



GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA  
PERATURAN GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA  
NOMOR 56 TAHUN 2011  
TENTANG  
RENCANA AKSI DAERAH  
PERCEPATAN PENCAPAIAN TARGET *MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS*

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA  
GUBERNUR DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

- Menimbang : a. bahwa *Millennium Development Goals* (MDGs) adalah komitmen bersama untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat dan merupakan acuan penting serta *mainstreaming* (Pengarusutamaan) dalam Penyusunan Dokumen Perencanaan Pembangunan;
- b. bahwa untuk melaksanakan ketentuan dalam Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2010 tentang Percepatan Pelaksanaan Pembangunan Nasional Tahun 2010, Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan Berkeadilan terkait Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs), dan Surat Edaran Menteri Perencanaan Pembangunan Nasional/Kepala Bappenas Nomor : 0445/M.PPN / 11/2010 tanggal 24 Nopember 2010 tentang Pedoman Penyusunan RAD Percepatan Pencapaian Tujuan *Millennium Development Goals* (RAD MDGs), maka Gubernur perlu untuk mengambil langkah-langkah yang diperlukan dalam percepatan pencapaian MDGs dengan menyusun Rencana Aksi Daerah Percepatan Pencapaian Target MDGs (RAD MDGs) pada Tahun 2011;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Gubernur tentang Rencana Aksi Daerah Percepatan Pencapaian Target *Millennium Development Goals*;
- Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 3 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Jogjakarta (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 3) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-undang Nomor 9 Tahun 1955 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 3 Jo. Nomor 19 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah Istimewa Jogjakarta (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1955 Nomor 43, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 827);

2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4421);
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437) sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 59, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4844);
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005-2025 (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 33, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4700);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 1950 tentang Berlakunya Undang-Undang Nomor 2, 3, 10 dan 11 Tahun 1950 (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 1950 Nomor 58);
6. Peraturan Presiden Nomor 5 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014;
7. Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 2 Tahun 2009 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Tahun 2005-2025 (Lembaran Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2009 Nomor 2);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN GUBERNUR TENTANG RENCANA AKSI DAERAH PERCEPATAN PENCAPAIAN TARGET *MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS* (MDGs).

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Gubernur ini yang dimaksud dengan, :

1. *Millennium Development Goals* yang selanjutnya disingkat MDGs adalah Tujuan Pembangunan Millennium yang merupakan komitmen global dan nasional dengan menempatkan manusia sebagai fokus utama pembangunan dalam upaya lebih mensejahterakan masyarakat melalui pengurangan kemiskinan dan kelaparan, pendidikan, pemberdayaan perempuan, kesehatan dan kelestarian lingkungan.

2. Rencana Aksi Daerah Percepatan Pencapaian Target *Millennium Development Goals* yang selanjutnya disingkat RAD Percepatan Pencapaian Target MDGs adalah rencana aksi percepatan pencapaian target MDGs tingkat daerah yang berisi komitmen bersama untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat dan merupakan acuan penting serta *mainstreaming* (Pengarusutamaan) dalam Penyusunan Dokumen Perencanaan Pembangunan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta 2011-2015.
3. Daerah adalah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
4. Pemerintah Daerah Provinsi adalah Pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta,
5. Gubernur adalah Gubernur Daerah Istimewa Yogyakarta,
6. Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota adalah Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota di wilayah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta,

## BAB II

### RUANG LINGKUP

#### Pasal 2

- (1) RAD Percepatan Pencapaian Target MDGs disusun untuk perencanaan sampai dengan tahun 2015.
- (2) RAD Percepatan Pencapaian Target MDGs meliputi 7 tujuan yaitu :
  - a. Tujuan 1 : menanggulangi kemiskinan dan kelaparan;
  - b. Tujuan 2 : mencapai pendidikan dasar untuk semua;
  - c. Tujuan 3 : mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan;
  - d. Tujuan 4 : menurunkan angka anak;
  - e. Tujuan 5 : meningkatkan kesehatan ibu;
  - f. Tujuan 6 : memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya; dan
  - g. Tujuan 7 : memastikan kelestarian lingkungan hidup.

## BAB III

### KEDUDUKAN RAD PERCEPATAN PENCAPAIAN TARGET MDGs

#### Pasal 3

- (1) RAD Percepatan Pencapaian Target MDGs Tahun 2011-2015, disusun sesuai peta jalan (*roadmap*) nasional percepatan pencapaian target MDGs yang telah dirumuskan sesuai dengan kondisi dan permasalahan serta kemampuan daerah.
- (2) RAD Percepatan Pencapaian Target MDGs sebagaimana dimaksud pada ayat (1) berkedudukan dan berfungsi sebagai acuan penting serta *mainstreaming* (Pengarusutamaan) Penyusunan Dokumen Perencanaan Pembangunan Daerah.

## BAB IV

### KETERKAITAN MDGs DENGAN KEBIJAKAN PEMBANGUNAN DAERAH

#### Pasal 4

Pengarusutamaan MDGs harus dilakukan dalam proses perencanaan daerah dan diarahkan untuk menjawab permasalahan kesejahteraan masyarakat serta mengakomodasi nilai-nilai lokal dan karakteristik masing-masing daerah, dengan mengacu pada RPJMN, target dan indikator MDGs diadaptasi dalam rencana pembangunan daerah, yaitu RPJMD dan Renstra SKPD.

#### Pasal 5

- (1) Pencapaian target MDGs tingkat daerah dilakukan dengan mengarahkan dan menetapkan berbagai program dan kegiatan yang dilengkapi dengan sasaran, indikator kinerja dan pembiayaan ke dalam RKPD.
- (2) Pemerintah Daerah Provinsi memfasilitasi Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota untuk menyusun RPJMD, dan RKPD Kabupaten/Kota untuk mendukung pencapaian MDGs.

## BAB V

### DOKUMEN RAD

#### Pasal 6

- (1) Dokumen RAD Percepatan Pencapaian Target MDGs, sebagaimana tercantum dalam Lampiran, yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Gubernur ini,
- (2) Sistematika RAD Percepatan Pencapaian Target MDGs sebagaimana dimaksud pada ayat (1), terdiri atas, :
  - Bab I : Pendahuluan
    - 1.1 Kondisi Umum Pembangunan Daerah Berkaitan dengan Tujuan Pembangunan Milenium di Daerah.
    - 1.2 Permasalahan dan Tantangan
  - BAB II : Arah Kebijakan dan Strategi Percepatan Pencapaian Target MDGs
  - BAB III : Pemantauan dan Evaluasi
  - BAB IV : Penutup
  - Lampiran  
Matrik Rencana Aksi Daerah Percepatan Pencapaian Target MDGs

BAB VI  
PENUTUP  
Pasal 7

Peraturan Gubernur ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya memerintahkan pengundangan Peraturan Gubernur ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.

Ditetapkan di Yogyakarta  
pada tanggal 12 Desember 2011

GUBERNUR  
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

TTD

HAMENGGU BUWONO X

Diundangkan di Yogyakarta  
pada tanggal 12 Desember 2011

SEKRETARIS DAERAH  
PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA,

TTD

ICHSANURI

BERITA DAERAH PROVINSI DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA TAHUN 2011 NOMOR 57

Salinan Sesuai Dengan Aslinya  
KEPALA BIRO HUKUM,

ttd

DEWO ISNU BROTO I.S.  
NIP. 19640714 199102 1 001

**RENCANA AKSI DAERAH  
PERCEPATAN PENCAPAIAN TARGET *MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS***

**BAB I  
PENDAHULUAN**

**1.1. Latar Belakang**

*Millenium Development Goals* (MDGs) atau tujuan pembangunan millennium merupakan delapan tujuan pembangunan di tingkat internasional yang ingin dicapai di seluruh dunia pada tahun 2015. Komitmen global tersebut telah ditetapkan dan ditandatangani oleh 189 negara pada pertemuan *United Nations World Summits* bulan September tahun 2000 di New York. *Millennium Declaration* tersebut kemudian disahkan oleh Majelis Umum PBB dalam Resolusi Nomor 55/2 tanggal 18 September 2000. Deklarasi MDGs mendorong negara-negara yang telah menandatangani termasuk Indonesia berkomitmen untuk mencapai delapan tujuan yang telah ditetapkan. Adapun delapan tujuan tersebut adalah:

- a. Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan;
- b. Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua;
- c. Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan
- d. Menurunkan Angka Kematian Anak
- e. Meningkatkan Kesehatan Ibu
- f. Memerangi HIV/AIDS, Malaria dan Penyakit Menular Lainnya
- g. Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup
- h. Mengembangkan Kemitraan Global untuk Pembangunan

Delapan tujuan MDGs tersebut diturunkan dalam 48 buah indikator teknis yang menjadi acuan atau standar untuk mengukur target pencapaian di masing-masing negara. MDGs telah menjadi acuan yang sangat penting dalam proses pembangunan di Indonesia mulai dari tahap perencanaan seperti yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM) tahun 2010-2014 sampai pada tahap evaluasi pembangunan. Secara reguler setiap negara yang telah berkomitmen terhadap pencapaian target MDGs berkewajiban menyusun laporan perkembangan pencapaian target tersebut.

MDGs dimaksudkan untuk menjamin pemenuhan hak dasar masyarakat sebagai warga negara. Sebagai negara yang telah meratifikasi MDGs, proses pembangunan yang dilakukan oleh pemerintah baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah harus bertujuan untuk memenuhi hak-hak dasar warga negara tersebut. Target pencapaian MDGs harus menggunakan pendekatan hak, dan tidak semata-mata indikator-indikator kuantitatif yang kurang mencerminkan asas kesejahteraan dan pemerataan pembangunan untuk

semua warga masyarakat.

Rencana Aksi Daerah MDGs disusun sebagai bagian dari upaya mempercepat pencapaian target MDGs selaras dengan amanat Inpres Nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang berkeadilan. Pemerintah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta memiliki komitmen dan potensi yang kuat dalam upaya mewujudkan tercapainya target MDGs pada Tahun 2015. Integrasi tujuan-tujuan MDGs tersebut dapat dicermati dalam berbagai program prioritas pembangunan yang terdapat pada dokumen Rencana Kerja Pemerintah Daerah (RKPD) sebagai penjabaran dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) maupun Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD).

Rencana Aksi Daerah MDGs Provinsi DIY disusun secara komprehensif dengan melibatkan berbagai pihak yang berkepentingan terhadap pencapaian target-target yang ditetapkan. Diantara delapan tujuan pembangunan millennium tersebut, hanya tujuh tujuan (tujuan satu sampai tujuan tujuh) yang akan dibahas dan diprogramkan mengingat tujuan ke delapan yaitu mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan tidak relevan untuk dibahas di tingkat daerah sehingga merupakan domain pemerintah pusat.

## **1.2. Landasan Hukum**

Landasan Hukum penyusunan RAD MDGs ini antara lain :

- a. Undang-Undang nomor 7 tahun 1984 tentang Pengesahan Konvensi Mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Terhadap Perempuan
- b. Undang-Undang nomor 11 tahun 2005 tentang Pengesahan Kovenan Ekosob
- c. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN)
- d. Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2010 tentang Penguatan Peran Gubernur Sebagai Wakil Pemerintah Pusat di Daerah
- e. Peraturan Presiden Nomor 5 Tahun 2010 tentang RPJMN 2010-2014
- f. Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2010 tentang RKP 2011
- g. Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2010 tentang Percepatan Pelaksanaan Prioritas Pembangunan Nasional Tahun 2010
- h. Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan
- i. Peraturan Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 4 Tahun 2009 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Tahun 2009-2013.

## **1.3. Indikator MDGs**

Indikator-indikator MDGs sesuai dengan Lampiran 1 Pedoman Penyusunan Rencana Aksi Daerah Percepatan Pencapaian Tujuan MDGs di Daerah (RAD MDGs) yang dikeluarkan oleh Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional Tahun 2010, ditampilkan dalam Tabel 1.1.

Tabel 1.1. Indikator MDGs

Tujuan dan Target	Indikator capaian yang dimonitor
<b>Tujuan 1. Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan</b>	
Target 1A: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari US\$ 1 (PPP) per hari dalam kurun waktu 1990 – 2015	1.1 Proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari US\$ 1 per kapita per hari 1.2 Indeks Kedalaman kemiskinan 1.3 Proporsi kuintil termiskin dalam konsumsi nasional
Target 1B: Mewujudkan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda	1.4 Laju pertumbuhan PDB per tenaga kerja 1.5 Rasio kesempatan kerja terhadap penduduk usia 15 tahun ke atas 1.6 Proporsi tenaga kerja yang berusaha sendiri dan pekerja bebas keluarga terhadap total kesempatan kerja
Target 1C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990 – 2015	1.7 Prevalensi balita dengan berat badan rendah/kekurangan gizi 1.8 Proporsi penduduk dengan asupan kalori dibawah tingkat konsumsi minimum
<b>Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua</b>	
Target 2A: Menjamin pada 2015 semua anak-anak, laki-laki maupun perempuan dimanapun dapat menyelesaikan pendidikan dasar	2.1 Angka partisipasi Murni (APM) sekolah dasar 2.2 Proporsi murid kelas 1 yang berhasil menamatkan sekolah dasar 2.3 Angka melek huruf penduduk usia 15 -24 tahun, perempuan dan laki-laki
<b>Tujuan 3: Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan</b>	
Target 3A: Menghilangkan ketimpangan gender ditingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005 dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015	3.1 Rasio perempuan terhadap laki-laki ditingkat pendidikan dasar, menengah dan tinggi 3.2 Kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor non-pertanian 3.3 Proporsi kursi yang diduduki perempuan di DPRD
Tujuan dan Target	Indikator capaian yang dimonitor
<b>Tujuan 4: Menurunkan Angka Kematian Anak</b>	
Target 4A: Menurunkan Angka Kematian Balita (AKBA) sehingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990 – 2015	4.1 Angka kematian Balita per 1000 kelahiran hidup 4.2 Angka kematian Bayi (AKB) per 1000 kelahiran hidup 4.3 Persentase anak usia 1 tahun yang diimunisasi campak
<b>Tujuan 5: Meningkatkan Kesehatan Ibu</b>	
Target 5A: Menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990- 2015	5.1 Angka Kematian Ibu per 100.000 kelahiran hidup 5.2 Proporsi kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan terlatih
Target 5B: Mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015	5.3 Angka pemakaian kontrasepsi CPR bagi perempuan menikah usia 15 – 49 (semua cara dan cara modern)



	5.4 Angka kelahiran remaja (perempuan usia 15 – 19 tahun) per 1000 perempuan usia 15 – 19 tahun
	5.5 Cakupan pelayanan Antenatal (sedikitnya satu kali kunjungandan empat kali kunjungan)
	5.6 <i>Unmet need</i> (kebutuhankeluarga berencana/KB yang tidak terpenuhi)
<b>Tujuan 6: Memerangi HIV DAN AIDS, Malaria dan Penyakit Menular lainnya</b>	
Target 6A: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV DAN AIDS hingga tahun 2015	6.1 Prevalensi HIV DAN AIDS (persen) dari total populasi usia 15 – 24 tahun 6.2 Penggunaan kondom pada hubunganseks berisiko tinggi terakhir 6.3 Proporsi jumlah penduduk usia 15 – 24 tahun yang memiliki pengetahuankomprehensif tentang HIV DAN AIDS
Target 6B: Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV DAN AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2010	6.5 Proporsi penduduk terinfeksi HIV lanjut yang memiliki akses padaobat-obatan <i>antiretroviral</i>
<b>Tujuan dan Target</b>	<b>Indikator capaian yang dimonitor</b>
Target 6C: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru Malaria dan penyakit utama lainnya hingga tahun 2015	6.6 Angka kejadian dan tingkat kematian Malaria 6.7 Proporsi anak balita yang tidurdengan kelambu berinsektisida 6.9 Angka kejadian, prevalensi dan tingkat kematian akibat Tuberkolosis 6.10 Proporsi jumlah kasus Tuberkolosisyang terdeteksi dan diobati dalamprogram DOTS
<b>Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup</b>	
Target 7A: Memadukan prinsip-prinsip pembangunan yang berkesinambungan dalam kebijakan dan program nasional serta mengurangi kerusakan pada sumber daya lingkungan	7.1 Rasio luas kawasan tertutuppepohonan berdasarkan pemotretan citra satelit dan survey foto udara terhadap luas daratan 7.2 Jumlah emisi karbon dioksida (CO <sub>2</sub> ) 7.3 Jumlah konsumsi bahan perusakozon (BPO) 7.4 Proporsi tangkapan ikan yang berada dalam batasan biologis yang aman 7.5 Rasio kawasan lindung untuk menjaga kelestarian keanekaragaman hayati terhadap total luas kawasan hutan 7.6 Rasio kawasan lindung perairan terhadap total luas perairan territorial
Target 7B: Menanggulangi kerusakan keanekaragaman hayati dan mencapai penurunan tingkat kerusakan yang signifikan pada tahun 2010	7.7 Rasio kawasan lindung dan kawasan lindung perairan

Target 7C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum yang layak dan sanitasi dasar hingga tahun 2015	7.8 Proporsi rumah tangga dengan aksesberkelanjutan terhadap air minum layak 7.9 Proporsi rumah tangga dengan aksesberkelanjutan terhadap sanitasi dasar yang layak
Target 7D: Mencapai peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di pemukiman kumuh pada tahun 2020	7.10 Proporsi rumah tangga kumuh perkotaan

#### 1.4. Kondisi Pencapaian Tujuan MDGs Provinsi DIY

Hal yang sangat penting dan mendasar sebelum menyusun rencana aksi pencapaian tujuan MDGs dan sekaligus sistem monitoringnya adalah melakukan analisis terhadap capaian-capaian MDGs saat ini. Analisis kondisi capaian MDGs akan menjadi dasar dalam menyusun target-target capaian pertahun dan capaian tujuan MDGs pada tahun 2015. Analisis capaian ini didasarkan pada indikator-indikator MDGs yang telah ada. Data yang digunakan untuk menganalisis pencapaian tujuan MDGs didasarkan pada data-data sekunder seperti Susenas tahun 2009, SDKI tahun 2007, Sakernas 2009, Kemkes 2007, 2009 dan 2010, Riskesdas tahun 2010 dan data-data yang tersedia di SKPD. Uraian kondisi pencapaian tujuan MDGs Provinsi DIY meliputi aspek indikator, acuan dasar, capaian saat ini, capaian nasional, target tahun 2015, status pencapaian, dan sumber data. Dalam menentukan target digunakan dua pertimbangan:

1. Apabila capaian saat ini lebih buruk/rendah dari pada target nasional 2015, maka target yang ditetapkan adalah sama dengan target nasional.
2. Apabila capaian saat ini lebih baik dari pada target nasional 2015, maka ditetapkan target baru yang lebih baik daripada target nasional.

Berikut disampaikan kondisi pencapaian tujuan MDGs Provinsi DIY menurut masing-masing tujuan MDGs:

### **Capaian Tujuan 1. Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan**

Tujuan 1 MDGs difokuskan kepada upaya menanggulangi kemiskinan dan kelaparan yang terdiri dari 3 target terkait dengan penurunan angka kemiskinan, perluasan kesempatan kerja, dan penanggulangan kelaparan. Status pencapaian tujuan 1. Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan Provinsi DIY dapat dilihat pada Tabel 1.2.

Tabel 1.2  
Capaian Target Tujuan 1

Indikator	Acuan Dasar	Capaian Saat ini	Capaian Nasional	Target MDGs 2015	Status	Sumber Data
<b>Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan</b>						
<b>Target 1 A: Menurunkan proporsi penduduk yang tingkat pendapatannya di bawah \$ 1 per hari menjadi setengahnya antara 1990 – 2015</b>						
1.1 Proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari \$ 1	19,15 (BPS, 2006) 18,99 (BPS, 2007) 18,02 (BPS, 2008) 17,23 % (BPS, 2009)	16,83%	13,33 (Susenas, 2010)	10,30%	▼	BPS, 2010
1.2 Indeks Kedalaman kemiskinan	3,35% (2008) 3,52 % (2009)	2,85 %	2,21% (Susenas, 2010)	2,50%	▼	BPS 2010
<b>Target 1B: Mewujudkan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda</b>						
1.4. Laju pertumbuhan PDRB per tenaga kerja	2,08%	2,08%	2,24% (BPS, Sakernas, 2009)	2,20 % -	▶	Sakernas, 2010
1.5 Rasio kesempatan kerja terhadap penduduk usia 15 tahun ke atas	66,01 (Sakernas, 2009)	65,79	62 (Sakernas, 2009)	Meningkat -	▶	Sakernas, 2010
1.7 Proporsi tenaga kerja yang berusaha sendiri dan pekerja bebas keluarga terhadap total kesempatan kerja	24,89 (Sakernas, 2009)	22,32	64 (Sakernas, 2009)	Menurun	▶	Sakernas, 2010
Indikator	Acuan Dasar	Capaian Saat ini	Capaian Nasional	Target MDGs 2015	Status	Sumber Data
<b>Target 1 C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990 – 2015</b>						
1.8 Prevalensi balita dengan berat badan rendah/kurang gizi (KEP).	16,70 (Susenas, 1992) 13,60% (Susenas, 1995) 20,11% (Susenas, 1998)	13,4% (KEP total) (Riskesdas, 2007) 11,3% KEP total (Riskesdas 2010)	18,4% (Laporan MDGs, 2010). 35,6% (Susenas, 1992)	< 10%	▶	Riskesdas, 2010 Profil Kesehatan DIY, 2010

1.8a Prevalensi balita gizi buruk	1,4%	1,4%	5,4% (2007)	< 1%		
1.8b Prevalensi balita gizi kurang	9,9%	9,9%	13,0% (2007)	11,9%		
1.9 Proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum						
- 1.400 Kkal/kapita/hari	20,68%	20,68%	14,47%	8,50%		Susenas, 2009
- 2000 Kkal /kapita/hari	71,73 %	71,73 %	61,86 (Susenas, 2009)	35,32%		
<b>Status:</b> ● Sudah tercapai ► Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus						

Secara umum pada tujuan 1, terdapat tiga indikator yang perlu mendapatkan perhatian serius yaitu: proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari \$ 1, indeks kedalaman kemiskinan, dan proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum (2000 kal /per kapita/hari). Hal ini menunjukkan bahwa upaya menurunkan angka kemiskinan merupakan tantangan berat yang memerlukan perhatian khusus.

Adapun gambaran secara rinci status capaian indikator MDGs pada tujuan 1 adalah sebagai berikut :

**Target 1A: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari US\$ 1 (PPP) per hari dalam kurun waktu 1990 - 2015.**

#### 1. Proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari \$ 1

Penduduk di bawah garis kemiskinan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta pada Tahun 2010 mencapai 15,63%, menurun dari kondisi pada tahun 2009 sebesar 16,83%. Angka tersebut masih berada di atas rerata nasional sebesar 13,33%. Demikian pula halnya bila dibandingkan dengan target MDGs nasional tahun 2015 sebesar 10,30%, maka diperlukan kerja keras untuk menurunkannya. Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta menempati urutan terbawah dari 6 provinsi di Pulau Jawa. Daerah Khusus Ibukota Jakarta menempati urutan terbaik (3,48%), diikuti Provinsi Banten (7,16%), Provinsi Jawa Barat (11,27%), Provinsi Jawa Timur (15,26%) dan Provinsi Jawa Tengah (16,56%).

Garis kemiskinan di provinsi DIY pada tahun 2009 sebesar Rp 211.978 per kapita per bulan. Jumlah ini meningkat dari tahun sebelumnya sebesar Rp 194.830 perkapita perbulan. Jika dilihat dari jumlah, maka jumlah penduduk miskin (penduduk yang konsumsinya berada di bawah garis kemiskinan) pada tahun 2009 sebanyak 585,8 ribu orang. Jika dibandingkan dengan keadaan tahun 2008 yang jumlahnya

mencapai 616,3 ribu orang, berarti jumlah penduduk miskin berkurang sebanyak 30,5 ribu orang dalam setahun.

Peta kemiskinan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2008 sampai dengan 2010 menunjukkan tren penurunan meskipun kecil, seperti terlihat dalam Tabel 1.3.

Tabel 1.3  
Angka Kemiskinan Provinsi DIY

Kabupaten/Kota	2006	2007	2008	2009	2010
Kulon Progo	28,39	28,61	26,85	24,65	23,15
Bantul	20,25	19,43	18,54	17,64	16,09
Gunungkidul	28,45	28,90	25,96	24,44	22,05
Sleman	12,70	12,56	12,34	11,45	10,70
Kota Yogyakarta	10,22	9,78	10,81	10,05	9,75
<b>DIY</b>	<b>19,15</b>	<b>18,99</b>	<b>18,02</b>	<b>16,86</b>	<b>15,63</b>

Sumber Data: Data dan Informasi Kemiskinan Kabupaten/Kota 2009; BPS (2010)

Berdasarkan data pada Tabel 1.3 di atas terlihat bahwa angka kemiskinan di Provinsi DIY jika dilihat per Kabupaten cukup variatif, di mana angka kemiskinan tertinggi pada tahun 2010 berada di Kabupaten Kulon Progo, kemudian disusul Kabupaten Gunungkidul dan Kabupaten Bantul. Terlihat bahwa terdapat disparitas yang cukup tinggi antar Kabupaten/kota dalam hal angka kemiskinan.

