20	69,70
Bangka Belitung	—	—	—	79,63	75,96	83,49	82,57	74,69	67,50
Jakarta	66,60	61,06	65,73	70,08	51,75	—	—	70,08	51,75
Jawa Barat	87,70	82,71	86,82	84,48	80,86	89,04	88,20	79,95	73,55
Jawa Tengah	91,31	90,29	91,75	88,14	87,30	93,21	93,17	80,57	78,54
Yogyakarta	85,97	83,59	83,71	80,03	74,47	92,96	92,76	72,19	63,37
Jawa Barat	91,01	91,00	91,61	86,41	83,82	91,64	91,52	78,98	72,87
Banten	—	—	—	83,70	72,12	87,50	87,29	80,73	60,21
Bali	89,33	90,11	90,25	86,09	78,99	90,15	89,87	82,02	68,10
Nusa Tenggara Barat	90,58	90,87	93,31	86,15	84,18	91,30	91,24	77,01	71,65
Nusa Tenggara Timur	92,18	89,06	89,77	87,43	85,59	89,88	89,13	74,06	66,25
Timor Timur	92,20	93,25	89,41	—	—	—	—	—	—
Kalimantan Barat	89,11	85,79	88,02	85,51	84,63	89,48	89,27	74,59	71,88
Kalimantan Tengah	86,30	83,98	82,60	83,66	78,74	86,33	84,93	77,19	63,75
Kalimantan Selatan	84,53	84,92	87,22	79,19	71,26	79,20	77,68	79,17	60,12
Kalimantan Timur	80,82	77,63	82,49	78,37	65,64	85,06	83,21	73,14	51,89
Sulawesi Utara	84,84	82,36	87,54	75,55	70,92	79,73	78,55	68,97	58,91
Sulawesi Tengah	88,23	86,12	83,60	85,30	82,04	89,13	88,75	69,69	53,75
Sulawesi Selatan	91,06	88,63	88,34	85,02	83,73	92,38	92,25	67,53	63,49
Sulawesi Tenggara	85,95	84,15	85,34	82,55	81,76	86,78	86,54	66,87	64,06
Gorontalo	—	—	—	—	73,34	77,95	77,95	61,61	59,82
Maluku	88,01	87,36	91,04	73,79	—	—	—	—	—
Maluku Utara	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Papua	84,21	75,26	76,07	81,79	75,30	87,96	87,21	65,33	43,50
Indonesia	87,69	85,14	87,33	83,52	79,26	89,04	88,46	76,37	67,33

Sumber: Susenas, BPS

Tabel 7.12b. Proporsi rumah tangga menurut kepemilikan sertifikat lahan dari Badan Pertanahan Nasional [%]

Nasional/propinsi	Total	Pedesaan	Perkotaan
Nanggroe Aceh Darussalam	—	—	—
Sumatera Utara	24,51	10,15	46,13
Sumatera Barat	30,08	21,59	59,11
Riau	26,42	13,48	52,73
Jambi	47,09	40,48	69,76
Sumatera Selatan	20,34	13,52	43,64
Bengkulu	40,56	31,44	71,58
Lampung	23,16	18,88	49,76
Bangka Belitung	31,77	16,60	53,89
Jakarta	62,61	—	62,61
Jawa Barat	23,39	12,02	37,16
Jawa Tengah	44,36	33,65	63,63
Yogyakarta	56,12	43,83	67,68
Jawa Timur	27,75	18,22	45,22
Banten	24,77	7,32	47,59
Bali	54,82	48,53	62,21
Nusa Tenggara Barat	24,26	13,67	49,29
Nusa Tenggara Timur	29,81	24,70	69,23
Timor Timur	—	—	—
Kalimantan Barat	37,36	25,49	73,14
Kalimantan Tengah	40,33	29,94	80,74
Kalimantan Selatan	27,71	16,04	53,39
Kalimantan Timur	35,85	31,53	41,11
Sulawesi Utara	44,23	30,52	76,60
Sulawesi Tengah	43,76	40,34	71,20
Sulawesi Selatan	30,60	22,40	58,35
Sulawesi Tenggara	42,61	39,72	57,14
Gorontalo	28,68	19,53	59,65
Maluku	—	—	—
Maluku Utara	—	—	—
Papua	43,62	35,31	81,82
Indonesia	32,31	21,63	50,78

BPN: Badan Pertanahan Nasional. BPN menerbitkan sertifikat legal kepemilikan lahan.