Tabel 1.4  
Sebaran Jumlah Penduduk Miskin Provinsi DIY 2008-2010

Kabupaten/Kota	2006 (ribu)	2007 (ribu)	2008 (ribu)	2009 (ribu)	2010 (ribu)
Kulon Progo	106,10	103,80	97,9	89,9	90,0
Bantul	178,20	169,30	164,3	158,5	146,9
Gunungkidul	194,40	192,10	173,5	163,7	148,7
Sleman	128,10	125,40	125,0	117,5	117,0
Kota Yogyakarta	45,20	42,90	48,1	45,3	37,8
<b>DIY</b>	<b>648,70</b>	<b>633,50</b>	<b>608,9</b>	<b>574,9</b>	<b>540,4</b>

Sumber Data: Data dan Informasi Kemiskinan Kabupaten/Kota 2009; BPS (2010)

Dari data pada Tabel 1.4 terlihat bahwa jumlah keluarga miskin di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta menunjukkan tren penurunan dari tahun ke tahun. Jumlah penduduk miskin terbanyak terdapat di Kabupaten Gunungkidul dan diikuti Kabupaten Bantul dan Sleman. Terlihat bahwa selaras dengan angka kemiskinan, jumlah

penduduk miskin menunjukkan disparitas yang cukup tinggi antara Kabupaten/Kota. Prioritas penanganan kemiskinan perlu difokuskan di Kabupaten Gunungkidul, Bantul dan Sleman.

Apabila dilihat dari jenis pekerjaan, terlihat bahwa sebagian besar (51,30%) keluarga miskin tersebut bekerja di sektor pertanian (pertanian padi dan palawija serta pertanian lainnya) sebagaimana terlihat pada Tabel 1.5.

Tabel. 1. 5  
Persentase Rumah Tangga Fakir Miskin dan Miskin Menurut Kabupaten/Kota dan Lapangan Pekerjaan Utama Kepala Rumah Tangga di Propinsi DIY Tahun 2006

Kab/Kota	Tdk Bekerja	Pertanian padi dan palawija	Pertanian Lainnya	Industri	Perdagangan	Jasa	Lainnya	Total
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Kulon Progo	14,60	61,69	8,46	0,99	1,41	4,02	8,82	100,00
Bantul	23,36	32,15	1,59	3,03	3,52	10,38	25,97	100,00
Gunungkidul	5,15	87,15	0,38	0,26	0,80	3,11	3,15	100,00
Sleman	24,46	34,09	2,26	2,14	3,02	10,92	23,10	100,00
Yogyakarta	32,53	0,83	0,57	1,85	12,31	28,00	23,90	100,00
<b>DIY</b>	<b>17,50</b>	<b>51,30</b>	<b>2,43</b>	<b>1,61</b>	<b>2,86</b>	<b>8,53</b>	<b>15,77</b>	<b>100,00</b>

Sumber : Materi paparan BAPPEDA Prov. DIY pada pembahasan KUA 2008.

Berdasarkan data pada Tabel 1.5, tampak bahwa sektor pertanian belum bisa memberikan penghasilan yang baik, apalagi bagi keluarga miskin. Hal ini dimungkinkan karena hampir semua keluarga miskin tidak mempunyai lahan garapan milik sendiri dan bekerja sebagai buruh tani dan buruh lainnya. Kemungkinan lain adalah belum optimalnya pengembangan potensi pertanian produktif.

Tingginya persentase kepala rumah tangga miskin yang tidak memiliki pekerjaan sebesar 17,50% merupakan fakta yang memprihatinkan. Meskipun kota Yogyakarta mempunyai jumlah penduduk miskin terendah, namun persentase penduduk miskin yang tidak bekerja paling besar dibandingkan dengan Kabupaten lain di provinsi DIY yaitu 32,53%. Hal ini berbanding terbalik dengan Kabupaten Gunungkidul dengan kecilnya persentase kepala keluarga miskin yang tidak bekerja (5,15%), namun kepala keluarga miskin yang bekerja sebagai petani memiliki persentase terbesar (87,15%). Data pada Tabel 1.6. menegaskan bahwa sebagian besar penduduk miskin bekerja di sektor pertanian. Kecenderungan ini terjadi di seluruh Kabupaten kecuali Kota Yogyakarta dengan persentase terbesar di Kabupaten Gunungkidul, Kabupaten Kulonprogo, dan Kabupaten Sleman.

Tabel 1.6.  
Persentase Penduduk Miskin usia 19 tahun ke atas  
menurut Kab/Kota dan Sektor Bekerja Tahun 2009

Kab/Kota	Tidak Bekerja	Bekerja di Sektor Pertanian	Bekerja tidak di sektor pertanian
1	2	3	4
Kulon Progo	2,69	56,37	40,94
Bantul	2,49	26,97	70,54
Gunungkidul	1,70	79,73	18,57
Sleman	1,55	40,23	58,22
Yogyakarta	3,03	1,01	95,96
<b>DIY</b>	<b>2,11</b>	<b>49,28</b>	<b>48,61</b>

Sumber Data: Data dan Informasi Kemiskinan Kabupaten/Kota 2009; BPS (2010)

## 2. Indeks Kedalaman Kemiskinan

Persoalan kemiskinan bukan hanya persentase penduduk miskin, namun juga menyangkut masalah Indeks Kedalaman Kemiskinan (IKK) serta indeks keparahan kemiskinan. Indeks Kedalaman Kemiskinan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2010 mencapai 2,85 yang berada di atas rata-rata nasional 2,21. Target yang ditetapkan untuk tahun 2015 adalah 2,50% dengan status perlu perhatian khusus

Angka konsumsi penduduk termiskin di Provinsi DIY pada tahun 2010 adalah sebesar 7,69 di bawah rata-rata nasional sebesar 8,75. Berdasarkan data Sakernas dalam survey periode Maret 2008-Maret 2009, Indeks Kedalaman Kemiskinan (P1) dan Indeks Keparahannya Kemiskinan (P2) cenderung mengalami penurunan, seperti dalam Tabel 1.7.

Tabel 1.7  
Tabel Indeks Kedalaman serta Indeks Keparahannya Kemiskinan

No	Tahun	Kota	Desa	Kota dan Desa
1.	Indeks Kedalaman Kemiskinan (P1)			
	1. Maret 2007	3,08	5,08	3,80
	2. Maret 2008	2,72	4,49	3,35
2.	Indeks Keparahannya Kemiskinan (P2)			
	1. Maret 2007	0,88	1,55	1,12
	2. Maret 2008	0,71	1,29	0,92

Sumber : BPS DIY, 2009

Data pada Tabel 1.7 menunjukkan bahwa indeks kedalaman serta keparahan kemiskinan desa lebih tinggi daripada kota. Hal ini diakibatkan oleh rata-rata defisit pengeluaran konsumsi penduduk pedesaan lebih besar dibandingkan dengan defisit di

perkotaan. Demikian halnya dengan kesenjangan pengeluaran konsumsi antar penduduk miskin di pedesaan juga lebih lebar dibandingkan dengan di daerah perkotaan. Kondisi tersebut mengindikasikan bahwa rata-rata pengeluaran penduduk miskin cenderung makin mendekati garis kemiskinan dan ragam pengeluaran penduduk miskin juga sedikit menyempit. Berdasarkan kondisi tersebut tampak bahwa upaya serius penurunan indeks kedalaman dan keparahan kemiskinan perlu di prioritaskan bagi penduduk miskin di desa.

Sementara itu berkaitan dengan IPM (Indeks Pembangunan Manusia) Provinsi DIY menduduki peringkat ke 3 dari seluruh provinsi di Indonesia. Trend IPM dari tahun ke tahun menunjukkan angka yang terus meningkat, sebagaimana tersaji dalam Tabel 1.8.

Tabel 1.8.  
Tabel IPM Provinsi DIY

Kab/Kota	2004	2005	Tahun 2009
Kab. Kulonprogo	70,9	71,5	73,77
Kab. Bantul	71,5	71,9	73,75
Kab. Gunungkidul	68,9	69,3	70,18
Kab. Sleman	75,1	75,6	77,70
Kota Yogyakarta	77,4	77,7	79,29
<b>DIY</b>	<b>72,9</b>	<b>73,5</b>	<b>75,23</b>

Sumber : Dinsos, 2007 dan BPS, 2009

Berdasarkan data pada Tabel 1.8 terlihat bahwa IPM baik untuk provinsi maupun Kabupaten/kota mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. IPM Kota Yogyakarta menduduki peringkat tertinggi diikuti Kabupaten Sleman, sedangkan IPM Kabupaten Kulon Progo, Kabupaten Bantul, dan IPM Kabupaten Gunungkidul berada di bawah rerata IPM Provinsi.

**Target 1B: Mewujudkan kesempatan kerja penuh dan produktif serta pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda.**

### 1. Laju PDB per Tenaga Kerja

Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) per tenaga kerja merupakan nilai total PDRB dibagi dengan jumlah seluruh tenaga kerja di Provinsi DIY. Laju PDRB per tenaga kerja merupakan indikator penting yang mengungkap produktivitas tenaga kerja. Dengan demikian tinggi rendahnya PDRB per tenaga kerja menunjukkan tinggi rendahnya pertumbuhan produktivitas tenaga kerja di Provinsi DIY. Berdasarkan data Sakernas 2010 laju PDRB per tenaga kerja di Provinsi DIY mencapai 2,08%, lebih rendah dari laju PDRB per tenaga kerja nasional sebesar 2,24. Melalui berbagai upaya diharapkan laju PDRB per tenaga kerja di Provinsi DIY meningkat dari tahun ke tahun dan pada tahun 2015 ditargetkan sebesar 2,20%.



## 2. Rasio Kesempatan Kerja Terhadap Penduduk Usia 15 Tahun ke atas

Dari Tabel 1.2 tergambar bahwa rasio kesempatan kerja terhadap penduduk usia 15 tahun ke atas pada tahun 2010 mencapai 65,79%, menurun dibandingkan angka yang sama pada tahun 2009 sebesar 66,01%. Angka tersebut lebih tinggi daripada capaian nasional sebesar 62% pada tahun 2009. Meskipun telah melampaui angka nasional, namun upaya peningkatan kesempatan kerja tetap harus dilakukan. Rasio kesempatan kerja terhadap penduduk usia 15 tahun ke atas di Provinsi DIY diharapkan selalu mengalami peningkatan dari tahun ketahun

Tingkat pengangguran usia muda (15-24 tahun) mencapai 25,07%. Sedangkan indikator untuk pekerja bebas dan keluarga per total penduduk yang bekerja sebesar 26,46. Lebih lanjut, berdasarkan data BPS Provinsi DIY tergambar bahwa jumlah penduduk di provinsi DIY yang bekerja pada tahun 2009 diperkirakan 1,9 juta orang. Jumlah tersebut mengalami peningkatan sebesar 3000 orang dibandingkan tahun 2008. Jumlah angkatan kerja mencapai angka 2,07 juta orang pada tahun 2010, meningkat dari tahun 2009 yaitu 2,02 juta orang. Dari jumlah angkatan kerja tersebut tingkat pengangguran terbuka (TPT) di DIY hingga Februari 2010 sebesar 6,02 persen atau sebanyak 124,4 ribu orang atau bertambah 1.400 orang dibandingkan Februari 2009 yang berjumlah sekitar 123 ribu orang dan naik 3.300 orang bila dibandingkan kondisi Agustus 2009 sebesar 121,1 ribu orang. Kondisi ini menunjukkan bahwa tingginya kenaikan angkatan kerja belum diimbangi dengan tersedianya lapangan kerja. Dilihat dari tingkat pendidikan, jumlah pengangguran terdidik menduduki peringkat teratas di DIY yaitu penganggur lulusan SMA dan Perguruan tinggi.

Meningkatnya angka pengangguran terbuka menuntut perhatian serius. Berdasarkan survei Sakernas yang dilaksanakan pada bulan Pebruari 2010 jumlah pengangguran terbuka di provinsi DIY meningkat dari tahun 2008 sebesar 107.500 orang menjadi 121.000 orang pada tahun 2009, dengan jumlah tertinggi di Kabupaten Sleman sebanyak 42.600 orang dan terendah di Kabupaten Kulonprogo sebanyak 9.600 orang. Selanjutnya jika dilihat dari jenis pekerjaan yang digeluti persentase terbesar berada di sektor pertanian, perikanan, perkebunan, kehutanan dan perburuhan sebesar 30,1% dan sektor perdagangan, rumah makan, dan jasa akomodasi sebesar 24 persen; dan selanjutnya sektor jasa kemasyarakatan, sosial dan perorangan sebesar 17,7%.<sup>1</sup>

**Target IC: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990-2015.**

Dalam upaya menurunkan proporsi penduduk yang menderita kelaparan, terdapat dua indikator utama yang perlu dipertimbangkan yaitu: prevalensi balita dengan berat badan rendah/kurang gizi (KEP), dan proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat

<sup>1</sup> <http://www.berita2.com/daerah/jawa/2499-pengangguran-di-diy-121000-orang.html>

konsumsi minimum (2000 kal/kapita/hari). Capaian kedua indikator tersebut dapat diuraikan sebagai berikut:

### 1. Prevalensi balita dengan berat badan rendah/kurang gizi (KEP)

Data pada Tabel 1.2 menunjukkan bahwa di Provinsi DIY, indikator persentase balita kekurangan gizi pada tahun 2010 mencapai 9,9% 11.3%; indikator persentase balita gizi buruk mencapai 1,4%; dan persentase balita gizi kurang mencapai 8,5% 9,9%. Angka-angka tersebut menunjukkan tren penurunan dari tahun ke tahun dan jauh di bawah angka nasional (18,4%; 5,4%; dan 13,0%), maupun target MDGs tahun 2015 (15,5%; 3,6%; dan 11,9%). Dengan demikian dilihat dari persentase balita kekurangan gizi, balita gizi buruk, dan balita gizi kurang di Provinsi DIY relatif tidak bermasalah dan telah melampaui target nasional MDGs tahun 2015. Namun demikian berbagai upaya tetap dilakukan dalam upaya mencegah terjadinya kekurangan gizi, gizi buruk, maupun gizi kurang.

Target yang ditetapkan untuk prevalensi balita kekurangan gizi di Provinsi DIY pada tahun 2015 adalah tidak lebih dari 10% dengan kategori akan tercapai. Target tersebut lebih baik dari target nasional sebesar 15,5 dengan status akan tercapai.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2010 menunjukkan angka kurang gizi secara nasional pada balita mengalami penurunan menjadi 17,9 persen dibanding tahun 2007 sebesar 18,4 persen. Namun, penduduk Indonesia dinilai masih mengalami ancaman masalah kelaparan tersembunyi (*hidden hunger*). Dengan demikian masalah nutrisi masih menjadi agenda besar di Indonesia baik gizi buruk, gizi kurang maupun kelaparan tersembunyi seperti kekurangan zat besi, kekurangan yodium dan vitamin A.

Persentase balita penderita gizi buruk di Provinsi DIY jika dilihat per Kabupaten dapat dilihat pada Tabel 1.9.

Tabel 1.9.  
Persentase Balita Penderita Gizi Buruk di provinsi DIY Tahun 2010

Kab/Kota	Persentase
Kab. Kulonprogo	0,88
Kab. Bantul	0,57
Kab. Gunungkidul	0,70
Kab. Sleman	0,66
Kota Yogyakarta	1,01

Sumber : Dinkes Prov.DIY

Faktor utama terjadinya balita gizi buruk di DIY disebabkan oleh permasalahan ekonomi atau kemiskinan. Hal ini mengingat makin tinggi angka kemiskinan yang tercermin dari rendahnya tingkat pendapatan, makin tinggi pula potensi terjadinya balita gizi buruk. Penyebab lain terjadinya balita gizi buruk adalah pola asuh anak yang salah

serta akibat penyakit terutama infeksi. Oleh karenanya upaya penurunan terjadinya balita gizi buruk linier dengan upaya penurunan kemiskinan, dalam artian keberhasilan menurunkan angka kemiskinan akan berdampak pula terhadap penurunan terjadinya balita gizi buruk.



## 2. Proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum

Proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum di Provinsi DIY menunjukkan angka yang belum menggembirakan. Kecukupan konsumsi kalori < 1400 Kkal mencapai 20,68, dan kecukupan konsumsi kalori  $\geq$  2000 Kkal mencapai 71,73. Apabila dibanding dengan angka nasional dan target MDGs tahun 2015, maka diperlukan upaya serius guna meningkatkan proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum. Dengan adanya Badan Ketahanan Pangan dan Penyuluhan di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta sejak tahun 2009, maka program untuk meningkatkan kecukupan konsumsi kalori harus mendapat perhatian khusus. Program pengembangan lumbung pangan untuk mencegah adanya penduduk menderita kelaparan, dan program pengembangan keaneka-ragaman pangan perlu terus ditingkatkan, sehingga kecukupan konsumsi kalori dapat dipenuhi.

## Capaian Tujuan 2. Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua

Tujuan 2. mencapai pendidikan dasar untuk semua dimaksudkan sebagai upaya menjamin bahwa pada tahun 2015 semua anak-anak dimanapun, laki-laki maupun perempuan, dapat menyelesaikan pendidikan dasar. Statusi pencapaian target tujuan 2, disajikan pada Tabel 1.10.

Tabel 1.10  
Capaian Target Tujuan 2

Indikator	Acuan Dasar	Status saat ini	Capaian Nasional	Target MDGs 2015	Status	Sumber Data
<b>Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua</b>						
<b>Target 2 A: Menjamin pada 2015 semua anak-anak dimanapun, laki-laki maupun perempuan, dapat menyelesaikan pendidikan dasar</b>						
2.1. Angka Partisipasi Murni sekolah dasar (SD/MI/SDLB/Paket A)	94,38 (2009)	94,76 (2010)	99,73 (2010)	100,		Susenas BPS
2.2. Proporsi murid di kelas 1 yang berhasil menamatkan sekolah dasar (SD/MI/SDLB/Paket A)	96,65 (2009)	93,26 (2010)	95,23 (2009)	100		Dinas Dikpora Provinsi DIY

2.3. Angka melek huruf usia 15-24 tahun perempuan dan laki-laki.	100 (2009)	100 (2010)	99,47 ( Susenas, 2009)	100	●	Susenas BPS
2.4. Angka Partisipasi Murni disekolah lanjutan tingkat pertama.	75,34 (2009)	75,55 (Susenas, 2010)	73,3 (Kemdiknas, 2009)	84,00	▶	Susenas BPS
<b>Status:</b> ● Sudah tercapai ▶ Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus						

Indikator-indikator dalam pencapaian target 2A. menunjukkan angka yang menggembirakan dalam artian mendekati dan bahkan melampaui angka nasional. Uraian rinci capaian target 2A tersebut adalah sebagai berikut:

**Target 2 A: Menjamin pada 2015 semua anak-anak dimanapun, laki-laki maupun perempuan, dapat menyelesaikan pendidikan dasar**

### 1. Angka Partisipasi Murni sekolah dasar (SD/MI/SDLB/Paket A)

Angka Partisipasi Murni (APM) Sekolah Dasar berdasar data Susenas BPS tahun 2010 mencapai 94,76 % dan selalu meningkat dari tahun ke tahun. Meskipun capaian APM ini di bawah capaian nasional (99,73%), angka tersebut tidak serta merta menunjukkan banyaknya anak usia SD yang tidak bersekolah. Hal ini dikarenakan di Provinsi DIY anak usia sekolah dasar terutama anak usia 12 tahun justru sudah banyak yang bersekolah di Sekolah Menengah Pertama (SMP). Demikian pula halnya anak di bawah usia 7 tahun banyak yang telah masuk Sekolah Dasar.

Tabel 1.11  
APM Pendidikan Dasar

Kab/Kota	SD/MI/A	SMP/MTS/B
Kota Yogyakarta	96,20	73,63
Bantul	94,31	81,00
Kulonprogo	93,90	83,11
Gunungkidul	97,99	75,46
Sleman	92,73	69,48
<b>DIY</b>	<b>94,76</b>	<b>75,55</b>

Sumber : BPS DIY 2010

Berdasarkan data pada Tabel 1.11 terlihat kecenderungan bahwa makin tinggi jenjang pendidikan makin rendah APM-nya. Apabila dilihat per Kabupaten/kota tampak adanya disparitas antar daerah yang masih cukup tinggi. Perhatian utama perlu diberikan kepada Kabupaten Gunungkidul dan Kabupaten Bantul.

## **2. Proporsi murid di kelas 1 yang berhasil menamatkan sekolah dasar (SD/MI/SDLB/Paket A)**

Proporsi murid kelas 1 yang berhasil menamatkan sekolah dasar pada tahun 2010 mencapai 93,26 menurun dari tahun 2009 sebesar 96,65. Bila dibandingkan pada tahun yang sama, proporsi tersebut lebih tinggi dari capaian nasional sebesar 95,23 pada tahun 2009. Dengan berbagai upaya diharapkan proporsi murid kelas 1 yang berhasil menamatkan sekolah dasar pada tahun 2015 akan mencapai 100%.

## **3. Angka melek huruf usia 15-24 tahun perempuan dan laki-laki**

Angka melek huruf penduduk usia 15-24 tahun, perempuan dan laki-laki berdasarkan data Susenas BPS tahun 2010 menunjukkan angka 100 %, di atas rata-rata nasional maupun target target MDGs nasional. Hal ini menunjukkan bahwa semua penduduk usia 15-24 tahun di provinsi DIY sudah memiliki kemampuan membaca dan menulis. Hal ini tidak lepas dari keberhasilan program wajib belajar pendidikan dasar yang telah dilakukan. Upaya lanjutan yang perlu diprioritaskan adalah pemeliharaan atau pelestarian agar warga yang telah melek huruf tidak buta huruf kembali.

## **Capaian Tujuan 3. Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan**

Tujuan 3. Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan dimaksudkan sebagai upaya menghilangkan ketimpangan gender di semua jenjang pendidikan dengan indikator berupa: (1) rasio anak perempuan terhadap anak laki-laki di tingkat pendidikan dasar, lanjutan, dan tinggi; (2) rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki usia 15-24 tahun; (3) kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor non pertanian; dan (4) proporsi kursi DPRD yang diduduki perempuan. Rasio perempuan terhadap laki-laki di tingkat pendidikan dasar, lanjutan, dan tinggi diperoleh dengan cara membagi APM perempuan jenjang pendidikan tertentu dengan APM laki-laki jenjang pendidikan yang sama. Sedangkan rasio melek huruf dihitung dengan cara membagi jumlah perempuan yang melek huruf dengan jumlah laki-laki yang melek huruf di usia 15 – 24 tahun. Rasio sebesar 95 - 105 menunjukkan terwujudnya kesetaraan gender, dan sebaliknya. Capaian target 3 tersebut dapat dicermati pada Tabel 1.12.

Tabel 1.12  
Capaian Target Tujuan 3

Indikator	Acuan Dasar	Status saat ini	Capaian Nasional	Target MDGs	Status	Sumber Data
<b>Tujuan 3: Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan</b>						
<b>Target 3 A: Menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada 2005 dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015.</b>						
3.1. Rasio anak perempuan terhadap anak laki-laki di tingkat pendidikan dasar, menengah, dan tinggi						BPS, Susenas 2010
- Rasio APM perempuan/ laki-laki di SD	102,19 %	102,19 %	99,73 (2009)	100	●	
- Rasio APM perempuan/ laki di SMP	114,32 %	114,32 %	101,99 (2009)	100	●	
- Rasio APM perempuan/ laki di SLTA	94,49 %	94,49 %	96,16 (2009)	100	▶	
- Rasio APM perempuan/ laki di Perguruan Tinggi	76,35 %	76,35 %	102,95 (2009)	100	▶	
3.2. Rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki usia 15-24 tahun.	100 %	100 %	100% (Laporan MDGs 2010).	100 %	●	BPS, Susenas
Indikator	Acuan Dasar	Status saat ini	Capaian Nasional	Target MDGs	Status	Sumber Data
3.3. Kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor nonpertanian (formal dan informal).	33,62 (Sakernas Agustus 2008)  34,83 % (Sakernas, Agustus 2009)	37,41 (Sakernas Agustus 2010)	33,45 (2009)	39,86	▶	Sakernas Agustus 2010

3.4. Proporsi kursi DPRD yang diduduki perempuan		DPRD DIY 21,82%,  DPRD se DIY 15,64 %	17,90% (2009)	30%	▶	KPU, DIY, 2009
<b>Status:</b> ● Sudah tercapai ▶ Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus						

Berdasarkan data pada Tabel 1.12, tampak bahwa kesenjangan gender masih terjadi di beberapa indikator terutama rasio perempuan terhadap laki-laki di SLTA dan perguruan tinggi, kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor nonpertanian, dan proporsi kursi DPRD yang diduduki perempuan. Secara rinci ketercapaian beberapa indikator dari tujuan 3 dengan target menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada 2005 dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015, dapat diuraikan sebagai berikut:

#### 1. Rasio anak perempuan terhadap anak laki-laki di tingkat pendidikan dasar, lanjutan, dan tinggi

Berdasarkan data dari BPS tahun 2010 tentang 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 menunjukkan bahwa kesetaraan gender terjadi di tingkat SD dan SMA. Sedangkan untuk rasio APM di tingkat SMP dan perguruan tinggi masih menunjukkan bias gender. Di tingkat SMP bias gender terjadi pada anak laki-laki, sedangkan di tingkat perguruan tinggi bias gender terjadi pada anak perempuan. Berdasarkan data tersebut dapat dicermati bahwa untuk makin tinggi jenjang pendidikan, rasio perempuan terhadap laki-laki menunjukkan angka yang makin rendah.

Tabel 1.13  
APM SD dan SMP Menurut Jenis Kelamin Tahun 2010

Kab/Kota	APM SD			APM SMP		
	L	P	Rasio	L	P	Rasio
Kota Yogya	97,75	94,2	96,36829	59,19	90,47	152,8468
Bantul	92,34	96,12	104,0936	74,98	89,81	119,7786
Kulonprogo	96,26	91,54	95,09661	71,82	94,6	131,7182
Gunungkidul	98,2	97,74	99,53157	73,27	77,82	106,2099
Sleman	87,81	96,71	110,1355	70,29	68,64	97,65258
<b>DIY</b>	<b>93,58</b>	<b>95,91</b>	<b>102,4898</b>	<b>70,97</b>	<b>80,83</b>	<b>113,8932</b>

Sumber : Susenas 2010

Jika dilihat per Kabupaten maka kesenjangan yang terbesar antara laki-laki dan perempuan untuk tingkat SD, SMP dan SMA ini adalah Kabupaten Sleman, Gunungkidul, dan Kulonprogo. Berdasarkan data tersebut maka perlu dilakukan upaya-upaya khusus untuk mengurangi kesenjangan akses perempuan dan laki-laki dalam memperoleh pendidikan yang sama.

**2. Rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki usia 15-24 tahun, yang diukur melalui angka melek huruf perempuan/laki-laki (indeks melek huruf gender).**

Salah satu indikator pencapaian kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan menurut MDGs adalah rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki usia 15-24 tahun. Kelompok penduduk usia sekolah ini adalah kelompok penduduk usia produktif, sebagai sumber daya pembangunan yang seharusnya memiliki pendidikan yang memadai dan keterampilan untuk mendapatkan pekerjaan yang layak. Rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki usia 15-24 tahun di DIY menunjukkan angka yang menggembirakan sebesar 100% diatas capaian maupun target nasional. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat kesetaraan antara laki-laki dan perempuan dalam hal melek aksara usia 15-24 tahun. Upaya yang perlu dilakukan adalah mempertahankan kondisi tersebut dengan berbagai program pemberdayaan menuju kesetaraan gender

**3. Kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor nonpertanian**

Persentase tingkat kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan non pertanian di DIY mencapai 37,41 (Sakernas Agustus 2010), meningkat dari tahun sebelumnya sebesar 34,83(Sakernas Agustus 2009). Angka tersebut lebih tinggi dibandingkan dengan persentase di tingkat nasional sebesar 33,45% tahun 2009. Dengan berbagai upaya, ditargetkan kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan non pertanian di DIY pada tahun 2015 akan mencapai 39,86 lebih tinggi dari target nasional.

Secara rinci penduduk yang bekerja menurut status pekerjaan dapat dicermati pada tabel 1.14.

Tabel 1. 14  
Penduduk Yang Bekerja di D.I. Yogyakarta  
Menurut Status Pekerjaan Tahun 2009 dan 2010

Status Pekerjaan	2009			2010		
	Laki-laki	Perempuan	Jumlah	Laki-laki	Perempuan	Jumlah
1. Berusaha sendiri	146.931	124.768	271.699	131.672	112.495	244.167
2. Berusaha dibantu buruh tidak tetap	291.346	159.983	451.329	281.577	150.731	432.308
3. Berusaha dibantu dibantu buruh tetap	41.758	14.416	56.174	52.529	16.654	69.183
4. Buruh / karyawan	366.334	248.552	614.886	311.610	231.022	542.632
5. Pekerja bebas di pertanian	28.376	26.431	54.807	18.771	17.089	35.860



6. Pekerja bebas non pertanian	129.080	16.232	145.312	100.708	15.390	116.098
7. Pekerja tak dibayar	71.380	230.061	301.441	72.663	262.237	334.900
<b>Jumlah</b>	<b>1.075.205</b>	<b>820.443</b>	<b>1.895.648</b>	<b>969.530</b>	<b>805.618</b>	<b>1.775.148</b>

Berdasarkan tabel 1.14 tersebut terlihat bahwa jumlah pekerja perempuan di sektor non pertanian menunjukkan kenaikan baik dari sisi jumlah maupun prosesnya dibandingkan dengan jumlah pekerja sektor non pertanian laki-laki. Pekerja upahan perempuan diharapkan bisa meningkat tiap tahun sampai mendekati angkatan kerja laki-laki dan perempuan tetapi khusus sektor formal (karyawan/buruh), sedangkan untuk sektor pekerja bebas non pertanian persentasenya tetap dan tidak perlu dinaikkan karena: pekerja bebas di sektor non pertanian umumnya pekerja lapangan sehingga memerlukan tenaga fisik; pekerja bebas di non pertanian untuk perempuan lebih rentan terhadap perlindungan ketenagakerjaan dibanding laki-laki.

Upah pekerja perempuan sektor non pertanian dari tahun ke tahun juga menunjukkan peningkatan. Secara rinci peningkatan upah pekerja perempuan sektor non pertanian tersebut dapat dicermati pada Tabel 1.15.

Tabel 1.15  
Upah Pekerja Perempuan Sektor Non Pertanian

Kab/Kota	Tahun 2006	Tahun 2007	Tahun 2009	Tahun 2010
Kota Yogyakarta	688,9	1092,1	935,1	1002,3
Kab. Bantul	735,7	960,9	875,9	905,0
Kab. Kulonprogo	704,3	710,3	965,5	906,6
Kab. Gunungkidul	558,2	785,0	1107,2	1226,5
Kab. Sleman	847,8	1034,0	995,7	1123,1
<b>DIY</b>	<b>755,4</b>	<b>885,2</b>	<b>1003,1</b>	<b>1081,2</b>

Sumber : Sakernas Agustus 2009 & 2010

Perkembangan yang terlihat sekali di Kabupaten Kulonprogo dan yang paling rendah di Kabupaten Bantul. Perkembangan di Kabupaten Kulonprogo ini dikarenakan pesatnya perkembangan *home industri* dan meningkatnya kesempatan kerja di sektor jasa. Secara khusus Kabupaten Gunungkidul menunjukkan tren yang meningkat secara drastis pada tahun 2009 dan tahun 2010 yang kemudian diikuti di Kabupaten Sleman.

Keberhasilan berbagai program untuk mengurangi kesenjangan gender yang dilakukan di provinsi DIY dapat diukur dengan tiga indeks yaitu Indeks Pembangunan Manusia (IPM), Indeks Pemberdayaan Gender (IDG) dan Indeks Pembangunan Gender (IPG). Data IPM di Indonesia berdasarkan provinsi sebagai berikut :

Tabel 1.16  
Indeks Pembangunan Manusia

IPM Tertinggi	IPM Terendah
DKI Jakarta	Papua
Sumateri Utara	NTT
Riau	NTB
DI Yogyakarta	Papua Barat
Kalimantan Timur	Kalimantan Barat

Ditinjau dari IPM, Provinsi DIY menempati urutan ke 4 pada tahun 2008 yaitu 71,50. IPM adalah ukuran kesejahteraan berdasarkan dimensi pendidikan (angka melek huruf dan rata-rata lama sekolah), dimensi kesehatan (angka harapan hidup) dan dimensi ekonomi (pendapatan per kapita).

#### 4. Proporsi kursi DPR/DPRD yang diduduki perempuan

Data di Provinsi DIY menunjukkan bahwa partisipasi politik perempuan secara formal di legislatif menunjukkan angka 21,82 % lebih tinggi dari angka nasional sebesar 17,90% pada tahun 2009. Meskipun telah dianggap meningkat dari periode-periode sebelumnya, anggota legislatif perempuan di DPRD provinsi periode 2009-2014 masih berada pada angka di bawah 30%, sehingga pada tahun 2014 ditargetkan partisipasi perempuan di legislatif sebesar 30% lebih tinggi dari target nasional.

Tingkat partisipasi politik perempuan di Provinsi DIY ditampilkan dalam Tabel 1.17 berikut:

Tabel 1.17  
Tingkat Partisipasi Politik di Provinsi DIY

Kab/Kota	Jumlah	Persentase
Kota Yogyakarta	5/40	12,5
Kab. Bantul	6/45	13,3
Kab. Kulonprogo	5/40	12,5
Kab. Sleman	8/50	16
Kab. Gunungkidul	7/45	15,56
<b>DIY</b>	<b>12/55</b>	<b>21,8</b>

Sumber : KPU DIY, 2009

Berdasarkan data pada Tabel 1.17 tersebut terlihat disparitas yang cukup tinggi antar Kabupaten dalam hal partisipasi politik perempuan. Persentase partisipasi politik perempuan terbesar adalah di Kabupaten Gunungkidul (15,56%), diikuti Kabupaten Bantul (13,35%), dan terendah terdapat di Kabupaten Kulon Progo dan Kota Yogyakarta.

Masih rendahnya angka partisipasi politik perempuan ini sejalan dengan tingkat partisipasi politik di tingkat musrenbang di level kelurahan, kecamatan, Kabupaten juga masih cukup rendah. Di level birokrasi, jumlah perempuan yang menduduki posisi eselon 1 tidak ada (0%), eselon II sebesar 21,7 %, eselon III sebesar 19%; dan secara

keseluruhan jumlah perempuan di dalam birokrasi di pemerintah DIY sebesar 31,7%. Dalam bidang pemberdayaan ekonomi, angkatan kerja perempuan juga masih rendah dan sebagian besar perempuan bekerja di sektor informal yang lemah dari perlindungan hukum. Selanjutnya jika dilihat dari angka kekerasan terhadap perempuan dan anak di DIY juga masih tinggi yaitu sebesar 994 orang yang ditangani oleh PK2PA pada tahun 2009. Data tersebut tentu saja lebih rendah dari kenyataan yang ada dikarenakan fenomena kekerasan merupakan fenomena gunung es; dan meningkat dari tahun ke tahun.

Tabel 1.18  
Indeks Pembangunan Gender

IPG tertinggi	IPG terendah
1. DKI Jakarta	1. Gorontalo
2. <b>DI Yogyakarta</b>	2. Nusa Tenggara Barat
3. Sumatera Utara	3. Papua Barat
4. Kalimantan Tengah	4. Kalimantan Timur
5. Sumatera Barat	

Capaian kesetaraan gender dalam pembangunan diukur dengan Indeks Pembangunan Gender (IPG) atau *Gender Development Index* (GDI) yang meliputi aspek pendidikan, kesehatan, dan ekonomi. Tahun 1999 GDI DIY mencapai 66,40%; tahun 2002 turun menjadi 65,20%; dan meningkat kembali pada tahun 2005 mencapai 70,2% menempati peringkat pertama nasional; selanjutnya pada tahun 2006 naik menjadi 70,3% menempati peringkat 2 setelah DKI Jakarta. Pada tahun 2008 GDI Provinsi DIY menunjukkan prestasi yang baik dengan menempati ranking ke 2 tertinggi setelah DKI (lihat Tabel 1.18).

## Capaian Tujuan 4. Menurunkan Angka Kematian Anak

Tujuan 4 dimaksudkan untuk menurunkan angka kematian balita (AKBA) sebesar dua per tiganya, antara 1990 dan 2015 dengan indikator: angka kematian balita per 1000 kelahiran hidup, Angka kematian bayi per 1000 kelahiran hidup, dan Persentase anak di bawah satu tahun yang di imunisasi campak. Capaian tujuan tersebut ditampilkan dalam Tabel 1.19 berikut:

Tabel 1.19  
Capaian Target Tujuan 4

Indikator	Acuan Dasar	Capaian Saat ini	Capaian Nasional	Target MDGs 2015	Status	Sumber Data
<b>Tujuan 4. Menurunkan Angka Kematian Anak</b>						
<b>Target 4 A: Menurunkan angka kematian balita (AKBA) sebesar dua per tiganya, antara 1990 dan 2015</b>						
4.1. Angka kematian balita per 1000 kelahiran hidup	30 (BPS, 2000)	19	32	16	▶	Profil kesehatan DIY, 2010
4.2. Angka kematian bayi per 1000 kelahiran hidup	25 (BPS, 2000)	17	23 (SDKI, 2007)	16	▶	SDKI, 2007
4.3. Persentase anak di bawah satu tahun yang di imunisasi campak	96,4	96,4	74,4 (Riskesdas 2010)	100	▶	Riskesdas 2010)
<b>Status:</b> ● Sudah tercapai ▶ Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus						

Secara nasional, capaian yang terlihat dari tabel 1.9 menunjukkan bahwa angka kematian balita dan angka kematian bayi di Provinsi DIY jauh di bawah angka nasional dan bahkan target nasional 2015. Sedangkan persentase anak di bawah satu tahun yang di imunisasi campak berada di atas angka nasional. Keberhasilan ini tidak terlepas dari status kesehatan anak yang terus mengalami peningkatan dari waktu ke waktu sebagai akibat dari perbaikan layanan kesehatan dan higiene. Meskipun telah melampaui target nasional dalam hal penurunan angka kematian bayi dan balita, namun berbagai upaya preventif terjadinya kematian bayi dan balita tetap di programkan dengan memperbaharui sasaran. Demikian pula dengan imunisasi campak untuk anak di bawah satu tahun.

Secara rinci capaian tujuan 4 dengan target menurunkan angka kematian balita (AKBA) diuraikan sebagai berikut:

#### 1. Angka Kematian Balita per 1000 Kelahiran Hidup

Secara nasional, Angka Kematian Balita per 1000 kelahiran hidup menunjukkan penurunan dari tahun ke tahun. Pada tahun 1991, angka kematian balita (AKABA) mencapai 97 kematian per 1.000 kelahiran hidup; pada tahun 2002/2003 angka kematian tersebut jauh menurun menjadi 46 kematian per 1.000 kelahiran hidup, dan pada tahun 2007 turun menjadi 44 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Dengan kondisi tersebut, target capaian MDGs secara nasional yang ditetapkan adalah 32 per 1000 kelahiran hidup dan diprediksi akan tercapai pada tahun 2015.

Saat ini Angka Kematian Balita di Provinsi DIY sebesar 22 per 1000 kelahiran hidup (SDKI, 2007). Angka tersebut jauh lebih rendah dari angka nasional saat ini maupun target nasional pada tahun 2015. Pencapaian ini tidak terlepas dari didukung cakupan imunisasi yang tinggi, layanan persalinan oleh tenaga kesehatan dan tingginya

akses air minum yang layak. Dengan mempertimbangkan berbagai kondisi tersebut Provinsi DIY menetapkan target capaian angka kematian balita lebih rendah dari target nasional yaitu sebesar 16 per 1000 kelahiran hidup dan diprediksi akan tercapai pada tahun 2015.

Apabila dilihat dari jumlahnya, data dalam Profil Kesehatan Provinsi DIY tahun 2010 menunjukkan jumlah kasus Kematian Balita sebesar 409 kasus dari jumlah 204.834 balita; seperti terlihat dalam Tabel 1.20 berikut :

Tabel 1.20  
Jumlah Kematian Balita Provinsi DIY

Kab/Kota	Jumlah Balita	Jumlah Lahir Hidup	Jumlah Balita Mati
Kota Yogyakarta	20.588	4.559	45
Kab. Bantul	63.321	12.185	141
Kab. Kulonprogo	22.795	5.717	80
Kab. Gunungkidul	33.505	8.996	71
Kab. Sleman	64.625	11.591	72
<b>DIY</b>	<b>204.834</b>	<b>43.048</b>	<b>409</b>

Sumber : Profil Kesehatan prov DIY dan laporan Kabupaten/kota, 2010

Berdasarkan data pada Tabel 1.20 di atas, terlihat bahwa jumlah kematian bayi terbesar terdapat di Kabupaten Bantul, namun demikian apabila dilihat dari perbandingan antara jumlah balita mati dan jumlah balita lahir hidup tampak bahwa Kabupaten Kulon Progo diikuti dengan Kabupaten Bantul dan Kota Yogyakarta perlu mendapatkan perhatian khusus.

## 2. Angka Kematian Bayi (AKB) per 1000 kelahiran.

Data Nasional Angka Kematian Bayi memperlihatkan penurunan dari tahun ke tahun. Pada tahun 1991, angka kematian bayi (AKB) mencapai 68 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2002-2003, angka tersebut menurun menjadi 35 kematian per 1.000 kelahiran hidup, dan pada tahun 2007 AKB tercatat 34 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Target capaian MDGs secara nasional yang ditetapkan adalah 32 per 1000 kelahiran hidup dan diprediksi akan tercapai pada tahun 2015.

Angka kematian bayi (AKB) di Provinsi DIY pada saat ini sebesar 19 per kelahiran hidup (SDKI, 2007). Angka tersebut jauh lebih rendah dari angka nasional saat ini maupun target nasional pada tahun 2015. Pencapaian ini tidak terlepas dari didukung cakupan layanan persalinan oleh tenaga kesehatan maupun kondisi dan status kesehatan ibu. Dengan mempertimbangkan berbagai kondisi tersebut Provinsi DIY menetapkan target capaian angka kematian bayi lebih rendah dari target nasional yaitu sebesar 16 per 1000 kelahiran hidup dan diprediksi akan tercapai pada tahun 2015.

Menurut jumlahnya, kasus kematian bayi di Provinsi DIY tahun 2010 sebesar 346 kasus dari 43.048 bayi lahir hidup yang tersebar di lima Kabupaten kota; yang terinci seperti terlihat dalam Tabel 1.21.

Tabel 1.21  
Jumlah Kematian Bayi di Provinsi DIY

Kab/Kota	Jumlah Lahir Hidup	Jumlah Bayi Mati
Kota Yogyakarta	4.559	40
Kab. Bantul	12.185	120
Kab. Kulonprogo	5.717	56
Kab. Gunungkidul	8.996	63
Kab. Sleman	11.591	67
<b>DIY</b>	<b>43.048</b>	<b>346</b>

Sumber : Profil Kesehatan prov DIY dan laporan Kabupaten/kota, 2010

Berdasarkan data pada Tabel 1.21 tersebut terlihat bahwa masih terdapat disparitas antar Kabupaten/kota dalam hal jumlah kematian bayi dibandingkan jumlah lahir hidup. Perhatian khusus perlu diberikan kepada Kabupaten Kulon Progo diikuti Kabupaten Bantul, dan Kota Yogyakarta mengingat perbandingan jumlah kematian bayi dengan jumlah lahir hidup yang lebih tinggi dari Kab/kota lain maupun tingkat provinsi. Berdasarkan data Profil Kesehatan DIY 2010, penyebab utama kematian bayi di Provinsi DIY adalah berat badan lahir rendah (BBLR) sebesar 28% dan asfiksia (18%). Sebagian besar kasus BBLR disebabkan status gizi ibu yang kurang baik seperti anemia dan kurang energi kronis (KEK).

### 3. Persentase anak usia di bawah 1 tahun yang diimunisasi

Data nasional menunjukkan bahwa persentase anak usia 1 tahun yang diimunisasi sejumlah 67% (SDKI< 2007), dan meningkat pada tahun 2010 sebesar 74,5%. Target yang akan dicapai pada tahun 2015 dalam kurun waktu MDGs di tingkat nasional ini adalah pada prosentase yang meningkat dari tahun sebelumnya.

Data cakupan imunisasi di Provinsi DIY menunjukkan angka yang menggembirakan dan berada di atas capaian nasional. Pada tahun 2010 cakupan imunisasi di provinsi DIY mencapai 100,08 persen meningkat dari tahun sebelumnya sebesar 98, 01%. Meskipun demikian masih terdapat kesenjangan antar Kabupaten kota dalam hal cakupan imunisasi ini. Pada tahun 2009 angka cakupan imunisasi Kabupaten Kulonprogo dan Sleman berada di atas 100 persen, namun Kabupaten Kulonprogo menurun dalam tahun 2010 menjadi 97, 3 % digantikan oleh Kabupaten Gunungkidul. Sementara Kabupaten Sleman persentase cakupan imunisasi terus menerus berada di atas 100 persen. Angka cakupan imunisasi di Provinsi DIY tersebut dua kali lebih tinggi dari Banten (44,0%) yang merupakan provinsi dengan cakupan imunisasi terendah.

Secara rinci, cakupan imunisasi campak pada bayi di bawah 1 tahun Provinsi DIY dapat dicermati pada Tabel 1.22 berikut:

Tabel 1.22  
Imunisasi Campak pada Bayi Usia di bawah 1 Tahun  
Provinsi DIY

Kab/Kota	Jumlah Bayi	Jumlah Diimunisasi	Persentase
Kota Yogyakarta	4.798	4.762	99,2%
Kab. Bantul	12.341	11.169	90,5%
Kab. Kulonprogo	5.958	5.798	97,3%
Kab. Gunungkidul	8.709	8.921	102,4 %
Kab. Sleman	11.819	13.011	110,1%
<b>DIY</b>	<b>43.625</b>	<b>43.661</b>	<b>100,08%</b>


Sumber :Profil Kesehatan Prov DIY, 2010

Berdasarkan data pada Tabel 1.22 tersebut terlihat adanya disparitas antar Kabupaten/kota dalam hal cakupan imunisasi campak pada bayi di bawah satu tahun. Dua Kabupaten masing-masing Sleman dan Gunungkidul cakupan imunisasi campak pada bayi di bawah satu tahun menunjukkan angka di atas 100% dan diatas persentase provinsi. Sedangkan Kabupaten Bantul dan Kulon Progo menunjukkan persentase tertendah di bawah persentase provinsi. Oleh karenanya dua Kabupaten tersebut perlu mendapat perhatian.

## Capaian Tujuan 5. Meningkatkan Kesehatan Ibu

Tujuan 5 difokuskan kepada upaya meningkatkan kesehatan ibu dengan target menurunkan angka kematian ibu dan mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015. Capaian terget tujuan 5 dapat dicermati pada Tabel 1.23 berikut:

Tabel 1.23  
Capaian Target Tujuan 5

Indikator	Acuan Dasar	Status Saat ini	Capaian Nasional	Target MDGs 2015	Status	Sumber Data
<b>Tujuan 5: Meningkatkan Kesehatan Ibu</b>						
<b>Target 5 A: Menurunkan angka kematian ibu hingga tiga per empatnya antara 1990 – 2015</b>						
5.1. Angka kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup	105	103	228	100		Susenas 2005

5.2.	Proporsi pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih	82,92	97,69%	82,25	99%	▶	Profil Kesehatan Provinsi DIY, 2006,2010, Risesdas 2010
Indikator	Acuan Dasar	Status Saat ini	Capaian Nasional	Target MDGs 2015	Status	Sumber Data	
<b>Target 5 B : Mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015</b>							
5.3.	Angka pemakaian kontrasepsi CPR bagi perempuan menikah usia 15 – 49 (semua cara dan cara modern)	66,9% ( SDKI, 2007) 78,65 % laporan rutin BKKBN 2009	79,08 % (Laporan Desember 2010 dari Kab/Kota)	57,4 % SDKI 2007 75,62 % laporan rutin BKKBN	80%	▶	SDKI  Laporan BKKBN
5.4.	Angka kelahiran pada remaja (perempuan usia 15 – 19 tahun) per 1000 perempuan usia 15 – 19 tahun	24 per 1.000 perempuan usia 15-18 tahun ( SDKI 2007)	24 per 1.000 ( Laporan SDKI 2007)	35 per 1.000 (Laporan SDKI, 2007)	24 per 1000 (mempertahankan TFR 1,8)	▶	SDKI, 2007
5.5	Cakupan pelayanan Antenatal (sedikitnya satu kali kunjungan dan empat kali kunjungan)						Risesdas, 2010
	- 1 kunjungan	83,4%	100%	93,3%, 4	100%	●	
	- 4 kunjungan	89,0%	89,0%	81,5%	95%	▶	
5.6.	Unmet need (kebutuhan keluarga berencana/KB yang tidak terpenuhi)	6,8% ( SDKI, 2007) data primer BKKBN , Desember th 2010	6,8% ( SDKI, 2007) dan data primer BKKBN 2010	9,10% (2007) Menurun, perlu perhatian khusus	5%	▶	BKKBN,2010
<b>Status:</b> ● Sudah tercapai ▶ Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus							

Berdasarkan data pada Tabel 1.23 dalam tujuan 5 tampak bahwa dalam semua target maupun indikator, capaian Provinsi DIY lebih baik daripada capaian maupun target nasional. Hal ini menunjukkan bahwa kesehatan Ibu di provinsi DIY menunjukkan derajat



yang lebih baik dari rerata nasional. Oleh karenanya provinsi DIY menetapkan target MDGs 2015 yang lebih baik daripada target nasional dalam semua indikator.