Sumber: Susenas, Statistik Perumahan dan Permukiman 2001

Tabel 7.13. Luas pemukiman kumuh di Indonesia

No.	Pulau	Luas lahan (Ha)		Jumlah Desa
		1996	1999	1999
1	Sumatra	17.047	13.897	1.132
2	Jawa + Bali	4.828	7.714	1.253
3	Kalimantan	667	6.209	491
4	Sulawesi	5.164	16.779	612
5	Nusa Tenggara	5.833	2.451	284
6	Maluku + Papua	511	343	85
Indonesia		40.053	47.393	3.857

Sumber: BPS, Potensi Desa SE 1996 dan Potensi Desa SP 2000

DAFTAR SINGKATAN

AFTA	<i>American Free Trade Association</i>	GNI	<i>Gross Nasional Income</i>
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>	GRK	Gas rumah kaca
AKB	Angka Kematian Bayi	HAM	Hak Asasi Manusia
AKBA	Angka Kematian Balita	HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
AKI	Angka Kematian Ibu	IDG	<i>Internasional Development Goals</i>
APEC	<i>Asia-Pacific Economic Cooperation</i>	IMF	<i>Internasional Monetary Fund</i>
APK	Angka Partisipasi Kasar	ISPA	Infeksi saluran pernafasan akut
APM	Angka Partisipasi Murni	JMD	Juru Malaria Desa
ASEAN	<i>Association of South East Asia Nations</i>	JPS	Jaring Pengaman Sosial
ASI	Air Susu Ibu	KB	Keluarga Berencana
Balita	Anak di bawah lima tahun	KBI	Kawasan Barat Indonesia
BAPPENAS	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional	KEK	Kekurangan energi kronik
BDD	Bidan di desa	KIE	Komunikasi Informasi dan Edukasi
BPN	Badan Pertanahan Nasional	KKN	Korupsi Kolusi dan Nepotisme
BPS	Badan Pusat Statistik	KLH	Kementrian Lingkungan Hidup
BTA	Basil Tahan Asam <i>(Mycobacterium Tuberculosis)</i>	KTI	Kawasan Timur Indonesia
CDR	Case detection rate	KTT	Konferensi Tingkat Tinggi
COMBI	Community Based Initiative	LSM	Lembaga Swadaya Masyarakat
CWHS	Community Water Services and Health	MA	Madrasah Aliyah
DKI	Daerah Khusus Ibukota	MCK	Mandi-cuci-kakus
DOTS	Directly observed treatment–short course	MDG	<i>Millennium Development Goals</i>
DPR	Dewan Perwakilan Rakyat	MI	Madrasah Ibtidaiyah
G30S	Gerakan 30 September	MP-ASI	Makanan Pendamping Air Susu Ibu
GBHN	Garis-garis Besar Haluan Negara	MPR	Majelis Permusyawaratan Rakyat
GEBRAK	Gerakan Berantas Kembali Malaria	MPS	<i>Making Pregnancy Safer</i>
Gerdunas	Gerakan Nasional Terpadu Pemberantasan Tuberkulosis	MT	Metrik ton
		MTs	Madrasah Tsanawiyah
		Napza	Narkotika, alkohol, psikotropika dan zat adiktif lainnya
		NGO	<i>Non Government Organization</i>
		NTB	Nusa Tenggara Barat

NTT	Nusa Tenggara Timur	SIDS	<i>Sudden infant death syndrome</i>
OAT	Obat anti tuberculosis	SKRT	Survei Kesehatan Rumah Tangga
ODA	<i>Official Development Assistant</i>	SLTA	Sekolah Lanjutan Tingkat Atas
ODP	<i>Ozone Depleting Potential</i>	SLTP	Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama
ODS	<i>Ozone Depleting Substance</i>	SMF	<i>Secondary Mortgage Facility</i>
OECD	<i>Organization for Economic Co-operation and Development</i>	SMK	Sekolah Menengah Kejuruan
OPEC	<i>Organization of Petroleum Exporting Countries</i>	SMM	<i>Secondary Mortgage Market</i>
P1	Kesenjangan kemiskinan	SSE	Sangat Sangat Esensial
PBB	Perserikatan Bangsa-bangsa	SUPAS	Survey Penduduk Antar Sensus
PDAM	Perusahaan Daerah Air Minum	Susenas	Survei Sosial-Ekonomi Nasional
PDB	Produk Domestik Bruto	TB/TBC	Tuberculosis
PDRB	Produk Domestik Regional Bruto	U5MR	<i>Under-five Mortality Rate</i>
PHBS	Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	UN	<i>United Nations</i>
PKI	Partai Komunis Indonesia	UU	Undang-undang
PMDF	<i>Proportion of maternal deaths of female reproductive age</i>	UUD	Undang Undang Dasar
PMO	Pengawas minum obat	VCT	<i>Voluntary Counseling and Testing</i>
PNBAI	Program Nasional Bagi Anak Indonesia	WHO	<i>World Health Organization</i>
PPP	<i>Purchasing Power Parity</i>	WSC	<i>World Summit for Children</i>
Propenas	Program Pembangunan Nasional	WSLIC	<i>Water and Sanitation for Income Community</i>
RBM	<i>Roll Back Malaria</i>	WTO	<i>World Trade Organization</i>
Repelita	Rencana Pembangunan Lima Tahun	WUS	Wanita usia subur
RSKO	Rumah Sakit Ketergantungan Obat		
Sakernas	Survei Angkatan Kerja Nasional		
SBM	Setara barel minyak		
SD	Sekolah Dasar		
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI)		
SHM	Sertifikat hak milik		