Secara terinci kondisi dari masing-masing target dan indikator diuraikan sebagai berikut:

**Target 5 A: Menurunkan angka kematian ibu hingga tiga per empatnya antara 1990 – 2015**

**1. Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup**

Angka kematian ibu (AKI) di provinsi DIY pada tahun 2008 sebesar 104. Angka tersebut terus menurun dari tahun ke tahun, dan pada tahun 2010 terdapat 103 kasus kematian ibu. Pada tahun 2004 AKI di provinsi DIY sejumlah 114, kemudian menurun pada tahun 2005 menjadi 110, tahun 2006 menjadi 107, dan tahun 2007 sejumlah 107. Angka tersebut jauh di bawah angka nasional sebesar 228, dan sedikit di atas target nasional tahun 2015 sebesar 100. Untuk capaian MDGs tahun 2015, provinsi DIY menargetkan AKI sebesar 100.

Meskipun nantinya Provinsi DIY mampu mencapai target AKI di bawah target MDGs nasional, capaian tersebut sebenarnya belum dapat diartikan sebagai sebuah keberhasilan. Bagaimanapun melahirkan dengan pelayanan yang baik dan terhindar dari kematian karena melahirkan merupakan hak setiap ibu. Oleh karena itu pendekatan yang digunakan bukan sekedar berorientasi pada target kuantitatif namun lebih kepada upaya bagaimana mampu menekan angka kematian ibu sekecil-kecilnya dengan memberikan pelayanan kepada ibu hamil, melahirkan dan nifas dengan kualitas yang baik.

Sementara itu jika dilihat AKI perKabupaten/kota, terlihat adanya disparitas meskipun tidak terlalu tinggi seperti terlihat pada Tabel 1.24.

Tabel 1.24  
Jumlah Kematian Ibu di Provinsi DIY

Kab/Kota	Jumlah Lahir Hidup	Jumlah Kematian Ibu
Kota Yogyakarta	4.559	7
Kab. Bantul	12.185	10
Kab. Kulonprogo	5.717	4
Kab. Gunungkidul	8.996	9
Kab. Sleman	11.591	13
<b>DIY</b>	<b>43.048</b>	<b>43</b>

Sumber : Profil Kesehatan Prov. DIY dan laporan Kabupaten/kota,2010

Berdasarkan data kematian ibu pada Tabel 1.24 tersebut, terlihat bahwa jumlah kematian ibu terbesar terdapat di Kabupaten Sleman diikuti dengan Kabupaten Bantul dan terendah di Kabupaten Kulon Progo. Namun demikian apabila dilihat dari perbandingan antara jumlah kematian ibu dengan jumlah lahir hidup, maka perhatian utama perlu diberikan kepada Kota Yogyakarta diikuti dengan Kabupaten Sleman, dan

Kabupaten Gunungkidul mengingat angka perbandingan jumlah kematian ibu dengan jumlah lahir hidup yang lebih besar daripada angka provinsi. Tingginya kematian ibu di Kota Yogyakarta terutama terjadi pada penduduk pendatang dengan mobilitas perpindahan yang tinggi sehingga tidak mendapatkan layanan pemeriksaan kehamilan yang memadai.

## **2. Proporsi kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan terlatih.**

Berdasarkan data profil Kesehatan Provinsi DIY tahun 2009, proporsi kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih sebesar 92,53% atau 44.041 dari 47.599 kelahiran. Namun data Susenas 2009 menunjukkan proporsi yang lebih besar yaitu 96,94%. Di tingkat nasional, Provinsi DIY menempati urutan ke 2 setelah DKI Jakarta sehubungan dengan proporsi kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih ini. Namun memang seharusnya untuk semua kelahiran harus ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dan melahirkan ditempat fasilitas kesehatan sesuai standar untuk mengurangi angka kematian ibu karena melahirkan.

### **Target 5 B : Mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015**

#### **1. Angka pemakaian kontrasepsi/Contraception Prevalence Rate (CPR) bagi perempuan menikah usia 15-49, semua cara.**

Secara nasional kondisi saat ini berkaitan dengan angka pemakaian kontrasepsi bagi perempuan menikah pada usia 15-49 dengan semua cara menunjukkan angka 61,40%. Target capaian yang diinginkan adalah akan mengalami peningkatan dan pada tahun 2015 status tersebut akan tercapai, Di Provinsi DIY berdasarkan data SDKI telah tercapai 66,9 % diatas rata-rata tingkat nasional.

Sedangkan berdasarkan Laporan Rutin BKKBN Angka CPR di provinsi DIY sebesar 79,08 persen (Laporan Kabupaten, 2010). Capaian ini lebih tinggi dibandingkan dengan capaian nasional 75,62 %. Secara ideal capaian CPR diharapkan akan semakin tinggi untuk menanggulangi ledakan penduduk yang terjadi di masa depan. Setelah Orde Baru, program KB untuk mendorong perempuan dan laki-laki menggunakan alat kontrasepsi untuk mengurangi ledakan jumlah penduduk seakan-akan terabaikan baik pada tingkat nasional maupun daerah. Oleh karena itu pemerintah perlu menggalakkan penggunaan alat kontrasepsi untuk mengurangi ledakan penduduk di masa depan, namun dengan pendekatan yang lebih berorientasi pada hak Reproduksi . Dengan penggunaan alat kontrasepsi selain berdampak untuk pengendalian jumlah penduduk , juga mampu mencegah kematian Ibu melahirkan yang disebabkan oleh kehamilan karena 4 T (Terlalu muda melahirkan, Terlalu tua melahirkan, Terlalu dekat jarak anak yang dilahirkan dan Terlalu banyak anaknya). Pemerintah seharusnya memberikan fasilitas baik informasi yang komprehensif maupun ketersediaan alat kontrasepsi untuk mendorong meningkatnya penggunaan alat kontrasepsi baik di kalangan perempuan maupun laki-laki. Angka pemakaian kontrasepsi di Provinsi DIY menurut Kabupaten/Kota dapat dicermati pada Tabel 1.25 berikut:

Tabel 1.25  
Angka Pemakaian Kontrasepsi (CPR) Provinsi DIY

Kab/Kota	Jumlah PUS	Jumlah KB Aktif	Persentase
Kota Yogyakarta	48.328	35.431	73,31
Kab. Bantul	147.940	116.507	78,75
Kab. Kulonprogo	66.283	50.234	75,79
Kab. Gunungkidul	136.457	110.677	81,11
Kab. Sleman	151.600	121.531	80,17
<b>DIY</b>	<b>550.608</b>	<b>434.380</b>	<b>78,89</b>

Sumber : Profil Kesehatan Provinsi DIY dan laporan Kabupaten/kota,2010

Berdasarkan data pada Tabel 1.25 terlihat bahwa persentase pemakaian kontrasepsi (CPR) tertinggi adalah di Kabupaten Gunungkidul diikuti Kabupaten Sleman, dan terendah di kota Yogyakarta. Dengan demikian upaya peningkatan pemakaian kontrasepsi (CPR) perlu ditingkatkan terutama di Kota Yogyakarta, Kabupaten Kulon Progo dan Kabupaten bantul mengingat persentase yang lebih rendah daripada persentase tingkat provinsi.

## 2. Angka kelahiran remaja (perempuan 15-19 tahun) per 1000 perempuan usia 15-19 tahun

Ukuran tingkat kelahiran/Fertilitas yang umum digunakan adalah *Total Fertility Rate (TFR)* dan *Age Spesific Fertility Rate (ASFR)* atau angka kelahiran menurut umur. TFR dihitung dengan menjumlahkan ASFR dan dapat didefinisikan sebagai jumlah anak yang akan dilahirkan oleh seorang perempuan sampai akhir masa reproduksinya, jika ia dapat melampaui masa melahirkan anak dengan mengikuti pola ASFR saat ini. Di Provinsi DIY berdasarkan SDKI 2007 menunjukkan angka fertilitas yang mengalami peningkatan pada kelompok umur 15-19 tahun dan 20-24 tahun, dan penurunan angka kelahiran pada kelompok 30-34 tahun, 35-39 tahun dan 40-44 tahun.

Secara keseluruhan terlihat angka fertilitas menurut kelompok umur perempuan per 1000 perempuan (ASFR) di Provinsi DIY lebih rendah dibandingkan dengan angka Nasional. Sebagai contoh ASFR (Data SDKI 2007 estimasi tingkat provinsi) di Provinsi DIY pada kelompok umur 15-19 tahun adalah 24 per 1000 perempuan, sedangkan angka Nasional menunjukkan 52 per 1000 perempuan pada kelompok umur yang sama.

## 3. Cakupan pelayanan antenatal (sedikitnya 1 kali kunjungan dan 4 kali kunjungan)

Di tingkat nasional data menunjukkan bahwa cakupan pelayanan antenatal kunjungan 1 kali sebesar 93,3%; dan untuk 4 kunjungan sebesar 81,5%. Target MDGs tahun 2015 adalah meningkat tanpa ada proporsi definitive dan status tersebut akan tercapai di tahun 2015.

Kondisi cakupan pelayanan antenatal di Provinsi DIY menunjukkan persentase yang lebih tinggi dibandingkan dengan cakupan pelayanan antenatal di tingkat nasional

yaitu untuk kunjungan pertama (K1) sebesar 100% dan 4 kali kunjungan (K4) sebesar 89,0 persen (Riskesdas, 2010). Angka ini termasuk lima besar dibandingkan dengan provinsi-provinsi lain di Indonesia. Meskipun sudah memasuki lima besar dalam hal kunjungan pelayanan antenatal K4, pada tahun 2015 angka capaian antenatal ditargetkan sebesar 95%. Hal ini didasari pemikiran bahwa pelayanan antenatal adalah hak bagi perempuan dalam menjalankan fungsi reproduksinya. Kunjungan secara rutin dalam pelayanan antenatal sangat penting untuk mengurangi angka kematian bayi dan angka kematian ibu karena berada dalam pengawasan tenaga kesehatan. Oleh karena itu penting bagi pemerintah untuk mendekatkan layanan antenatal bagi ibu-ibu hamil baik melalui Posyandu, Polindes, Puskesmas pembantu maupun Puskesmas dengan biaya yang sangat ringan dan gratis untuk pemegang jamkesmas dan jampersal.

#### 4. Unmet Need (kebutuhan Keluarga Berencana/KB yang tidak terpenuhi)

Data nasional capaian target *unmet need* pada saat ini sebesar 9,10%, dan status pada tahun 2015 perlu perhatian khusus. Angka *unmet need* di Provinsi DIY sebesar 6,8% (SDKI, 2007), lebih rendah dari angka nasional. Angka normal yang dapat ditolerir untuk *unmet need* adalah 5%, meskipun idealnya adalah 0%, yang berarti semua Pasangan usia subur (PUS) akan terlayani dengan baik dan dapat menjangkau pelayanan KB dengan baik. Tingginya *unmet need* seringkali disebabkan oleh ketidakterjangkauan biaya untuk mendapatkan alat kontrasepsi terutama bagi kelompok miskin. Oleh karena itu layanan KB harus didekatkan kepada kelompok-kelompok miskin dan menjangkau kelompok-kelompok yang mungkin menolak melakukan KB. Pendekatan yang dilakukan selain menggratiskan alat kontrasepsi terutama yang non hormonal juga harus ada informasi yang jelas tentang dampak positif dan negatif penggunaan alkon hormonal.

Dari pemantauan laporan rutin BKKBN bulan Desember 2010 menunjukkan bahwa jumlah PUS *unmet need* sebesar 52.607 atau 9,67 % yang terdiri dari :

- a. PUS Ingin anak tetapi di Tunda sejumlah 24.624 atau 4,53 % dari PUS 544.057
- b. PUS Tidak Ingin anak Lagi sejumlah 27.983 atau 5,14 %

Tabel 1.26  
PUS *Unmet need* Provinsi DIY

Kab/Kota	Jumlah PUS	Jumlah PUS Unmet need	Persentase
Kota Yogyakarta	48.293	6.387	13,22
Kab. Bantul	151.640	13.221	8,72
Kab. Kulonprogo	66.305	7.523	11,35
Kab. Gunungkidul	136.457	11.882	8,71
Kab. Sleman	141.362	13.594	9,62
<b>DIY</b>	<b>544.057</b>	<b>52.607</b>	<b>9,67</b>

Sumber : Laporan Rutin Dallap BKKBN Provinsi DIY, Desember 2010

## Capaian Tujuan 6. Memerangi HIV dan AIDS, Malaria, dan Penyakit Menular Lainnya

Tujuan 6 difokuskan kepada upaya memerangi HIV DAN AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya dengan tiga target yaitu: mengendalikan penyebaran HIV dan AIDS dan mulai menurunnya jumlah kasus baru pada 2015; mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV DAN AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2010; dan mengendalikan penyakit malaria dan mulai menurunnya jumlah kasus malaria dan penyakit lainnya pada 2015. Capaian target tujuan 6 ditampilkan pada Tabel 1.27 berikut:

Tabel 1.27  
Capaian Target Tujuan 6

Indikator	Acuan Dasar	Status saat ini	Capaian Nasional	Target MDGs 2015	Status	Sumber Data
<b>Tujuan 6. Memerangi HIV dan AIDS, Malaria, dan Penyakit Menular Lainnya</b>						
<b>Target 6 A: Mengendalikan penyebaran HIV DAN AIDS dan mulai menurunnya jumlah kasus baru pada 2015.</b>						
6.1. Prevalensi HIV (persen) dari total populasi yang berusia antara 15 - 24 tahun.	0,19%	0,19%	0,2% (Kemenkes 2009)	<0,5%	▶	Dinkes Prov DIY, 2010
6.2. Penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi.	27,4% (STPB, 2009)	27,4% (STPB, 2009)	12,8 % (SKRRI, 2002) Meningkat, perlu perhatian khusus	50% laki-laki; 50% perempuan	▼	KPA, 2011 Dinkes Prov DIY, 2011
6.3. Proporsi jumlah penduduk usia 15-24 tahun yang mempunyai pengetahuan komprehensif tentang HIV dan AIDS	14,1%	14,1 %	65%	80%	▼	Riskesdas, 2010
<b>Target 6B: Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV DAN AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2010</b>						

6.5 Proporsi penduduk terinfeksi HIV lanjut yang memiliki akses pada obat-obatan anti retroviral	76%	76%	Meningkat , perlu perhatian khusus, 38,40% (Lap MDGs, 2010)	90%	▼	KPA,2011
Indikator	Acuan Dasar	Status saat ini	Capaian Nasional	Target MDGs 2015	Status	Sumber Data
<b>Target 6 C: Mengendalikan penyakit malaria dan mulai menurunnya jumlah kasus malaria dan penyakit lainnya pada 2015</b>						
6.6 Prevalensi/angka kejadian malaria dan angka kematiannya.						Dinkes DIY, 2011
- Angka kejadian malaria per 1000 penduduk	0,0028 (2009)	0,0017 (2010)	2,4 (2010)	0,0017	●	
- Angka kematian akibat malaria	0	0	-	0	●	
6.7 Proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu ber insektisida	100%	100%	Meningkat , perlu perhatian khusus	100%	●	Dinkes DIY, 2010
6.8 Angka kejadian, prevalensi dan tingkat kematian akibat Tuberkolosis	0	0	-	0	●	Dinkes DIY, 2010
6.9a Angka kejadian Tuberkolosis (semua kasus/100.000 penduduk)	68,36 (2009)	69,89 (2010)	228 (2009)	Menurun	▼	
6.9b Tingkat prevalensi Tuberkolosis (semua kasus/100.000 penduduk)	33,66 (2009)	34,13 (2010)	224 (2009)	Menurun	▼	

Indikator	Acuan Dasar	Status saat ini	Capaian Nasional	Target MDGs 2015	Status	Sumber Data
6.9c Tingkat kematian Tuberkolusis (semua kasus/100.000 penduduk)	3,61 (2008)	3,79 (2009)	Berkurang	Menurun	▼	
6.10. Proporsi jumlah kasus Tuberkolusis yang terdeteksi dan di obati dalam program DOTS						Dinkes DIY, 2011
6.10a Proporsi jumlah kasus Tuberkolusis yang terdeteksi dalam program DOTS	52,6% (2009)	53,06% (2010)	73,1% (2009)	70%	▼	
6.10b Proporsi kasus Tuberkolusis yang diobati dan sembuh dalam program DOTS	78,35% (2009)	77,06% (2010)	91,0% (2009)	85%	▼	
<b>Status:</b> ● Sudah tercapai ► Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus						

Berdasarkan data pada Tabel 1.27 tampak jelas bahwa pada target 6A, 6B, dan 6C terkait dengan pengendalian HIV dan AIDS, mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV dan AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2010, dan pengendalian tuberkolusis masih memerlukan kerja keras dan perhatian khusus. Sedangkan untuk target lain terkait dengan prevalensi dan tingkat kematian akibat malaria menunjukkan angka yang jauh lebih rendah dari angka nasional, dalam kategori sudah tercapai.

Secara rinci kondisi dari masing-masing target dan indikator diuraikan sebagai berikut:

**Target 6 A: Mengendalikan penyebaran HIV DAN AIDS dan mulai menurunnya jumlah kasus baru pada 2015.**

### **1. Prevalensi HIV (persen) dari total populasi yang berusia antara 15 -24 tahun.**

Prevalensi HIV dari total populasi yang berusia 15 – 24 tahun di Provinsi DIY adalah 0,19%. Prevalensi tersebut lebih rendah dari rerata nasional sebesar 0,2% maupun target Provinsi pada Tahun 2015. Meskipun demikian berbagai upaya preventif tetap dilakukan mengingat kasus HIV dan AIDS merupakan fenomena gunung es.

Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan sampai dengan bulan Juni 2010 menunjukkan bahwa angka kumulatif HIV dan AIDS dari 33 provinsi di Indonesia mencapai 21.770 kasus AIDS, dan 60.600 kasus HIV. Provinsi DIY berada di urutan ke 9 dari 33 provinsi. Orang terpapar HIV dan AIDS di Provinsi DIY cenderung mengalami peningkatan dari tahun ke tahun meskipun kenaikannya tidak terlalu tajam. Data dari Dinas Kesehatan Provinsi DIY, pada Desember tahun 2009 menunjukkan prevalensi jumlah orang terpapar HIV dan AIDS sebanyak 899 orang (orang terpapar HIV : 609 kasus dan AIDS 290 kasus); namun pada bulan Desember 2010 menunjukkan peningkatan menjadi 1.288 orang (orang terpapar HIV 783 kasus dan AIDS 505). Namun data ini belum menunjukkan prevalensi yang sesungguhnya dikarenakan kasus HIV dan AIDS merupakan fenomena gunung es yaitu masih adanya orang terpapar HIV dan AIDS yang tidak terlacak.

Jika dilihat dari urutan Kabupaten/kota maka Kota Yogyakarta (AIDS=116) menempati rangking pertama jumlah orang terpapar HIV dan AIDS, disusul Sleman (AIDS=111), Bantul (AIDS=63), Kulonprogo (AIDS=73) dan Gunungkidul (AIDS=19). Hal yang memprihatinkan bahwa orang terpapar HIV dan AIDS didominasi oleh usia produktif yaitu antara 20-39 tahun (45,3%); dengan berbagai penyebab antara lain NAPZA suntik, berganti-ganti pasangan dan transfusi darah.

### **2. Penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi**

Berdasarkan data STPB 2009, penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi di Provinsi DIY sebesar 27,4%, lebih tinggi dari capaian nasional. Namun demikian, persentase ini tentu masih sangat kecil dari yang seharusnya. Idealnya bentuk hubungan seksual yang berisiko tinggi harus menggunakan kondom untuk mengurangi risiko penularan HIV AIDS. Apalagi jika dilihat dari tingkat HIV dan AIDS di provinsi DIY ada kecenderungan meningkat dan sudah merambah kepada kelompok ibu rumah tangga. Pada indikator ini diperlukan kerja keras Pemerintah Daerah untuk melakukan sosialisasi secara terus menerus dan bertahap sehingga semua kelompok yang berisiko tinggi pada tahun 2010 sudah menggunakan kondom ketika berhubungan seksual. Melalui upaya tersebut diharapkan penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi di Provinsi DIY tahun 2015 baik laki-laki maupun perempuan akan mencapai 50%, lebih tinggi dari target nasional.

### **3. Proporsi jumlah penduduk usia 15-24 tahun yang mempunyai pengetahuan komprehensif tentang HIV dan AIDS**

Berdasarkan data Riskeddas 2010 yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan menunjukkan bahwa proporsi jumlah penduduk yang berusia 15-24 tahun



yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV dan AIDS di Provinsi DIY jumlahnya masih rendah yaitu sekitar 14,1%. Gambaran ini menjadi tantangan bagi Pemerintah Provinsi DIY dengan menyusun program untuk melakukan penyuluhan secara gencar kepada kelompok-kelompok remaja sebagai salah satu tindakan preventif untuk menurunkan dan mencegah naiknya angka prevalensi HIV dan AIDS. Kerjasama antar dinas terkait termasuk ormas dan organisasi kepemudaan sangat diperlukan untuk melakukan penyuluhan tentang HIV DAN AIDS baik melalui sekolah maupun masyarakat.

**Target 6B: Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV DAN AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2010**

**1. Proporsi penduduk terinfeksi HIV lanjut yang memiliki akses pada obat-obatan antiretroviral**

Proporsi penduduk yang terinfeksi HIV lanjut yang memiliki akses pada obat-obatan antiretroviral di Provinsi DIY tahun 2010 menunjukkan angka 76 persen dari 413 kasus AIDS<sup>2</sup>. Persentase ini menunjukkan data yang masih rendah, meskipun jika dibandingkan di tingkat nasional menunjukkan angka yang jauh lebih tinggi. Di tingkat nasional pada tahun 2009, proporsi penduduk yang terinfeksi HIV lanjut yang memiliki akses pada obat-obatan antiretroviral sebesar 38,4%<sup>3</sup>, dengan target pada tahun 2015 meningkat meskipun tidak secara definitif disebutkan persentasenya. Secara ideal semua orang yang terinfeksi HIV lanjut harus mengkonsumsi obat-obat antiretroviral. Oleh karena itu harus dilakukan sosialisasi secara gencar mendorong kelompok *high risk* untuk memeriksakan diri dan mendapatkan akses obat-obat antiretroviral di rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan lain yang sudah ditunjuk oleh pemerintah.

**Target 6C Mengendalikan penyakit malaria dan mulai menurunnya jumlah kasus malaria dan penyakit lainnya pada 2015**

**1. Prevalensi/angka kejadian malaria dan angka kematiannya.**

Prevalensi malaria di Provinsi DIY pada tahun 2009 adalah 0.0028 per 1000 penduduk dan menurun pada tahun 2010 yaitu sebesar 0.0017 per 1000 penduduk. Capaian tersebut jauh lebih baik dari capaian nasional mengingat angka tersebut jauh lebih rendah dari angka nasional sebesar 1,85. Melalui berbagai upaya preventif, prevalensi malaria hingga tahun 2015 ditargetkan tidak lebih dari 0,0017 per seribu penduduk.

Berdasarkan data Profil Kesehatan DIY tahun 2010 menunjukkan bahwa penyakit malaria telah menurun secara signifikan dengan tingkat kematian nol persen, dan kasus malaria terbanyak ditemukan di Kabupaten Kulonprogo. Pada tahun 2009 total kasus malaria di seluruh provinsi DIY sebanyak 110 kasus; dan 94 kasus berada di

<sup>2</sup> Profil Kesehatan provinsi DIY 2010

<sup>3</sup> Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia 2010

Kabupaten Kulonprogo. Jumlah tersebut meningkat pada tahun 2010 yaitu terdapat 64 kasus malaria yang dilaporkan dan 32 kasus di antaranya ditemukan di Kulonprogo<sup>4</sup>. Berdasarkan data tersebut maka fokus kegiatan untuk penanggulangan malaria sebaiknya diarahkan ke Kabupaten Kulonprogo tanpa mengabaikan daerah-daerah lain yang mempunyai potensi untuk malaria, mengingat perubahan iklim yang terjadi pada saat ini memberikan kemungkinan tumbuh atau berkembangnya malaria.

## **2. Angka kejadian, prevalensi dan tingkat kematian akibat Tuberkulosis**

Jika dilihat perkembangan pada pengobatan TBC di provinsi DIY, terdapat peningkatan kualitas pengobatan meskipun targetnya masih rendah yaitu baru mencapai 79% dari target 85% pada tahun 2007. Pada tahun 2009 prevalensi TBC sebesar 68,35%, meningkat pada tahun 2010 menjadi sebesar 69,89%. Sementara itu angka kematian pada tahun 2009 sebesar 5,04% dan pada tahun 2010 sebesar 5,54%.

Meskipun capaian dalam hal kejadian, prevalensi, dan tingkat kematian akibat Tuberkulosis tersebut lebih baik dari capaian nasional, namun berbagai upaya penanganan kasus tuberkulosis tetap perlu mendapat perhatian serius. Tantangan yang dihadapi pemerintah termasuk pemerintah daerah adalah menurunkan prevalensi TBC yaitu menemukan kasus TBC dan terus melakukan pendampingan dengan metode DOTS untuk menurunkan angka kematian. Tindakan preventif yang penting dilakukan antara lain mendorong perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), rumah dan lingkungan yang sehat untuk mencegah merebaknya TBC.

## **3. Proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dan diobati dalam program DOTS**

Jumlah kasus TBC yang terdeteksi masih menunjukkan angka yang cukup rendah. Pada tahun 2007 penemuan penderita baru mencapai 51,54% dari target 70%. Angka tersebut masih belum beranjak membaik dengan capaian di tahun 2008 yang baru mencapai 50,73%, dengan jumlah total temuan yaitu 6.154 penderita TBC paru yang berhasil dideteksi secara klinis 1.942 positif.<sup>5</sup> Pada tahun 2009, angka temuan TBC dan BTA baru mencapai 52,6% dan meningkat sedikit pada tahun 2010 yaitu sebesar 53,06%. Oleh karena itu menjadi tantangan berat bagi Pemerintah Daerah untuk meningkatkan temuan kasus TBC ini dari tahun ke tahun agar target 70% terpenuhi. Salah satu hal yang penting untuk dilakukan dalam meningkatkan temuan kasus TBC baru ini adalah berjejaring dan bekerjasama dengan kelompok-kelompok masyarakat sipil, ormas dan LSM untuk meningkatkan temuan-temuan kasus TBC. Dalam jangka panjang, jika penderita TBC tidak ditemukan akan berdampak pada penularan kasus TBC secara lebih meluas. Selanjutnya berkenaan dengan angka kesembuhan TBC pada tahun 2008 sebesar 78,35%, menurun pada tahun 2009 menjadi sebesar 77,06%.

---

<sup>4</sup> Profil Kesehatan provinsi DIY 2009

<sup>5</sup> Profil Kesehatan Provinsi DIY tahun 2009

## Capaian Tujuan 7. Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

Tujuan 7 difokuskan kepada upaya memastikan kelestarian lingkungan yang meliputi empat target: (a) memadukan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumber daya lingkungan yang hilang; (b) menanggulangi kerusakan keaneka ragaman hayati dan mencapai penurunan tingkat kerusakan yang signifikan pada tahun 2010; (c) menurunkan hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum yang layak dan sanitasi dasar hingga tahun 2015; dan (d) mencapai perbaikan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di pemukiman kumuh pada tahun 2020. Capaian target tujuan ditampilkan pada Tabel 1.28.

Tabel 1.28  
Capaian Target Tujuan 7

Indikator	Acuan Dasar	Status Saat ini	Capaian Nasional	Target MDGs 2015	Status	Sumber Data
<b>Tujuan 7. Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup</b>						
<b>Target 7 A: Memadukan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumber daya lingkungan yang hilang.</b>						
7.1. Rasio luas kawasan tertutup pepohonan berdasarkan pemotretan citra satelit dan survey foto udara terhadap luas daratan	39,85% (2011)	39,85% (2011)	52,43% (Kemenhut, 2008)	Meningkat	▶	Dishutbun, DIY, 2011
7.2. Jumlah emisi karbon dioksida (CO <sub>2</sub> )	3.002.739 (2010)	3.002.739 (2010)	1.711.626 Gg CO <sub>2</sub> e (KLH,2008)	3.653.291	▼	BLH DIY 2010
7.3. Jumlah konsumsi bahan perusak ozon (BPO)	35 metrik ton (2010)	35 metrik ton (2010)	0 CFCs (KLH,2009)	30 metrik ton 0 CFCs	▶	BLH Prov DIY, 2010
7.4. Proporsi tangkapan ikan yang berada dalam batasan biologis yang aman	14,68 (2010)	14,68 (2010)	91,83%	24,26	▶	Dinas Lautkan, DIY, 2011
Indikator	Acuan Dasar	Status Saat ini	Capaian Nasional	Target MDGs 2015	Status	Sumber Data
7.5. Rasio luas kawasan lindung untuk menjaga kelestarian keanekaragaman	28,34%	28,34%	26,40 % (Kementerian Kehutanan, 2008)	29 %	▶	Dishutbun DIY, 2011

hayati terhadap total luas kawasan hutan						
7.6. Rasio kawasan lindung perairan terhadap total luas perairan territorial		0 ha	4,35% (Kementrian Kelautan, 2009)	5 ha	▶	Dinas Lautkan, DIY, 2011
<b>Target 7C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum yang layak dan sanitasi dasar hingga tahun 2015</b>						
7.8. Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak	37,73% (BPS, 1993)	60,41%, (Susenas, 2010)	44,19% (Susenas, 2010)	80%	▶	Susenas, 2010
7.8.a. Perkotaan	50,58 % (BPS, 1993)	54,50 % (Susenas, 2010)	42,51 % (Susenas, 2010)	80%	▶	Susenas, 2009
7.8.b. Pedesaan	31,61% (BPS, 1993)	73,12% (Susenas, 2010)	45,85% (Susenas, 2010)	80%	▶	Susenas, 2009
7.9. Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi dasar yang layak	24,81% (BPS, 1993)	81,85 % (Susenas, 2010)	55,53% (Susenas, 2010)	90%	▶	Susenas, 2010
7.9a. Perkotaan	53,64% (BPS, 1993)	89,71 % (Susenas, 2010)	72,78% (Susenas, 2010)	96,81 %	▶	Susenas, 2009
7.9b. Pedesaan	11,10% (BPS, 1993)	64,98% (Susenas, 2010)	38,47% (Susenas, 2010)	90%	▶	Susenas, 2009
<b>Indikator</b>	<b>Acuan Dasar</b>	<b>Status Saat ini</b>	<b>Capaian Nasional</b>	<b>Target MDGs 2015</b>	<b>Status</b>	<b>Sumber Data</b>
<b>Target 7D: Mencapai perbaikan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di pemukiman kumuh pada tahun 2020</b>						
7.10. Proporsi rumah tangga kumuh perkotaan	20,75%, (BPS, 2009)	5,10% (Susenas, 2009)	12,12% (laporan MDGs Nasional, 2010)	3,01%	▶	Susenas, 2009
<b>Status: ● Sudah tercapai ▶ Akan tercapai ▼ Perlu perhatian khusus</b>						

Berdasarkan data capaian Tujuan 7, tampak bahwa terdapat tiga indikator yang menunjukkan kondisi perlu perhatian khusus, sedangkan indikator yang lain menunjukkan kategori akan tercapai pada tahun 2015. Ketiga indikator tersebut adalah: jumlah emisi karbon dioksida (CO<sub>2</sub>), jumlah konsumsi bahan perusak ozon (BPO), dan rasio luas kawasan lindung untuk menjaga kelestarian keanekaragaman hayati

terhadap total luas kawasan hutan. Data capaian target tujuan 7 tersebut secara rinci adalah sebagai berikut:

**Target 7 A: Memadukan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumber daya lingkungan yang hilang.**

**1. Rasio luas kawasan tertutup pepohonan berdasarkan pemotretan citra satelit dan survey foto udara terhadap luas daratan**

Rasio luas kawasan tertutup berdasarkan kondisi saat ini di provinsi DIY sebesar 39,85% persen (Dinas Kehutanan, 2011); dan diharapkan akan meningkat pada tahun 2015 dalam pencapaian target MDGs. Angka ini lebih rendah dari capaian nasional sebesar 52,43 persen. Proporsi atau rasio luas kawasan tertutup pepohonan terhadap luas daratan sangat penting untuk diperhatikan mengingat kondisi alam yang semakin mengalami kerusakan baik karena bencana alam maupun akibat ulah manusia (penebangan dan kebakaran). Oleh karena itu identifikasi terhadap daerah-daerah rawan/kritis untuk mencegah menurunnya kawasan tertutup pepohonan di provinsi DIY sangat penting dilakukan diikuti dengan upaya rehabilitasi terhadap hutan-hutan yang rusak terlebih setelah bencana Merapi tahun 2010.

**2. Jumlah Emisi Karbon dioksida**

Perubahan iklim telah menjadi isu internasional yang dampaknya telah membawa perubahan secara global. Beberapa contoh antara lain perubahan pola hujan, kekeringan, curah hujan yang tidak wajar dan banjir di mana-mana. Kondisi tersebut membawa dampak negatif bagi perekonomian dan kesehatan masyarakat. Gas rumah kaca yang menyebabkan perubahan iklim disebabkan oleh pembuangan sampah, konsumsi energi listrik, konsumsi BBM yang meningkat baik dari kegiatan industri, rumah tangga maupun transportasi. Untuk mengurangi gas rumah kaca ini dilakukan upaya-upaya melalui program langit biru dan program perlindungan lapisan ozon. Dalam rangka berperan menurunkan emisi CO<sub>2</sub>, dilaksanakan perhitungan jumlah emisi CO<sub>2</sub> ekuivalen di provinsi DIY, yang membutuhkan data-data pendukung dari berbagai macam sector. Hasil perhitungan menunjukkan jumlah emisi CO<sub>2</sub> ekuivalen di provinsi DIY pada tahun 2010 sebesar 3.002.739, lebih tinggi dari angka nasional. Melalui berbagai program, diharapkan jumlah emisi CO<sub>2</sub> ekuivalen tersebut pada tahun 2015 dapat ditekan sehingga tidak lebih besar dari 3.653.291. Upaya tersebut membutuhkan kerja keras atau perhatian khusus.

Secara khusus polusi udara yang tinggi menimbulkan kerugian besar baik pada bidang kesehatan maupun ekonomi. Berdasarkan perhitungan yang dilakukan oleh Bank Dunia tahun 2005 dalam laporan tahunannya menyatakan bahwa biaya yang timbul dari polusi udara di Indonesia pertahunnya sekitar 400 juta dollar. Dan biaya tersebut sebagian besar akan ditanggung oleh kelompok miskin karena mereka merupakan kelompok yang terkena dampak paling besar dari polusi tersebut dan mereka tidak mempunyai biaya untuk mengatasi dampak dari polusi udara tersebut.

### **3. Jumlah konsumsi bahan perusak ozon (BPO)**

Pemakaian refrigeran yang tidak ramah lingkungan akan menyebabkan menipisnya lapisan ozon yang biasa disebut sebagai lubang ozon. Dampak terjadinya lubang ozon akan menyebabkan sinar UV-B dari matahari menembus ke permukaan bumi yang akan mempengaruhi kesehatan manusia dan makhluk hidup lainnya. Kementerian Lingkungan Hidup pada tahun 2008 telah menghentikan impor BPO jenis CFC, sehingga pada tahun 2009/2010 BLH Provinsi DIY melaksanakan pemantauan penggunaan BPO di wilayah Provinsi DIY. Dari hasil pemantauan tersebut diperoleh jumlah pemakaian BPO pada tahun 2010 dengan rincian sebagai berikut: pemakaian HFC sebesar 26,126 metrik ton, pemakaian CFC sebesar 3,276 metrik ton, pemakaian HCFC sebesar 3,264 metrik ton dan pemakaian HC sebesar 2,412 metrik ton, sehingga total jumlah konsumsi BPO tahun 2010 sebesar 35 metrik ton. Melalui berbagai program, angka tersebut ditargetkan pada tahun 2015 turun menjadi 30 metrik ton.

Target nasional yang ditetapkan dalam indikator ini adalah: tidak ada lagi penggunaan refrigeran yang tidak ramah lingkungan (CFCs) dan mengurangi penggunaan HCFCs pada tahun 2015. Terkait dengan hal tersebut pemerintah Provinsi DIY memiliki komitmen yang sama untuk menargetkan tidak ada lagi penggunaan CFCs dan mengurangi penggunaan HCFCs pada tahun 2015. Upaya tersebut membutuhkan kerja keras mengingat makin tingginya kebutuhan masyarakat terhadap penggunaan peralatan yang membutuhkan refrigeran, sedangkan refrigeran yang lebih ramah lingkungan belum ditemukan.

### **4. Proporsi tangkapan ikan yang berada dalam batasan biologis yang aman**

Produksi tangkapan ikan tahun 2010 Provinsi DIY adalah sebesar 3.864 ton, sedangkan potensi lestari sebesar 26.323,56 ton. Berdasarkan angka tersebut maka proporsi tangkapan ikan dalam batas biologis yang aman sebesar 14,67%. Jumlah tangkapan ikan yang ditargetkan pada tahun 2015 adalah sebesar 6.385 dengan proporsi tangkapan ikan dalam batas biologis yang aman sebesar 24,26%. Hal tersebut menunjukkan bahwa penangkapan ikan dalam wilayah DIY masih menunjukkan batas yang aman serta masih memungkinkan ditingkatkan produktivitas tangkapan guna meningkatkan konsumsi ikan dalam mendukung gerakan “gemar makan ikan”.

### **5. Rasio luas kawasan lindung untuk menjaga kelestarian keanekaragaman hayati terhadap total luas kawasan hutan**

Rasio luas kawasan lindung untuk menjaga kelestarian keanekaragaman hayati terhadap total luas kawasan hutan di Provinsi DIY pada tahun 2010 mencapai 6,59%. Pada tahun 2015 ditargetkan naik menjadi 7,5% dan diharapkan tercapai. Laju kerusakan lingkungan yang semakin meningkat yang disebabkan antara lain pencurian kayu, bencana alam dan kebakaran hutan. Kerusakan lingkungan yang disebabkan oleh pencurian kayu terutama terjadi di Kabupaten Gunungkidul sejumlah 222 kasus dan

kebakaran hutan di Kabupaten Bantul. Terlebih setelah bencana Merapi kerusakan lingkungan semakin meningkat terutama di kawasan Merapi.

Untuk kawasan hutan negara, laju kerusakan lingkungan yang semakin meningkat yang disebabkan antara lain pencurian kayu, bencana alam dan kebakaran hutan. Berdasarkan data Dinas Kehutanan dan Perkebunan (2010) kerusakan lingkungan yang disebabkan oleh pencurian kayu di kawasan hutan negara sejumlah 23 kasus (volume 9.075 m<sup>3</sup>). Terlebih setelah bencana Merapi kerusakan lingkungan semakin meningkat terutama di kawasan Merapi dan kawasan hutan rakyat di Kabupaten Kulonprogo yang terkena abu vulkanik. Untuk kawasan hutan rakyat, laju kerusakan hutan tinggi karena desakan kebutuhan ekonomi dan kebutuhan area untuk pemukiman

## **6. Rasio kawasan lindung perairan terhadap total luas perairan territorial**

Di tingkat nasional, rasio kawasan lindung perairan terhadap total luas perairan territorial ini persentasenya sebesar 4,35 persen (Kementerian Kelautan,2009). Provinsi DIY yang bukan merupakan daerah perairan pada tahun 2015 menetapkan angka tambahan 5 hektar khusus kawasan lindung perairan dengan tujuan menjadi keseimbangan kawasan lindung perairan ini.

**Target 7 B :Menanggulangi kerusakan keaneka ragaman hayati dan mencapai penurunan tingkat kerusakan yang signifikan pada tahun 2010**

### **1. Rasio kawasan lindung dan kawasan lindung perairan**

Rasio Kawasan Lindung terhadap luas wilayah adalah perbandingan antara luas kawasan yang secara nasional dilindungi terhadap luas suatu wilayah yang dinyatakan dalam persentase. Kawasan yang dilindungi meliputi luas daratan dan lautan yang bertujuan untuk melindungi dan menjaga keanekaragaman hayati dan sumber-sumber alam yang terkait, dikelola secara resmi dan efektif.

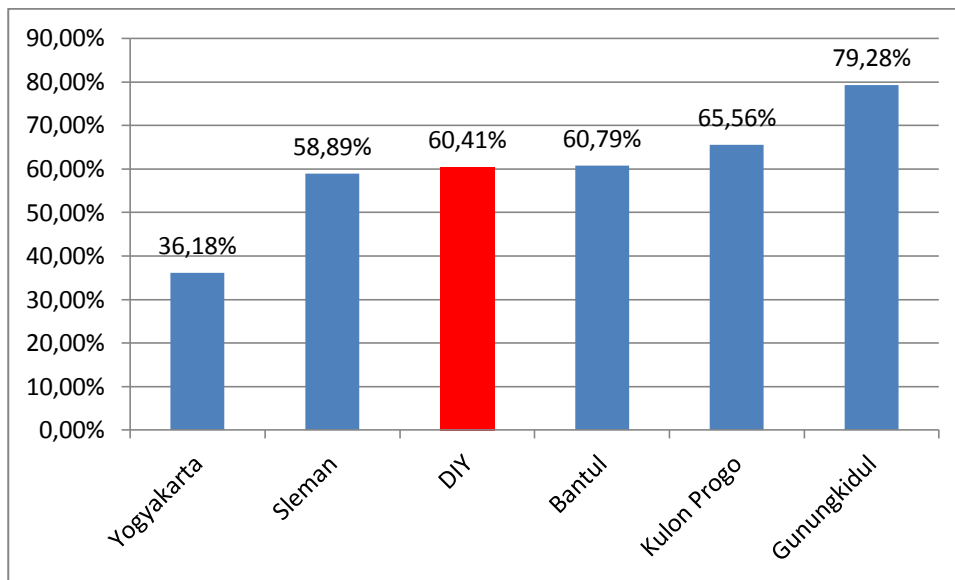
**Target 7C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum yang layak dan sanitasi dasar hingga tahun 2015**

### **1. Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak perkotaan dan pedesaan**

Secara nasional kondisi proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak perkotaan dan pedesaan pada 2010 mencapai 44,19% (Susenas, 2010). Sedangkan kondisi proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak perkotaan dan pedesaan di Provinsi DIY adalah sebesar 60,41 %, dengan perincian di wilayah perkotaan sebesar 54,50% dan wilayah pedesaan sebesar 73,12% (Susenas, 2010). Capaian pelayanan air minum layak tersebut tergolong cukup baik di atas capaian pelayanan nasional. Namun kenyataan empirik menunjukkan bahwa ketersediaan sumber daya air di wilayah Provinsi DIY semakin hari semakin terbatas. Ketidakseimbangan antara jumlah air yang

diproduksi dengan permintaan kebutuhan air masyarakat kini dan mendatang memerlukan upaya-upaya komprehensif dalam memperoleh sumber air baku untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Untuk mencapai target MDGs DIY Tahun 2015 sebesar 80% memerlukan upaya percepatan melalui program dan kegiatan penyediaan infrastruktur air minum secara terpadu antara Pemerintah Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota serta peningkatan peran swasta dan masyarakat.

Peta pencapaian tujuan MDGs per Kabupaten/kota di Provinsi DIY dijelaskan melalui diagram sebagai berikut ini.



Gambar. 1.1

Kondisi proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak per Kabupaten/Kota Provinsi DIY (Susenas, 2010)

Jika dilihat per Kabupaten, maka akses air bersih yang terbaik adalah di Kabupaten Gunungkidul yang mencapai 79,28% dan terendah adalah di Kota Yogyakarta yang baru mencapai 36,18%. Peningkatan penduduk dan meningkatnya kegiatan masyarakat menyebabkan peningkatan kebutuhan air minum, sementara ketersediaan air minum baik di pedesaan dan perkotaan belum tercukupi saat ini. Pada satu sisi terjadi penurunan kapasitas penyediaan air minum dikarenakan menurunnya sumber-sumber air bersih dan layak untuk dikonsumsi. Kendala dalam pencapaian Tujuan 7C Air Minum diantaranya adalah terbatasnya debit mata air sumber air minum, kemudian kualitas air permukaan dan air tanah dangkal sebagai sumber air baku menurun akibat pencemaran lingkungan, terutama pada kawasan padat penduduk di perkotaan.

## 2. Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi layak, perkotaan dan pedesaan.

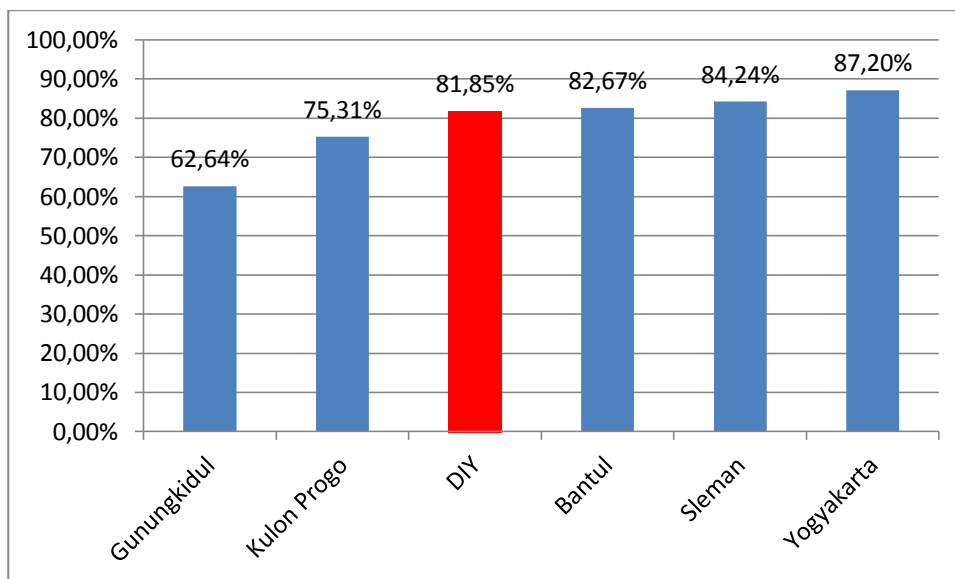
Secara nasional akses penduduk terhadap sanitasi yang layak di Indonesia pada saat ini (Susenas, 2010) sebesar 55,53% dengan proporsi lebih tinggi di perkotaan yaitu 72,78% dibandingkan dengan di pedesaan yaitu 38,47%. Berdasarkan data BPS (Susenas, 2010) pada saat ini, proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi layak perkotaan dan pedesaan di Provinsi DIY adalah sebesar



81,85%, dengan perincian di wilayah perkotaan sebesar 89,71% dan di wilayah perdesaan adalah sebesar 64,98 %. Sedangkan kendala pencapaian 7C Sanitasi diantaranya adalah rendahnya kesadaran masyarakat terhadap pentingnya prasarana dan sarana dasar sanitasi serta kemampuan masyarakat dalam penyediaan prasarana dan sarana dasar sanitasi masih rendah

Capaian pelayanan sanitasi layak di Provinsi DIY tergolong cukup baik di atas capaian pelayanan nasional 55,53% , demikian pula target MDGs 2015 sebesar 62,41% telah terlampaui. Namun demikian secara ideal semua rumah tangga di provinsi DIY harus memiliki prasarana dan sarana sanitasi yang layak baik di pedesaan maupun perkotaan, dengan target 2015 adalah 90%. Sanitasi yang layak akan berdampak pada meningkatnya kualitas kesehatan lingkungan termasuk mengurangi angka kematian bayi berkaitan dengan penyakit diare dan penyakit perut lainnya. Dengan demikian upaya-upaya peningkatan pelayanan sanitasi layak di DIY tetap perlu ditingkatkan Sanitasi yang layak akan berdampak pada meningkatnya kualitas kesehatan lingkungan termasuk mengurangi angka kematian bayi.

Peta pencapaian tujuan MDGs Sanitasi menurut Kabupaten/kota dijelaskan melalui diagram berikut ini



Gambar. 1.2

Kondisi proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap Sanitasi layak per Kabupaten/Kota Provinsi DIY (Susenas, 2010)

Jika dilihat per Kabupaten, maka akses sanitasi layak yang terbaik adalah di di Kota Yogyakarta yang mencapai 87,20% dan terendah adalah di Kabupaten Gunungkidul yang baru mencapai 62,64%.

### 3. Proporsi rumah tangga kumuh perkotaan

Berdasarkan pada data Susenas tahun 2009 proporsi rumah tangga kumuh di daerah perkotaan pada tingkat nasional sebesar 12,12%. Target nasional yang ditetapkan adalah 6% pada tahun 2020 dengan status membutuhkan perhatian khusus dan kerja keras mengingat tidak mudah memenuhi target tersebut. Rumah tangga kumuh adalah rumah tangga yang yang menempati bangunan sementara, tidak ada

akses air yang aman untuk diminum, tidak ada fasilitas sanitasi yang layak, dan kondisi lingkungan yang tidak memadai (Definisi BPS).

Berdasarkan data BPS (Susenas, 2009) pada saat ini, proporsi rumah tangga kumuh perkotaan Provinsi DIY adalah sebesar 5,10%. Proporsi rumah tangga kumuh di Provinsi DIY tersebut cukup baik dibandingkan dengan proporsi nasional yang sebesar 12,12%, bahkan target MDGs 2015 sebesar 6% sudah terlampaui. Walau capaian penanganan rumah tangga kumuh di DIY sudah memenuhi target MDGs, upaya-upaya penanganan kumuh masih diperlukan agar kekumuhan di Provinsi DIY dapat terhapuskan. Target yang ditetapkan untuk proporsi rumah tangga kumuh di daerah perkotaan di Provinsi DIY adalah 3,01% dan diharapkan tercapai pada tahun 2015.

### **1.5. Permasalahan dan Tantangan**

Diantara tujuh dari delapan target MDGs yang merupakan domain Pemerintah Daerah, sebagian besar capaian indikator menunjukkan kondisi yang menggembirakan terutama terkait dengan aspek pendidikan dan kesehatan dalam tujuan 2, tujuan 3, tujuan 4, tujuan 5, tujuan 6, dan tujuan 7. Dibandingkan dengan angka dan target nasional, sebagian besar indikator menunjukkan capaian yang lebih baik dari capaian nasional saat ini bahkan lebih baik dari target nasional yang ditetapkan tahun 2015, sehingga Provinsi DIY menetapkan target baru yang lebih optimis dari target nasional. Sebagai contoh: tingkat pemeriksaan kehamilan ibu provinsi DIY menduduki posisi tertinggi dibandingkan dengan provinsi Bali dan DKI Jakarta sebesar 98,02% (BPS, 2005); demikian halnya dengan tingkat pemeriksaan ibu hamil yang memeriksakan kepada tenaga kesehatan sebanyak 4 x, provinsi DIY juga menempati posisi yang tinggi yaitu 90,02 %, dan lebih tinggi dibandingkan dengan provinsi Bali dan DKI Jakarta. Target pendidikan dasar (SD dan SMP) telah menunjukkan pencapaian yang baik, karena program wajib belajar (wajib) 9 tahun di DIY dianggap berhasil dan bahkan beberapa Kabupaten/kota telah mencanangkan program wajib belajar 14 tahun.

Meskipun demikian masih terdapat capaian indikator yang lebih rendah dari capaian nasional sehingga memerlukan perhatian khusus dan kerja keras terutama dalam hal: proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari \$ 1; indeks kedalaman kemiskinan; proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum; pencegahan, penanganan, pengobatan HIV dan AIDS serta tuberkulosis; dan penurunan jumlah emisi karbon dioksida (CO<sub>2</sub>).

Secara umum pada tujuan 1, terdapat tiga indikator yang perlu mendapatkan perhatian serius yaitu: proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari \$ 1, indeks kedalaman kemiskinan, dan proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum (2000 kal /per kapita/hari). Hal ini menunjukkan bahwa upaya menurunkan angka kemiskinan merupakan tantangan berat yang memerlukan perhatian khusus.

Indikator-indikator dalam pencapaian tujuan 2 menunjukkan angka dan kondisi yang menggembirakan dalam artian mendekati dan bahkan melampaui angka nasional yang terlihat dari APM maupun angka melek huruf. Permasalahan yang timbul dan perlu

mendapat perhatian adalah adanya disparitas antar Kabupaten dalam hal APM maupun melek huruf.

Mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan sebagai suatu dimensi pembangunan berbasis gender sangat erat kaitannya dengan peningkatan kualitas hidup perempuan. Permasalahan umum yang menyangkut hal tersebut (tujuan 3) antara lain masih rendahnya kapabilitas dasar perempuan berdasarkan faktor pendidikan, mengingat pendidikan bukan diukur dengan faktor intelegensia, namun diukur dengan pendidikan formal yang dijalani. Salah satu sebab umum rendahnya kapabilitas dasar pendidikan perempuan adalah rendahnya taraf hidup keluarga dan kurangnya perhatian pemerintah dan lembaga pendidikan terhadap aksesibilitas dan partisipasi pendidikan perempuan. Hal ini berdampak pula pada rendahnya kontribusi perempuan dalam pekerja upahan di sektor non pertanian dan partisipasi perempuan di legislatif. Mengingat pekerjaan di sektor non pertanian dan legislatif sangat membutuhkan kualitas pendidikan yang memadai.

Permasalahan umum pembangunan di Provinsi DIY yang berkaitan dengan MDGs bidang kesehatan (tujuan 4,5, dan 6) antara lain :

a. Perkembangan status Gizi Balita

Penderita gizi buruk masih dijumpai di DIY dan dalam beberapa tahun terakhir menunjukkan kecenderungan penurunan yang stagnan. Kondisi tersebut juga diperburuk dengan masih adanya potensi peningkatan penderita karena masih belum baiknya perilaku, pelayanan dan kondisi lingkungan social ekonomi. Di sisi lain permasalahan gizi juga mulai bergeser kearah gizi lebih khususnya pada anak yang akan menjadi manifestasi tingginya kasus *Cardio Vascular Disease (CVD)* dalam beberapa tahun mendatang. Kondisi ini mengancam upaya pencapaian tujuan MDG's.

b. Permasalahan Kesehatan Ibu dan Anak

Kematian dan kesakitan penyakit berhubungan dengan persalinan (anemia, perdarahan, hipertensi, eklamsi) meskipun telah menunjukkan penurunan namun masih cukup tinggi dan masih tetap mengancam upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi. Dalam beberapa tahun terakhir masih menunjukkan kecenderungan stagnasi, sedangkan target MDG's pada tahun 2015 masih jauh dari kondisi yang ada pada saat ini.

c. Endemisitas Penyakit Menular

Kejadian Luar Biasa Demam Berdarah Dengue (KLB DBD) berkurang namun tiap tahun masih tetap ditemui. Demikian pula malaria meskipun telah menurun tetapi masih ditemukan kasus indigenous. Penyakit TBC diduga menjadi pemicu tingginya kematian akibat gangguan pernafasan di DIY. Namun penemuan penderita masih belum sesuai harapan dan tingkat kesembuhan juga belum maksimal. Penyakit HIV dan AIDS menunjukkan peningkatan dan telah menempatkan DIY sebagai provinsi ke-9 dengan HIV dan AIDS. Peningkatan penyalahgunaan NAPZA memberikan pengaruh peningkatan penularan HIV.

d. Kemampuan anggaran daerah belum merata, hal tersebut akan mempengaruhi pencapaian target yang telah ditetapkan.

e. Kemandirian dan peran serta masyarakat belum berjalan maksimal.

- f. Sinkronisasi dan integrasi lintas program dan lintas sektor pembangunan bidang kesehatan belum optimal.

Terkait dengan tujuan 7, terdapat tiga indikator yang menunjukkan kondisi perlu perhatian khusus, sedangkan indikator yang lain menunjukkan kategori akan tercapai pada tahun 2015. Ketiga indikator tersebut adalah: jumlah emisi karbon dioksida (CO<sub>2</sub>), jumlah konsumsi bahan perusak ozon (BPO), dan rasio luas kawasan lindung untuk menjaga kelestarian keanekaragaman hayati terhadap total luas kawasan hutan.

Berbagai permasalahan yang dihadapi oleh Provinsi DIY dalam pencapaian tujuan MDGs pada masing-masing tujuan diuraikan secara rinci sebagai berikut:

### 1.5.1 Permasalahan Pencapaian MDGs

Dalam upaya mencapai masing-masing tujuan MDGs, identifikasi permasalahan di masing-masing target maupun indikator merupakan langkah penting yang perlu dilakukan. Identifikasi tersebut berguna untuk mengurai akar masalah dan letak problem dalam mencapai tujuan-tujuan MDGs pada tahun 2015. Adapun berbagai permasalahan yang dihadapi oleh Provinsi DIY dalam pencapaian tujuan MDGs pada masing-masing target antara lain, :

#### Tujuan 1 : Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

<i>Target 1A : Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari 1 US dollar 1,00 (PPP) perkapita perhari</i>
---

1. Belum optimalnya penanganan penyandang masalah kerawanan sosial (PMKS), belum terpenuhinya akses kebutuhan pelayanan sosial dasar, tingginya tingkat kerawanan sosial ekonomi sebagai dampak dari kondisi keuangan global yang tidak menentu dan masalah-masalah sosial kemiskinan, kecacatan, keterlantaran, ketunaan sosial, korban bencana alam dan korban bencana sosial serta masalah-masalah sosial kontemporer yang semakin berkembang seiring dengan dinamika kehidupan modern.
2. PMKS Penyandang cacat masih menghadapi kendala dalam hal kemandirian, produktivitas, dan hak untuk hidup normal yang meliputi; pelayanan umum untuk berbagai jenis kecacatan dan tenaga pelayanan sosial yang profesional.
3. Masalah ketunaan sosial yang terdiri dari gelandangan, pengemis dan tuna susila, selain disebabkan oleh kemiskinan juga diakibatkan oleh ketidakmampuan individu untuk hidup dan bekerja sesuai dengan nilai-nilai kemanusiaan. Masalah lainnya adalah rendahnya kualitas manajemen dan profesionalisme pelayanan kesejahteraan sosial dan belum serasinya kebijakan kesejahteraan sosial di tingkat nasional dan daerah. Kemampuan pemerintah dan peran masyarakat belum dapat menjangkau semua penyandang masalah kesejahteraan sosial. Disamping permasalahan sosial yang cenderung semakin kompleks sulit diprediksi waktu dan lokasinya.
4. Rendahnya akses masyarakat miskin terhadap permodalan yang mudah untuk melakukan kegiatan ekonomi mikro dan kegiatan ekonomi kecil

5. Belum adanya peta dan data yang jelas tentang kemiskinan baik secara kuantitatif maupun kualitatif
6. Rendahnya akses pendidikan non formal dan formal untuk masyarakat miskin. Hal ini disebabkan oleh masih terbatasnya jumlah dan mutu sarana prasarana pendidikan di komunitas miskin.
7. Masyarakat miskin menghadapi permasalahan terbatasnya kesempatan kerja dan berusaha
8. Keterbatasan modal, kurangnya ketrampilan dan pengetahuan menyebabkan mereka hanya memiliki sedikit pilihan pekerjaan yang layak dan peluang yang sempit untuk mengembangkan usaha
9. Keterbatasan lapangan pekerjaan yang tersedia untuk mereka karena keterbatasan tingkat pendidikan dan ketrampilan yang dimiliki.
10. Naiknya harga BBM berimbas pada meningkatnya harga kebutuhan pokok sehingga menyebabkan kesulitan bagi beberapa kelompok masyarakat
11. Kurang optimalnya pendampingan fasilitator dalam mendampingi program PNPM
12. Koordinasi kebijakan yang terkadang menjadi hambatan tidak kentara
13. Kesulitan membangkitkan semangat kewirausahaan orang miskin sendiri. Salah satu tahapan dalam penyelenggaraan program/kegiatan pemberdayaan Fakir Miskin adalah bimbingan yang isinya diantaranya bertujuan untuk menumbuhkan semangat berusaha/kewirausahaan. Tetapi kemungkinan karena rendahnya kualitas/SDM dan budaya kemiskinan yang melingkupi orang miskin itu sendiri, menyebabkan bantuan yang mestinya dikelola menjadi suatu usaha yang produktif.
14. Lemahnya pendampingan. Pendamping kurang profesional dan kurang berkelanjutan. Dalam membangun usahanya KUBE didampingi oleh pendamping yang terdiri dari PSM, Orsos, dan Karang Taruna. Mereka ini tidak profesional untuk mendampingi sebuah usaha mestinya ada pendamping profesional yang memahami bagaimana mengembangkan suatu unit usaha sehingga KUBE tersebut tidak hanya menjadi kegiatan sambilan.
15. Jangkauan pemberian fasilitas kepada orang miskin sangat kurang dari kecilnya dana dibandingkan jumlah rumah tangga miskin. Jangkauan pemberian bantuan kepada orang miskin untuk membangun KUBE sangat kecil dibandingkan jumlah orang miskin yang harus dilayani. Pada tahun 2009 data RTSM 215.032 jiwa yang bisa ditangani melalui penumbuhan KUBE hanya 5800 KK (2,7%).
16. Pemberian fasilitas kepada orang miskin kurang komprehensif dan sinergis dipandang dari sisi pengurangan beban dan peningkatan pendapatan. Mestinya RTM yang menjadi sasaran program pemberdayaan keluarga miskin/Fakir Miskin harus mendapatkan pelayanan dari berbagai kluster, baik dari sisi pengurangan beban (Raskin, PKH, Jamkesmas, beasiswa) dan juga dalam hal peningkatan pendapatan.

*Target 1 B : Mewujudkan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda*

1. Masih tingginya angka pengangguran. Bertambahnya angkatan kerja (dari 2,05 juta orang pada tahun 2009 menjadi 2,07 juta orang pada tahun 2010) tidak diimbangi terbukanya lapangan kerja baru.
2. Sebagian besar penduduk bekerja di sektor pertanian dengan tingkat produktivitas rendah, pendidikan yang relatif rendah dan berstatus sebagai buruh
3. Sebagian besar tenaga kerja (65,5% tahun 2010) bekerja pada kegiatan informal tanpa jaminan perlindungan, kesejahteraan, jaminan sosial dan jaminan keberlangsungan usaha yang jelas
4. Meningkatnya angka pengangguran (123 ribu pada tahun 2009 menjadi 124,4 ribu orang pada tahun 2010), pengangguran terbuka (6,00% pada tahun 2009 menjadi 6,02% pada tahun 2010), dan setengah penganggur (23,3% pada tahun 2010)

*Target 1C : Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990-2015*

1. Penderita gizi kurang meskipun telah menunjukkan tren penurunan namun masih berpotensi besar mengalami peningkatan karena masih buruknya faktor perilaku dan belum optimalnya pelayanan
2. Balita gizi buruk di wilayah DIY banyak muncul di perkotaan karena banyak pendatang yang berasal dari keluarga tidak mampu sehingga akses pangan kurang. Permasalahan lain adalah kurangnya peran serta masyarakat dalam pemantauan pertumbuhan balita di lingkungannya.
3. Kematian dan kesakitan penyakit berhubungan dengan persalinan (anemia, perdarahan, hipertensi, eklamsi) meskipun juga telah menunjukkan penurunan namun masih cukup tinggi dan masih tetap mengancam upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi. Dalam beberapa tahun terakhir angka penurunan menunjukkan stagnasi sehingga untuk mencapai target MDG's pada tahun 2015 diperlukan kerja keras
4. Penderita gizi buruk masih dijumpai di DIY dan dalam beberapa tahun terakhir menunjukkan kecenderungan penurunan yang stagnan. Kondisi tersebut diperburuk dengan masih adanya potensi peningkatan penderita karena masih belum baiknya perilaku, pelayanan dan kondisi lingkungan sosial ekonomi. Disini lain permasalahan gizi juga mulai bergeser ke arah gizi lebih khususnya pada anak-anak yang akan menjadi manifestasi tingginya kasus CVD dalam beberapa tahun mendatang. Disamping itu permasalahan gizi kronis masih perlu mendapat perhatian, hal ini terlihat masih tingginya prevalensi balita pendek (stunting) 22,5%(Riskesdas 2010), juga tingginya prevalensi Wanita Usia Subur (WUS) yang mengalami Kekurangan Energi Kronis (KEK) 17,54%(Surkesda 2010).
5. Minimnya jumlah tenaga kesehatan di bidang gizi yang ditempatkan di tiap Puskesmas. Di tiap Puskesmas minimalnya harus ditempatkan satu orang tenaga ahli gizi, namun,

kenyataannya mereka justru harus merangkap kerja sebagai tenaga manajerial. Belum semua Puskesmas mempunyai tenaga nutrisisionis.

## **Tujuan 2. Mencapai Pendidikan Dasar Untuk Semua**

*Target 2A. Menjamin pada tahun 2015 semua anak-anak, laki-laki maupun perempuan di manapun dapat menyelesaikan pendidikan dasar*

Secara umum permasalahan pendidikan dasar untuk semua adalah masih belum optimalnya pencapaian pemerataan pendidikan yang disebabkan oleh adanya sebagian kecil masyarakat di daerah pedesaan yang masih rendah kesadarannya untuk menyekolahkan anaknya. Secara rinci permasalahan tersebut adalah :

1. Masih terdapat beberapa anak usia pendidikan dasar yang belum bersekolah karena faktor budaya dan/atau ekonomi
2. Kesenjangan APM antar Kabupaten/Kota terutama dalam jenjang SMP/MTS/Paket B
3. Terdapat kecenderungan makin tinggi jenjang pendidikan makin rendah APM-nya
4. Belum semua Anak Berkebutuhan Khusus (ABK) dapat mengakses layanan pendidikan dasar karena kendala budaya, dan lokasi sekolah

## **Tujuan 3. Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan**

*Target 3A : Menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005, dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015.*

1. Ketimpangan gender dalam partisipasi pendidikan semakin besar pada level pendidikan yang lebih tinggi. Kesenjangan terbesar terdapat di Kabupaten Gunung Kidul, Sleman, dan Kulonprogo.
2. Masih rendahnya wawasan gender di kalangan pelaksana pendidikan
3. Belum optimalnya upaya pengarusutamaan gender dalam bidang pendidikan
4. Belum optimalnya koordinasi lintas sektoral dalam upaya integrasi keadilan dan kesetaraan gender.
5. Belum terintegrasikannya responsifitas gender dalam perencanaan, pelaksanaan, penganggaran dan evaluasi program
6. Masih rendahnya kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor non pertanian. Hal ini dikarenakan tingkat partisipasi perempuan yang lebih rendah daripada laki-laki dan kurangnya upaya pemberdayaan perempuan dalam pekerjaan upahan sektor non formal
7. Partisipasi perempuan dalam parlemen/legislatif baik di Provinsi DIY maupun di Kabupaten/kota di provinsi DIY masih rendah yaitu di bawah 30%. Rendahnya partisipasi perempuan yang duduk di legislatif tersebut dikarenakan hambatan struktural dan kultural. Partai politik masih kurang melakukan pendidikan politik dan memberikan kesempatan kepada perempuan untuk menjadi pengurus partai politik.
8. Rendahnya partisipasi perempuan dalam proses pengambilan keputusan (musrenbang) di tingkat desa, kecamatan dan Kabupaten.

#### Tujuan 4. Menurunkan Angka Kematian Anak

*Target 4A. Menurunkan Angka Kematian Balita hingga dua pertiga dalam kurun waktu 1990-2015*

1. Masih ada kesenjangan Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Balita antar Kabupaten/kota.
2. Masih terdapat ibu hamil dengan status gizi yang kurang
3. Penanganan Berat Badan Lahir Rendah dan asfiksia yang belum optimal.
4. Cakupan pemberian air susu ibu (ASI) eksklusif masih rendah.
5. Bayi di bawah usia 1 tahun yang mendapatkan imunisasi campak sudah mencapai 100,08%, namun di beberapa Kabupaten/kota di provinsi DIY cakupannya masih di bawah 100%.
6. Permasalahan dari sisi penyedia layanan (*supply side*) adalah :
  - a. Sebaran Sumber Daya Manusia Kesehatan belum merata antar Kabupaten/ kota
  - b. Kesiambungan pelayanan kesehatan ibu dan anak (KIA) berkualitas termasuk rujukan belum memadai
  - c. Pembiayaan pelayanan KIA berkualitas belum memadai.
7. Dari sisi *demand side* :
  - a. Pemahaman dan pengetahuan perempuan belum memadai.
  - b. Sosial ekonomi rendah
  - c. Dukungan keluarga terhadap perilaku perawatan kesehatan belum maksimal.

#### Tujuan 5. Meningkatkan Kesehatan Ibu

*Target 5A : Menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990-2015*

Angka kematian ibu (AKI) di Provinsi DIY menempati salah satu yang terbaik di tingkat nasional, namun apabila dibandingkan dengan negara negara ASEAN dan target MDGs masih perlu upaya untuk menurunkannya. Penyebab kematian ibu di DIY tidak terlepas dari permasalahan dalam setiap tahapan siklus hidup (*continuum care*) mulai dari konsepsi sampai dengan dewasa. Berdasarkan Riskesdas Tahun 2007 Wanita Usia Subur Kekurangan Energi Kronis (WUS KEK) di DIY menempati urutan ke-30 (tiga terburuk di Indonesia). Hal tersebut menyumbangkan angka kematian ibu melahirkan karena perdarahan, lahirnya bayi dengan berat badan rendah (BBLR), berlanjut pada gangguan pertumbuhan dan perkembangan anak, terjadinya kasus gizi buruk, gizi kurang, stunting (pendek), hingga siklus kehidupan berikutnya. Jumlah kematian ibu yang tinggi sebagian besar terjadi pada penduduk pendatang dengan mobilitas tinggi sehingga akses untuk pelayanan kesehatan tidak dapat optimal.



**Target 5B : Mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015**

Beberapa permasalahan yang ditemui dalam rangka mewujudkan akses pelayanan KB sebagai salah satu Hak Reproduksi yang harus dipenuhi oleh semua pada tahun 2015 adalah Komitmen dari Pemerintah Daerah yang masih belum optimal dalam mengelola urusan wajib KB sehingga dukungan anggaran untuk pelaksanaan KB di Kabupaten/Kota masih sangat terbatas, walaupun dukungan secara regulasi sudah ada . Kesejahteraan masyarakat tidak akan terwujud kalau tidak diikuti dengan pengendalian penduduk dan peningkatan kualitas keluarga melalui pelayanan KB. Untuk itu muncul permasalahan permasalahan antara lain :

1. Penggunaan Alat Kontrasepsi secara modern sebagai salah satu upaya untuk menurunkan angka kematian Ibu masih perlu ditingkatkan khususnya bagi keluarga yang masuk kategori Keluarga Pra S dan KS I, karena sebagian besar keluarga tersebut tidak mempunyai Kartu Miskin sehingga tidak mendapatkan pelayanan gratis di sarana kesehatan, walaupun alat kontrasepsinya disediakan oleh BKKBN. Akibatnya sasaran tersebut harus menunggu kegiatan bhakti sosial dengan pelayanan KB keliling untuk mendapat pelayanan KB.
2. Dari data yang dihimpun oleh BKKBN berdasarkan laporan Rutin, PUS *Unmet need* masih sangat tinggi, yaitu berkisar antara 9-13 %. Sedangkan target MDGs 2015 adalah 5 %, sehingga perlu beberapa upaya untuk meningkatkan cakupan pelayanan KB di semua tempat pelayanan KB baik jalur Pemerintah maupun swasta dan adanya dukungan komitmen dari *stakeholder* untuk pelaksanaan Jampersal bahwa semua kelahiran yang digratiskan harus diikuti dengan keharusan ber KB secara gratis.
3. Masih rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga kesehatan dan keselamatan ibu apabila terlalu sering, terlalu muda, terlalu tua dan terlalu dekat jarak melahirkan
4. Kesadaran keluarga yang mempunyai anak Balita (usia dini) untuk mengikuti Kelompok Bina Keluarga Balita masih kurang
5. Masih tingginya angka putus/*drop out* pemakaian kontrasepsi.
6. Terbatasnya akses masyarakat terhadap fasilitas pelayanan KB yang berkualitas, khususnya bagi keluarga Pra S dan KS (Keluarga Sejahtera) Tahap I di daerah Rentan.

**Tujuan 6. Memerangi HIV DAN AIDS, Malaria dan Penyakit Menular Lainnya**

**Target 6A : Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV DAN AIDS hingga tahun 2015**

Tren orang terpapar HIV dan AIDS secara kumulatif meningkat dari tahun ke tahun yang sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu :

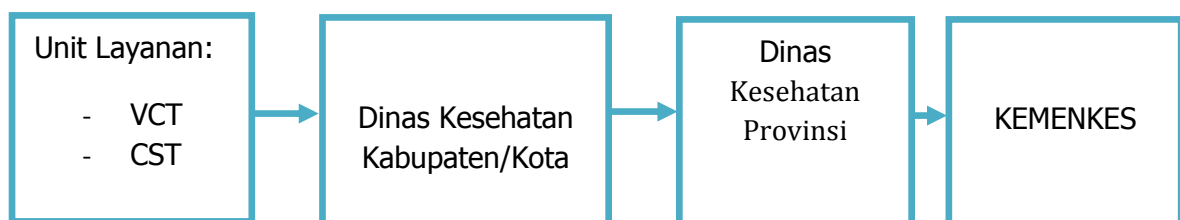
1. Masih rendahnya pengetahuan secara komprehensif tentang HIV dan AIDS.

2. Masih rendahnya kesadaran masyarakat / kelompok risiko tinggi (perilaku seks yang menyimpang, pengguna NAPZA suntik, dll) dalam pencegahan penularan HIV dan AIDS
3. Adanya fenomena gunung es dimana belum semua kasus belum dapat ditemukan.

Surveilans HIV dan AIDS di Provinsi DIY, terpecah menjadi surveilans HIV dan surveilans AIDS. Surveilans HIV terdiri dari surveilans kasus baru HIV positif yang dimulai dari laporan klinik layanan konseling dan tes sukarela (VCT). Provinsi DIY sampai dengan bulan Agustus 2011 memiliki 10 klinik KTS (Konseling tes sukarela/VCT) menetap (*fixed* VCT Klinik) dan 1 Klinik bergerak (*mobile* VCT). Data yang dikirimkan klinik KTS terdiri dari data identitas, latar belakang, faktor resiko, jumlah pasangan seksual, pekerjaan, mengetahui informasi HIV dari mana dll.

Disamping laporan surveilans HIV dari klinik KTS, sistem surveilans HIV diperoleh dari hasil survey serologis. Survey serologis di Provinsi DIY terdiri dari survey sentinel (dari daerah sentinel) dan survey ad hoc. Survey AIDS dibangun dari 5 klinik atau rumah sakit yang disiapkan sebagai klinik CST (Care, Supporting and Treatment) yaitu rumah sakit yang disiapkan mampu melayani kasus-kasus AIDS pada ODHA (Orang Hidup Dengan HIV dan AIDS).

System surveilans, baik HIV dan surveilans AIDS, dapat digambarkan dengan skema sebagai berikut:



Terkait dengan efektivitas VCT, dari 10 klinik VCT/KTS yang ada di Provinsi DIY ditambah 1 Klinik VCT bergerak, pada bulan Juli 2010 sampai dengan bulan Juni 2011 sudah melayani 2.324 kunjungan. Dari 2.324 kunjungan, yang mengakses tes HIV sejumlah 2.212 orang. Dari 2.212 orang yang menjalani tes, 2.096 orang mengambil hasil, dan 258 orang dengan hasil HIV positif baru (kasus baru HIV). Total kunjungan klinik VCT/KTS sejak tahun 2005 sampai Juni tahun 2011 sebesar 13.101 kunjungan, dan dari jumlah ini, jumlah tes HIV dan ambil hasil sebesar 10.248 (VCT lengkap). Jumlah ODHA sampai Juni 2011 sebesar 1.348 orang, terdiri dari kasus HIV sebesar 806 orang dan kasus AIDS sebesar 542 orang.

Jumlah tersebut jika dianalisis berdasarkan jumlah populasi beresiko tinggi, maka dapat digambarkan sebagai berikut:

1. Hasil Survey Terpadu Perilaku dan Biologis, estimasi jumlah orang dengan resiko tinggi sebesar 39.942 orang, dan estimasi jumlah ODHA sebesar 1.140 orang.
2. Jumlah kunjungan klinik VCT dari Januari 2005 sampai dengan bulan Juni 2011 sebesar 13.101 orang dan jumlah VCT lengkap sebesar 10.248 orang. Jumlah ODHA hingga Juni 2011 sebesar 1.348 orang.

3. Data ini menggambarkan bahwa 32,8% populasi berisiko tinggi telah menjangkau layanan klinik VCT, dan tingkat kesadaran populasi berisiko tinggi untuk menyelesaikan tahapan konseling dan tes HIV sebesar 25,7%. Proses konseling dan tes HIV sukarela ini telah menemukan 118,25% ODHA, dari estimasi ODHA di Provinsi DIY yang hanya sebesar 1.140 orang.

Berdasarkan data di atas, maka efektivitas klinik VCT dapat disimpulkan cukup baik, karena dengan efektivitas layanan klinik VCT sebesar 32,8% telah mampu memunculkan seluruh puncak gunung es dari fenomena gunung es epidemi HIV dan AIDS (118,25%).

*Target 6B :Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV dan AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2010*

Belum semua Kabupaten/kota terdapat layanan pengobatan HIV dan AIDS, baru ada di Kota Yogyakarta, Kabupaten Sleman dan Kabupaten Bantul dikarenakan keterbatasan kemampuan daerah.

*Target 6C : Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru malaria dan penyakit utama lainnya hingga tahun 2015*

Penanggulangan malaria di Provinsi DIY dilaksanakan di seluruh wilayah Kabupaten dan kota. Konsentrasi penanggulangan ada di Kabupaten Kulon Progo sebagai daerah yang memiliki daerah endemis malaria, yaitu di sepanjang pegunungan Menoreh. Strategi penanggulangan malaria di Kabupaten dan Kota selain Kabupaten Kulon Progo adalah dengan pendekatan survey migrasi, yaitu memeriksa sediaan darah setiap penduduk yang datang dari daerah endemis malaria, khususnya dari luar Jawa. Strategi penanggulangan malaria di Kabupaten Kulon Progo adalah dengan mengupayakan pencarian kasus malaria secara aktif (*Active Case Detection*). Pendekatan ini memungkinkan menemukan mengobati kasus malaria sedini mungkin sehingga tidak berpotensi penularan. Seperti diketahui kasus malaria yang terlambat ditemukan memungkinkan sprozoit plasmodium pada tubuh penderita berubah menjadi bentuk aseksual yaitu gamet yang beredar dalam sirkulasi darah penderita, dan bentuk aseksual ini yang masuk ke tubuh vektor penular malaria melalui gigitan nyamuk anopheles (*a.acunatus*, *a.sundaicus*, *a. Babalanensis*) yang masih terdapat di daerah endemis malaria di Provinsi DIY.

Pendekatan penemuan penderita malaria secara aktif ini adalah dengan memfasilitasi pembiayaan tenaga volunteer penemu penderita yang disebut sebagai tenaga Juru Malaria Desa (JMD). Pemerintah Provinsi DIY setiap tahunnya memfasilitasi pembiayaan JMD untuk Kabupaten Kulon Progo sebesar 20 orang. Jumlah ini berkurang sejalan dengan semakin rendahnya endemisitas malaria di Kabupaten Kulon Progo. Pada saat endemisitas malaria sangat tinggi pada kurun waktu tahun 1998 hingga tahun 2002, Pemerintah Provinsi DIY memfasilitasi pembiayaan JMD hingga 100 orang. Salah satu

keberhasilan pengendalian malaria di Kabupaten Kulon Progo adalah karena strategi penemuan aktif ini (ACD).

Dalam strategi penemuan aktif penderita malaria (ACD), ketersediaan sarana pemeriksaan parasitologi malaria sangat dibutuhkan, sehingga Pemerintah Provinsi DIY bersama Pemerintah Kabupaten Kulon Progo menyediakan sarana pemeriksaan parasitologi hingga ke tingkat desa, yang disebut dengan laboratorium desa. Program ini memfasilitasi pembiayaan tenaga analis kesehatan bekerja di puskesmas pembantu yang ada di desa-desa endemis. Dengan adanya laboratorium desa, maka dapat memperpendek jarak dan waktu tunggu pemeriksaan sediaan malaria. Semakin dekat jarak antara desa endemis dengan sarana pemeriksaan sediaan malaria maka semakin cepat pemeriksaan dapat dilakukan dan semakin cepat hasil didapatkan, yang pada akhirnya semakin cepat pengobatan dapat diberikan kepada penderita.

Upaya pencegahan merebaknya malaria dilakukan dengan mengendalikan meluasnya penularan dilakukan dengan strategi pemakaian kelambu terutama untuk populasi berisiko tinggi (ibu hamil dan anak balita), dan pengendalian vektor nyamuk penular malaria. Pengadaan kelambu sudah dimulai pada tahun 2000, dan masa efektif kelambu selama 5 tahun. Jumlah kelambu yang terdistribusi sejak tahun 2005 sampai 2010 sebesar 6.250 buah. Jumlah rumah di daerah endemis di Kabupaten Kulon Progo sebanyak 21.431 rumah. Jumlah kelambu yang telah terdistribusi masih belum mencukupi untuk melindungi seluruh keluarga yang berisiko di daerah endemis. Untuk dapat melindungi seluruh keluarga di daerah endemis, maka kebutuhan kelambu akan dicukupi hingga tahun 2013. Sementara menunggu pemenuhan kebutuhan kelambu, dilakukan pencelupan ulang kelambu yang telah didistribusikan setiap tahunnya hingga masa efektif kelambu sampai 5 tahun. Sehingga pengadaan kelambu sebagai strategi melindungi populasi berisiko masih dijadikan pilihan dalam penanggulangan malaria di Kabupaten Kulon Progo.

Untuk mengendalikan vektor nyamuk dewasa, di daerah endemis dilakukan penyemprotan dalam rumah atau *Indoor Residual Spraying* (IRS) dan penyemprotan lingkungan. Indoor Residual Spraying ditujukan untuk mengendalikan atau mengurangi vektor nyamuk dewasa di dalam rumah dan penyemprotan lingkungan untuk mengendalikan vektor nyamuk dewasa di alam bebas. Pengendalian jentik nyamuk tidak efektif dilakukan karena karakteristik nyamuk anopheles lebih memilih sungai, danau dan kontainer air yang ada di alam sebagai tempat perindukan. Metode pengendalian jentik untuk nyamuk selama ini menggunakan larvasida golongan organophospat, tetapi larvasida hanya digunakan untuk mengendalikan jentik nyamuk *aedes aegypti* (vektor penular Demam Berdarah Dengue). Pengendalian jentik nyamuk penular malaria tidak dapat menggunakan larvasida, karena wilayah endemis memiliki sangat banyak sungai dan pada umumnya memiliki karakteristik sungai pegunungan. Larvasida juga tidak dapat digunakan di kontainer waduk atau danau karena faktor luasnya.

Pengobatan malaria sejak tahun 2008 menggunakan obat kombinasi ACT (artemisin/artesunat dan amodiaquine) sebagai pilihan pertama untuk membunuh parasit plasmodium, dan primaquin selama 14 hari untuk membunuh stadium gamet parasit plasmodium. Pengobatan ini dilatarbelakangi angka resistensi cloroquine yang semakin

tinggi sehingga efikasi pengobatan malaria dengan cloroquine semakin rendah. Keberhasilan pengobatan dengan ACT cukup baik, yang ditandai dengan semakin menurunnya angka kekambuhan dan semakin meningkatnya keberhasilan pengurangan angka parasit dalam 24 jam pertama pengobatan. Penurunan angka parasit dalam 24 jam pertama pengobatan lebih dari 78% (standar sebesar 75%).

Untuk penyakit Tuberkulosis, Provinsi DIY merupakan salah satu provinsi dengan endemis rendah untuk penyakit tuberkulosis. Prevalensi tuberkulosis BTA positif (TB BTA positif) di Provinsi DIY sebesar 64/100.000 penduduk. Endemisitas tuberkulosis BTA positif di Indonesia kira-kira 135/100.000 penduduk. Sampai tahun 2011, tingkat penemuan penderita tuberkulosis BTA positif di Provinsi DIY masih sebesar 53%. Tingkat penemuan ini masih menyandarkan pada penemuan di puskesmas yang ada di Provinsi DIY dan ditambah 29 rumah sakit dari 60 rumah sakit yang ada di Provinsi DIY. Keterlibatan tenaga kesehatan swasta masih cukup rendah di Provinsi DIY. Hingga tahun 2011, Dinas Kesehatan Provinsi DIY baru melibatkan 20 orang dokter praktek swasta. Jumlah ini sangat kecil jika dibandingkan dengan jumlah tenaga dokter yang ada di Provinsi DIY, yang diperkirakan berjumlah 2.500 orang.

Untuk meningkatkan angka penemuan kasus tuberkulosis BTA positif, strategi pelibatan dokter praktek swasta dan rumah sakit perlu ditingkatkan. Intensifikasi pelibatan rumah sakit dalam program penanggulangan tuberkulosis merupakan salah satu strategi yang paling rasional, disamping menambah jumlah keterlibatan dokter praktek swasta. Program intensifikasi rumah sakit dalam penemuan penderita TB BTA positif dilakukan dengan melakukan pendampingan dan bantuan bimbingan teknis tenaga profesional kepada rumah sakit yang terlibat dalam jejaring DOTS rumah sakit. Mulai tahun 2011, upaya pencegahan penularan ke populasi berisiko tinggi, yaitu orang yang hidup atau berhubungan intensif dengan penderita TB BTA positif dilakukan dengan menjaga keteraturan minum obat terutama pada 2 bulan pertama pengobatan. Penanggulangan TB BTA positif menggunakan strategi DOTS dengan lima komponen, yaitu :

- a. Adanya komitmen politis dan komitmen profesional : Komitmen politis harus dimiliki oleh pimpinan pemangku kepentingan (stake holder) seperti Bupati/Walikota, Kepala Dinas, Camat, Kepala Dinas dan pimpinan lainnya, dan komitmen profesional harus dimiliki klinisi (dokter) dan petugas kesehatan lain yang terlibat dalam penanggulangan TB.
- b. Penegakan diagnosis melalui pemeriksaan mikroskopis, yaitu menegakkan diagnosis dengan menemukan kuman TB dalam sputum (dahak) penderita. Komponen ini menjadikan pemeriksaan mikroskopis sebagai cara pertama dan utama dalam penegakan diagnosis TB. Pemeriksaan radiologis (foto thoraks) hanya diperuntukkan untuk konfirmasi keparahan (severitas) TB pada penderita, bukan untuk diagnosis.
- c. Terjaminnya ketersediaan obat TB secara gratis. Pengobatan TB membutuhkan pengobatan selama 6 bulan, dengan 2 bulan pertama merupakan fase intensif dengan meminum obat setiap hari dengan dosis tunggal. Pengobatan 4 bulan berikutnya adalah meminum obat seminggu 3 kali dengan dosis tunggal. Dengan metode pengobatan ini, maka dapat menurunkan angka kekambuhan secara bermakna.

- d. Minum obat dengan pengawasan langsung oleh petugas pemantau minum obat (PMO). Metode ini untuk menjamin keteraturan penderita dalam meminum obat dan mencegah terjadinya lalai dan drop out atau putus minum obat, sehingga dapat menurunkan munculnya kasus resistensi bakteri mycobacterium tuberculosis terhadap pengobatan lini I tuberkulosis (isoniazid, rifampicin, pirazinamid dan etambutol).
- e. Pencatatan dan rekaman pengobatan penderita TB. Sehubungan pengobatan TB merupakan pengobatan 6 bulan, maka penting adanya catatan atau rekaman proses pengobatan penderita. Seluruh penderita TB yang diobati harus diikuti secara kohort dan dicatat dalam rekaman pengobatan.

Strategi DOTS jika dilaksanakan dengan baik, maka akan meminimalkan munculnya pengobatan tidak ade kuat dan mencegah munculnya kasus resistensi bakteri terhadap pengobatan lini I TB atau yang dikenal dengan *Multiple Drugs Resistance* (MDR) TB. Provinsi DIY juga sudah menyiapkan program untuk mengatasi masalah MDR ini dengan menyiapkan RSUP Dr. Sardjito sebagai tempat rujukan pengobatan kasus MMDR. Program penanggulangan MDR sudah dimulai pada tahun 2010 dengan membangun tepat perawatan kasus MDR di RSUP Dr. Sardjito atas bantuan dana KNCV. Pada tahun 2011 ini, Dinas Kesehatan Provinsi DIY menyiapkan tenaga kesehatan untuk mampu merawat dan mengobati penderita MDR dan menyiapkan RSUD dan puskesmas sebagai satelit perawatan MDR. Program ini menggunakan dana bantuan hibah Global Fund.

Efektifitas penanggulangan TB dengan strategi DOTS sangat baik. Hal ini dapat dilihat dari angka kesembuhan pengobatan TB di Provinsi DIY sebesar 85% dan rendahnya angka kekambuhan TB, yang hanya sebesar 1,3% (standar : < 10%).

## **Tujuan 7. Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup**

*Target 7A : Memadukan prinsip-prinsip pembangunan yang berkesinambungan dalam kebijakan dan program nasional serta mengurangi kerusakan pada sumber daya lingkungan*

1. Permasalahan berkaitan dengan kawasan tertutup pepohonan ini antara lain:
  - a. masih adanya lahan kritis/marginal, karena keberadaan lahan tersebut sangat dinamis. Untuk lahan kritis dalam kawasan hutan negara sudah tertangani, tetapi karena sifat hutan yang *open access* (masyarakat bisa masuk kawasan hutan) dan perlindungan hutan yang bersifat *social approach* bukan *security approach* menyebabkan lahan kritis bertambah atau berpindah lokasi (yang sebelumnya bukan lahan kritis menjadi lahan kritis),
  - b. lahan kritis di hutan rakyat, menghadapi masalah yang lebih kompleks dan untuk penanganannya perlu koordinasi yang efektif dengan masyarakat pemiliknya.
2. Terjadinya alih fungsi lahan dari hutan rakyat/kebun/areal pertanian menjadi fungsi lainnya seperti bangunan fisik (rumah tinggal, perkantoran, pabrik), untuk hutan negara tidak mungkin terjadi alih fungsi lahan.

3. Terkait dengan potensi jumlah emisi karbon dioksida (CO<sub>2</sub>), terdapat permasalahan yaitu:
  - a. Belum dapat dihitung jumlah emisi karbon dioksida (CO<sub>2</sub>) secara lengkap mengingat ruang lingkup emisi yang dihitung sangat kompleks yang terdiri dari sektor energi yaitu listrik, bensin, solar, pertamax, minyak tanah, elpiji, avtur); sektor pertanian, hutan dan pemanfaatan lahan yang terdiri dari urea, kapur, jumlah ternak, berat ternak, sistem pembuangan kotoran dan luas hutan); sektor limbah yaitu limbah elemennya sampah ( jumlah sampah, dibuang ke TPA, dibakar, jenis sampah), limbah cair (jumlah penduduk kelompok pendapatan tinggi, kelompok pendapatan rendah, perkotaan, perdesaan dan sistem sanitasi)
  - b. Pertambahan jumlah kendaraan bermotor yang otomatis mempengaruhi konsumsi/penggunaan BBM sehingga berdampak pada kualitas udara ambien,
4. Terkait dengan penggunaan bahan perusak ozon (BPO), masalah yang dihadapi oleh daerah adalah:
  - a. Belum semua bengkel AC terakreditasi di Kementerian Lingkungan Hidup dan salah satu syarat untuk mengajukan Regrestasi adalah mempunyai alat retrofit Recycle padahal bengkel-bengkel di Provinsi DIY banyak yang belum mempunyai alat tersebut, sehingga pengelolaan BPO melalui Retrofit Recycle belum bisa dilaksanakan dengan sepenuhnya
  - b. Masih banyak beredar di pasaran jenis refigerant CFC padahal sejak per 1 Januari 2008 sudah dihentikan impornya. Sementara daerah-daerah hanya sebagai konsumen dan pemerintah daerah tidak mempunyai kewenangan untuk mengendalikan.
5. Proporsi tangkapan ikan yang berada dalam batasan biologis yang aman menunjukkan batas yang masih aman, namun demikian permasalahan yang dihadapi adalah mulai adanya praktek-praktek penangkapan ikan dengan cara-cara yang mengancam keanekaragaman hayati. Oleh karenanya seiring dengan peningkatan produktivitas perikanan, upaya perlindungan keanekaragaman hayati dikawasan laut perlu diupayakan.
6. Terkait untuk indikator Rasio Luas Kawasan Lindung untuk menjaga kelestarian keanekaragaman Hayati terhadap luas total kawasan hutan, permasalahan yang dihadapi :
  - a. Masih adanya lahan kritis/marginal, karena keberadaan lahan tersebut sangat dinamis. Untuk lahan kritis dalam kawasan hutan negara sudah tertangani, tetapi karena sifat hutan yang *open access* (masyarakat bisa masuk kawasan hutan) dan perlindungan hutan yang bersifat *social approach* bukan *security approach* menyebabkan lahan kritis bertambah atau berpindah lokasi (yang sebelumnya bukan lahan kritis menjadi lahan kritis). Sedangkan lahan kritis di hutan rakyat, menghadapi masalah yang lebih kompleks dan untuk penanganannya perlu koordinasi yang efektif dengan masyarakat pemiliknya.

- b. Terjadinya alih fungsi lahan dari hutan rakyat/kebun/areal pertanian menjadi fungsi lainnya seperti bangunan fisik (rumah tinggal, perkantoran, pabrik), untuk hutan negara tidak mungkin terjadi alih fungsi lahan.

*Target 7B : Menanggulangi kerusakan keanekaragaman hayati dan mencapai penurunan tingkat kerusakan yang signifikan pada tahun 2010*

1. Belum adanya kesepakatan berkaitan dengan kewenangan penetapan kawasan lindung perairan antara pemerintah provinsi dengan Pemerintah Kabupaten (s/d 4 mil) baik berkaitan dengan pemanfaatannya maupun penetapan sebagai kawasan lindung.
2. Laju kerusakan lingkungan yang semakin meningkat yang disebabkan antara lain karena pencurian kayu, bencana alam dan kebakaran hutan. Berdasarkan data Dinas Kehutanan dan Perkebunan (2008) kerusakan lingkungan yang disebabkan oleh pencurian kayu terutama terjadi di Kabupaten Gunungkidul, sejumlah 222 kasus dan kebakaran hutan di Kabupaten Bantul. Terlebih setelah bencana Merapi kerusakan lingkungan semakin meningkat terutama di kawasan Merapi.
3. Pergeseran sistem nilai dan lunturnya kearifan-kearifan lokal dalam mengelola lingkungan. Hal ini terjadi ketika masyarakat dihadapkan pada kebutuhan ekonomi (tebang pilih menjadi tebang butuh).
4. Untuk kawasan hutan negara, laju kerusakan lingkungan yang semakin meningkat yang disebabkan antara lain karena pencurian kayu, bencana alam dan kebakaran hutan. Berdasarkan data Dinas Kehutanan dan Perkebunan (2010) kerusakan lingkungan yang disebabkan oleh pencurian kayu di kawasan hutan negara berjumlah 23 kasus (volume 9.075 m<sup>3</sup>). Terlebih setelah bencana Merapi kerusakan lingkungan semakin meningkat terutama di kawasan Merapi dan kawasan hutan rakyat di Kabupaten Kulonprogo yang terkena abu vulkanik. Untuk kawasan hutan rakyat, laju kerusakan hutan tinggi karena desakan kebutuhan ekonomi dan kebutuhan area untuk pemukiman

*Target 7C : Menurunkan hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum layak dan sanitasi dasar hingga tahun 2015*

1. Terkait dengan ketersediaan air minum layak:
  - a. Terbatasnya debit mata air sumber air minum
  - b. Kualitas air permukaan dan air tanah dangkal sebagai sumber air baku menurun akibat pencemaran lingkungan, terutama pada kawasan padat penduduk di perkotaan.
  - c. Lemahnya kinerja institusi dan manajemen PDAM dalam melayani penyediaan air minum bagi masyarakat
  - d. Kesulitan akses air bersih/minum di kawasan perdesaan
  - e. Kerusakan prasarana dan sarana dasar air minum akibat erupsi merapi
2. Terkait dengan ketersediaan sanitasi lingkungan
  - a. Rendahnya kesadaran masyarakat terhadap pentingnya prasarana dan sarana dasar sanitasi



- b. Kemampuan masyarakat dalam penyediaan prasarana dan sarana dasar sanitasi masih rendah
- c. Kurang layaknya kondisi prasarana dan sarana dasar sistem sanitasi setempat yang dimiliki masyarakat di kawasan perkotaan padat penduduk menyebabkan pencemaran air tanah.

*Target 7D : Mencapai peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di pemukiman kumuh pada tahun 2020*

1. Rendahnya pengetahuan, kesadaran dan partisipasi masyarakat dalam pembangunan infrastruktur permukiman
2. Rendahnya penghasilan penduduk miskin yang tidak mampu membangun dan memperbaiki rumah.
3. Keterbatasan ketersediaan prasarana dan sarana dasar pendukung kawasan permukiman.

### **1.5.2 Tantangan**

Secara umum tantangan yang dihadapi dalam upaya mewujudkan target masing-masing tujuan MDGs pada Tahun 2015 adalah menurunkan proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari \$ 1; menurunkan indeks kedalaman kemiskinan; menurunkan proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum; melakukan pencegahan, penanganan, pengobatan HIV dan AIDS serta tuberkulosis; dan menurunkan jumlah emisi karbon dioksida (CO<sub>2</sub>).

Pada tujuan 1, terdapat tiga tantangan yang perlu mendapatkan perhatian serius yaitu: menurunkan proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari \$ 1, menurunkan indeks kedalaman kemiskinan, dan menurunkan proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum (2000 kal /per kapita/hari). Hal ini menunjukkan bahwa upaya menurunkan angka kemiskinan merupakan tantangan berat yang memerlukan perhatian khusus.

Tantangan secara umum untuk mencapai tujuan 2 adalah menurunkan disparitas antar Kabupaten dalam hal APM maupun melek huruf. Sedangkan dalam tujuan 3 tantangan yang dihadapi adalah meningkatkan kapabilitas dasar perempuan berdasarkan faktor pendidikan, meningkatkan kontribusi perempuan dalam pekerja upahan di sektor non pertanian dan partisipasi perempuan di legislatif.

Tantangan pembangunan di Provinsi DIY yang berkaitan dengan MDGs bidang kesehatan (tujuan 4,5, dan 6) secara umum adalah: meningkatkan status gizi balita, menurunkan kematian ibu dan anak, dan mencegah penyebaran penyakit menular. Sedangkan tantangan pada tujuan 7 adalah: meminimalkan efek dan potensi pemanasan global dan perubahan iklim dunia, mengelola resiko bencana geologi dan vulkano yang tinggi, mengatasi dampak kerusakan lingkungan & pertambahan pendudukan yang semakin tinggi, menurunkan jumlah emisi karbon dioksida (CO<sub>2</sub>), jumlah konsumsi Bahan Perusak

Ozon (BPO), dan meningkatkan rasio luas kawasan lindung untuk menjaga kelestarian keanekaragaman hayati terhadap total luas kawasan hutan.

Secara rinci, tantangan yang dihadapi dalam mewujudkan tujuan MDGs adalah sebagai berikut:

### **Tujuan 1 : Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan**

*Target 1A : Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari 1 US dollar 1,00 (PPP) perkapita perhari*

Tantangan terkait dengan upaya menurunkan proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari 1 US dollar 1,00 (PPP) perkapita perhari adalah:

1. Penanganan permasalahan kesejahteraan sosial bagi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS), khususnya fakir miskin dan PMKS yang memiliki kendala permanen perlu mendapat penanganan secara cepat dan tepat. Sebab apabila hal tersebut tidak dilakukan berakibat terhadap beban pembangunan yang dirasakan oleh pemerintah dan masyarakat, sehingga kondisi ini dapat menimbulkan efek yang lebih luas, apabila tidak diatasi akan semakin memperlemah ketahanan sosial masyarakat, serta menurunkan kredibilitas pemerintah selaku penyelenggara pemerintahan.
2. Upaya penanganan masalah kemiskinan memerlukan upaya sinergis lintas sektor, oleh karenanya diperlukan sinkronisasi dan integrasi kegiatan lintas sektor.
3. Merubah sikap dan perilaku yang kurang produktif.
4. Perlunya optimalisasi bimbingan sosial, guna memotivasi agar mereka menyadari tentang potensi yang dimiliki serta timbulnya kemauan untuk mengatasi masalah dan berupaya untuk memenuhi kebutuhan pokok dengan mendayagunakan potensi dengan sumber yang ada.
5. Pembangunan kesejahteraan sosial ke depan lebih diperkuat dengan mengedepankan peran aktif masyarakat, diikuti dengan penggalian dan pengembangan nilai-nilai sosial budaya, seperti kesetiakawanan sosial dan gotong royong.
6. Peningkatan akses masyarakat terhadap sumber daya ekonomi.
7. Menciptakan kesempatan kerja seluas-luasnya bagi seluruh masyarakat melalui sektor formal dan informal.
8. Pengoptimalan fungsi fungsi pelaku PNPM untuk mengoptimalkan terget PNPM MPd.
9. Alokasi anggaran Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) Mandiri yang diberikan pemerintah diharapkan dapat ditingkatkan lagi.

*Target 1 B : Mewujudkan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda*

Tantangan untuk mewujudkan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda antara lain:

1. Peningkatan pertumbuhan ekonomi dan kesempatan kerja dan peluang berusaha bagi masyarakat.

2. Menciptakan kesempatan kerja seluas-luasnya bagi seluruh masyarakat melalui sector formal maupun informal.
3. Fasilitasi kegiatan ekonomi produktif.
4. Fasilitasi dan pemberdayaan ekonomi pemuda dan perempuan.
5. Fasilitasi perlindungan, kesejahteraan dan jaminan sosial bagi pekerja.

*Target 1C : Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990-2015*

Dalam upaya menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990-2015, beberapa tantangan yang dihadapi adalah:

1. Masih rendahnya pemahaman masyarakat tentang pentingnya pemberian gizi seimbang pada bayi dan balita, menuntut berbagai upaya peningkatan pemahaman dan perilaku masyarakat dalam pemenuhan gizi.
2. Upaya penanganan kasus gizi memerlukan upaya sinergis lintas sektor, oleh karenanya diperlukan sinkronisasi dan integrasi kegiatan lintas sektor.
3. Pesatnya informasi (iklan) produk makanan instant mendorong masyarakat untuk berperilaku instant termasuk dalam mengkonsumsi makanan. Diperlukan upaya penyadaran bagimasyarakat untuk berperilaku sehat termasuk dalam hal pemenuhan gizi
4. Pengaruh iklim global menyebabkan gagal panen yang berakibat kurangnya akses dan ketersediaan pangan tingkat rumah tangga. Oleh karenanya diperlukan upaya peningkatan ketahanan pangan melalui berbagai proram pemberdayaan petani.

## **Tujuan 2. Mencapai Pendidikan Dasar Untuk Semua**

*Target 2A. Menjamin pada tahun 2015 semua anak-anak, laki-laki maupun perempuan di manapun dapat menyelesaikan pendidikan dasar*

Tantangan dalam menjamin pada tahun 2015 semua anak-anak, laki-laki maupun perempuan di manapun dapat menyelesaikan pendidikan dasar, adalah:

1. Mewujudkan layanan pendidikan yang bermutu dan merata di seluruh wilayah Kabupaten/Kota.
2. Memberi penyadaran pada orang tua terutama di desa yang tidak/kurang memahami arti pentingnya pendidikan bagi anak
3. Meningkatkan proporsi murid kelas 1 yang berhasil menamatkan pendidikan dasar. Upaya yang perlu dilakukan adalah mencegah drop out SD/MI/Paket A dengan pemberian beasiswa, penyadaran orangtua murid dan bantuan pembiayaan.
4. Upaya mempertahankan angka melek huruf yang telah necapai 100% melalui program pendidikan formal dan program pelestarian melek huruf dalam lingkup pendidikan non formal

### **Tujuan 3. Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan**

*Target 3A : Menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005, dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015.*

Tantangan yang dihadapi dalam upaya menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan antara lain:

1. Meningkatkan taraf hidup keluarga tidak mampu
2. Meningkatkan partisipasi pendidikan di berbagai jenjang pendidikan yang berkeadilan gender
3. Meningkatkan partisipasi perempuan dalam dalam pekerjaan upahan sektor non pertanian
4. Meningkatkan keterwakilan perempuan dalam lembaga legislatif dan partai politik dan peran pembangunan lainnya
5. Optimalisasi gerakan pendidikan politik bagi perempuan dan gerakan masyarakat sadar kesetaraan gender.

### **Tujuan 4. Menurunkan Angka Kematian Anak**

*Target 4A. Menurunkan Angka Kematian Balita hingga dua pertiga dalam kurun waktu 1990-2015*

Dalam upaya menurunkan Angka Kematian Balita hingga dua pertiga dalam kurun waktu 1990-2015, Provinsi DIY menghadapi beberapa tantangan, antara lain:

1. Sinkronisasi dan integrasi kegiatan lintas program dan lintas sektor
2. Perlunya memantapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), antara lain inisiasi menyusu dini, ASI eksklusif serta cuci tangan yang baik dan benar.

### **Tujuan 5. Meningkatkan Kesehatan Ibu**

*Target 5A : Menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990-2015*

Tantangan dalam menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990-2015 adalah :

1. Memperkecil disparitas antar Kabupaten/kota dalam hal angka kematian Ibu.
2. Mengoptimalkan sistem rujukan yang belum berjalan baik
3. Mengurangi tingginya *unmet need*

*Target 5B : Mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015*

Berbagai tantangan dalam upaya mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015, adalah:

1. Meningkatkan Akses dan Kualitas pelayanan KB baik jalur pemerintah maupun swasta dan meningkatkan cakupan hasil pelayanan KB di setiap jalur pelayanan KB.
2. Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Perilaku remaja usia 15-19 tahun agar mempunyai kesadaran dalam menyiapkan kehidupan berkeluarga .

3. Meningkatkan pembinaan kesertaan ber KB agar tidak drop out melalui system Mekanisme Operasional sebagai pola pembinaan / penggarapan KB secara berjenjang dalam rangka pembinaan petugas Lini lapangan dan IMP (Institusi Masyarakat Pedesaan)
4. KIE KB perlu digalakkan berkaitan dengan Terbatasnya jumlah Penyuluh KB dilapangan, sebagai ujung tombak program KB terdepan.
5. Belum adanya kesepakatan perihal penyediaan data mikro kependudukan dan KB antar sektor terkait, sehingga terdapat selisih pemberian tindakan pelayanan KB (Kesehatan) dengan penyediaan alat kontrasepsi oleh BKKBN. Sinkronisasi dan koordinasi antar dinas terkait termasuk dalam penyediaan data mikro mendesak untuk dilakukan agar pelaksanaan program KB dapat berjalan optimal
6. Belum optimalnya pelaksanaan SPM KB di Kabupaten kota.
7. Mengurangi tingginya *unmet need*

#### **Tujuan 6. Memerangi HIV DAN AIDS, Malaria dan Penyakit Menular Lainnya**

*Target 6A : Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV dan AIDS hingga tahun 2015*

Upaya mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV dan AIDS hingga tahun 2015, dihadapkan pada tantangan sebagai berikut:

1. Gaya hidup berupa perilaku seksual yang menyimpang (berganti-ganti pasangan, homoseksual) dan penggunaan Napza suntik merupakan penyebab potensial terjadinya HIV dan AIDS. Oleh karenanya upaya penyadaran untuk berperilaku sehat perlu lebih dioptimalkan
2. Adanya diskriminasi dan stigmatisasi masyarakat terhadap orang terpapar HIV dan AIDS timbul sebagai dampak belum komprehensifnya pemahaman terhadap HIV dan AIDS. Sosialisasi dan upaya pemahaman masyarakat secara komprehensif tentang HIV dan AIDS penting dilakukan.

*Target 6B : Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV dan AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2010*

Tantangan yang dihadapi dalam mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV dan AIDS bagi semua yang membutuhkan adalah masih adanya *drop out (DO)* /putus obat pada orang yang terpapar HIV dan AIDS disebabkan adanya efek samping obat, kejenuhan mengkonsumsi obat dan adanya keterbatasan akses ke tempat layanan perawatan, pengobatan dan dukungan/*Care support treatment (CST)*. Oleh karenanya upaya pendampingan baik secara psikologis maupun medis perlu lebih dioptimalkan.

*Target 6C : Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru malaria dan penyakit utama lainnya hingga tahun 2015*

Tantangan dalam mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru malaria dan penyakit utama lainnya hingga tahun 2015, adalah:

1. Kondisi geografis tempat perindukan nyamuk yang mempengaruhi penyebaran penyakit malaria
2. Kepedulian masyarakat dan petugas dalam penemuan kasus Tuberkulosis
3. Masih adanya diskriminasi dan stigmatisasi masyarakat terhadap penderita Tuberkulosis

### **Tujuan 7. Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup**

*Target 7A : Memadukan prinsip-prinsip pembangunan yang berkesinambungan dalam kebijakan dan program nasional serta mengurangi kerusakan pada sumber daya lingkungan*

Tantangan yang dihadapi dalam upaya memadukan prinsip-prinsip pembangunan yang berkesinambungan dalam kebijakan dan program nasional serta mengurangi kerusakan pada sumber daya lingkungan, antara lain:

1. Adanya pemanasan global yang berdampak pada perubahan iklim
2. Terus bertambahnya jumlah kendaraan bermotor dan sulit untuk dibatasi
3. Belum adanya refrigerant yang ramah lingkungan
4. Mulai adanya praktek-praktek penangkapan ikan dengan cara-cara yang mengancam keanekaragaman hayati. Oleh karenanya seiring dengan peningkatan produktivitas perikanan, upaya perlindungan keanekaragaman hayati perlu diupayakan.

*Target 7B : Menanggulangi kerusakan keanekaragaman hayati dan mencapai penurunan tingkat kerusakan yang signifikan pada tahun 2010*

Dalam upaya menanggulangi kerusakan keanekaragaman hayati dan mencapai penurunan tingkat kerusakan yang signifikan pada tahun 2010, beberapa tantangan yang dihadapi adalah:

1. Adanya peningkatan permintaan kebutuhan pada produk yang sejenis mengakibatkan pada perubahan pemanfaatan lahan sehingga menyebabkan kerusakan habitat dan ekosistem berkaitan dengan keanekaragaman hayati
2. Untuk hutan lindung dan hutan konservasi kerusakan keanekaragaman hayati bisa dikatakan tidak terjadi, tetapi untuk hutan produksi di Provinsi DIY bersifat sangat terbuka dan 100 % kawasan hutan produksi dapat dijangkau masyarakat, sehingga kerusakan keanekaragaman hayati kemungkinan besar terjadi. Selain itu, untuk hutan produksi harus monokultur dan dengan manajemen perusahaan yang efektif

*Target 7C : Menurunkan hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum layak dan sanitasi dasar hingga tahun 2015*

Tantangan yang harus dihadapi dalam upaya menurunkan hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum layak dan sanitasi dasar hingga tahun 2015, adalah:

1. Berkurangnya jumlah dan kualitas sumber air baku
2. Meningkatnya kebutuhan air minum seiring dengan penambahan jumlah penduduk
3. Meningkatnya jumlah penduduk berakibat pada meningkatnya cakupan pelayanan sanitasi dasar yang harus disediakan

*Target 7D : Mencapai peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di pemukiman kumuh pada tahun 2020*

Dalam upaya mencapai peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di pemukiman kumuh pada tahun 2020, beberapa tantangan yang dihadapi adalah:

1. Meningkatnya kebutuhan rumah yang tidak seimbang dengan kemampuan penyediaan rumah layak huni dengan lingkungan yang sehat,
2. Terbatasnya ketersediaan lahan,
3. Terbatasnya infrastruktur pendukung kawasan permukiman,
4. Rendahnya daya beli masyarakat terhadap penyediaan rumah layak huni,
5. Rendahnya tingkat partisipasi masyarakat dalam pengelolaan lingkungan permukiman.

## **BAB II**

### **ARAH DAN KEBIJAKAN STRATEGI PERCEPATAN PENCAPAIAN TARGET MDGs**

#### **2.1. Arah Kebijakan Percepatan Pencapaian Target Tujuan Pembangunan Millenium (MDGs)**

Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD) Provinsi DIY secara tegas mengemukakan visi: Daerah Istimewa Yogyakarta pada Tahun 2025 sebagai Pusat Pendidikan, Budaya dan Daerah Tujuan Wisata Terkemuka di Asia Tenggara dalam lingkungan Masyarakat yang Maju, Mandiri dan Sejahtera. Visi tersebut dijabarkan menjadi misi sebagai berikut:

1. Mewujudkan pendidikan berkualitas, berdaya saing, dan akuntabel yang didukung oleh sumber daya pendidikan yang handal.
2. Mewujudkan budaya adiluhung yang didukung dengan konsep, pengetahuan budaya, pelestarian dan pengembangan hasil budaya, serta nilai-nilai budaya secara berkesinambungan.
3. Mewujudkan kepariwisataan yang kreatif dan inovatif.
4. Mewujudkan sosiokultural dan sosioekonomi yang inovatif, berbasis pada kearifan budaya lokal, ilmu pengetahuan dan teknologi bagi kemajuan, kemandirian, dan kesejahteraan rakyat.

Sebagai pusat pendidikan terkemuka, di masa depan DIY akan menghasilkan SDM yang berkualitas, berdaya saing tinggi dan berakhlak mulia yang dilandasi pengamalan agama, yang didukung oleh lembaga pendidikan yang kredibel, berstandar nasional ataupun internasional. Di samping itu, sebagai pusat pendidikan terkemuka, DIY beserta lingkungan sosial masyarakatnya merupakan lingkungan yang kondusif dan nyaman untuk belajar dan menuntut ilmu. Sebagai pusat budaya terkemuka, di masa depan DIY merupakan tempat pelestarian dan pengembangan nilai-nilai budaya sehingga terwujud masyarakat yang menjunjung tinggi dan mengamalkan nilai-nilai budaya. Sebagai daerah tujuan wisata terkemuka, di masa depan DIY merupakan daerah tujuan wisata yang diminati dari berbagai penjuru baik nasional maupun internasional karena memiliki daya tarik tersendiri dengan tetap menjunjung tinggi nilai moralitas.

Masyarakat yang maju adalah masyarakat yang makmur secara ekonomi sehingga perlu dikembangkan pembangunan bidang perekonomian baik yang menyangkut industri, perdagangan, pertanian, dan sektor jasa lainnya yang ditopang dengan pembangunan sarana prasarana ekonomi. Masyarakat yang maju adalah juga masyarakat yang tingkat pengetahuan dan kearifan tinggi yang ditandai dengan tingkat pendidikan dan tingkat partisipasi pendidikan penduduknya serta jumlah dan kualitas tenaga ahli dan tenaga profesional yang dihasilkan oleh sistem pendidikan yang tinggi. Masyarakat yang maju juga merupakan masyarakat yang derajat kesehatannya tinggi, laju pertumbuhan penduduk kecil, angka harapan hidup tinggi dan kualitas pelayanan sosial baik. Di samping itu, masyarakat yang maju adalah masyarakat yang memiliki sistem dan kelembagaan politik dan hukum



yang mantap, terjamin hak-haknya, terjamin keamanan dan ketenteramannya, juga merupakan masyarakat yang peran sertanya dalam pembangunan di segala bidang nyata dan efektif. Selain hal-hal tersebut, masyarakat yang maju adalah masyarakat kehidupannya didukung oleh infrastruktur yang baik, lengkap dan memadai.

Masyarakat yang mandiri adalah masyarakat yang mampu mewujudkan kehidupan sejajar dan sederajat dengan masyarakat dan bangsa lain yang telah maju dengan mengandalkan kemampuan dan kekuatan sendiri. Tingkat kemandirian masyarakat dipengaruhi pula oleh kemajuan masyarakat. Kemandirian masyarakat tercermin antara lain pada ketersediaan SDM yang berkualitas dan mampu memenuhi tuntutan kebutuhan dan kemajuan pembangunan.

Masyarakat sejahtera yaitu masyarakat yang terpenuhi kebutuhan hidupnya baik spiritual maupun material secara layak dan berkeadilan sesuai dengan perannya dalam kehidupan. Upaya mewujudkan visi tersebut dilakukan melalui pembangunan di semua sektor secara sinergis dan bertahap hingga terwujud masyarakat yang maju, mandiri, dan sejahtera.

Sebagai jabaran dari RPJPD tersebut, dalam tahapan lima tahunan kedua telah ditetapkan visi pembangunan yang ingin dicapai oleh provinsi DIY pada tahun 2013 yaitu *pemerintah daerah yang katalistik dan masyarakat mandiri yang berbasis keunggulan daerah serta sumberdaya manusia yang berkualitas unggul dan beretika*. Selama 5 tahun ke depan (2009 -2013) visi tersebut dituangkan dalam misi pembangunan Provinsi DIY yaitu:

1. Mengembangkan kualitas sumberdaya manusia yang sehat, cerdas, profesional, humanis dan beretika dalam mendukung terwujudnya budaya yang adiluhung.
2. Menguatkan fondasi kelembagaan dan memantapkan struktur ekonomi daerah berbasis pariwisata yang didukung potensi lokal dengan semangat kerakyatan menuju masyarakat yang sejahtera.
3. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas tata kelola pemerintahan yang berbasis *Good Governance*.
4. Memantapkan prasarana dan sarana daerah dalam upaya meningkatkan pelayanan publik.

Lebih lanjut, sasaran pembangunan Provinsi DIY tahun 2009 – 2013 yang hendak dicapai adalah:

1. Misi: *Mengembangkan kualitas sumberdaya manusia yang sehat, cerdas, profesional, humanis dan beretika dalam mendukung terwujudnya budaya yang adiluhung*, dengan sasaran:
  - a. Terwujudnya peningkatan kualitas lulusan di semua jenjang dan jalur pendidikan.
  - b. Terwujudnya peningkatan aksesibilitas pelayanan pendidikan kepada seluruh masyarakat dalam suasana lingkungan yang kondusif.
  - c. Berkembangnya pendidikan yang berbasis multikultur untuk meningkatkan wawasan, keterbukaan dan toleransi.
  - d. Terwujudnya peningkatan budaya baca masyarakat.
  - e. Terwujudnya peningkatan kapasitas pemuda, prestasi dan sarana olahraga.

- f. Berkembang dan lestari budaya lokal, kawasan budaya dan benda cagar budaya.
  - g. Terwujudnya peningkatan kualitas kehidupan sosial masyarakat.
  - h. Terwujudnya peningkatan kualitas dan aksesibilitas kesehatan bagi seluruh masyarakat.
2. Misi: *Menguatkan fondasi kelembagaan dan memantapkan struktur ekonomi daerah berbasis pariwisata yang didukung potensi lokal dengan semangat kerakyatan menuju masyarakat yang sejahtera*, dengan sasaran:
- a. Terwujudnya kepariwisataan yang berdaya saing tinggi.
  - b. Terwujudnya peningkatan ketahanan ekonomi masyarakat.
  - c. Terciptanya tata kelola perekonomian daerah yang responsif dan adaptif.
  - d. Terwujudnya ketersediaan dan pemerataan energi untuk masyarakat.
3. Misi: *Meningkatkan efisiensi dan efektivitas tata kelola pemerintahan yang berbasis Good Governance*, dengan sasaran:
- a. Terwujudnya pemerintahan yang responsif, transparan, dan akuntabel.
  - b. Terwujudnya hubungan yang harmonis antara pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan antar pemerintah daerah.
  - c. Terwujudnya kesetaraan gender, keadilan dan kepastian hukum.
  - d. Terwujudnya sinergi antara pemerintah, masyarakat dan sektor swasta.
4. Misi: *Memantapkan prasarana dan sarana daerah dalam upaya meningkatkan pelayanan publik*, dengan sasaran:
- a. Terwujudnya ketersediaan infrastruktur yang memadai baik kuantitas dan kualitas.
  - b. Terwujudnya pemerataan prasarana dan sarana publik.
  - c. Terwujudnya ketahanan masyarakat terhadap bencana.
  - d. Terwujudnya pembangunan daerah yang berwawasan lingkungan.

Berdasarkan uraian di atas, jelas bahwa sasaran yang hendak dicapai atau dihasilkan dalam waktu 5 tahun ke depan sejalan dengan tujuan yang ingin dicapai dalam MGDs antara lain dalam bidang pendidikan yaitu adanya akses yang sama dalam bidang pendidikan untuk seluruh masyarakat (tujuan ke 2 MDGs), dalam bidang kesehatan (tujuan 4, 5 dan 6 tujuan MDGs) yaitu dalam mewujudkan peningkatan kualitas dan aksesibilitas kesehatan bagi seluruh masyarakat, dan kaitannya dengan tujuan MDGs 1 yaitu dalam mengurangi angka kemiskinan berkaitan dengan sasaran pembangunan yaitu terwujudnya peningkatan ketahanan ekonomi masyarakat. Penjabaran misi ke 3 yaitu terwujudnya kesetaraan gender, keadilan dan kepastian hukum sangat berkaitan dengan tujuan 3 MDGs. Dan yang terakhir penjabaran misi ke 4 RPJMD provinsi DIY sejalan dengan tujuan MDGs yang ke 7 yaitu terwujudnya pembangunan daerah yang berwawasan lingkungan.



## Tujuan 1.

### Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan

*Target 1A: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari US\$ 1 (PPP) per hari dalam kurun waktu 1990 – 2015*

Untuk mencapai target menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari 1 dollar ini, arah kebijakan yang ditempuh oleh Provinsi DIY berkaitan dengan peningkatan SDM dan penguatan kelembagaan serta mendorong partisipasi masyarakat. Adapun secara terperinci arah kebijakan yang akan ditempuh sebagai berikut :

1. Mengembangkan profesionalisme Sumber Daya Manusia, sistem dan prosedur, serta sarana dan prasarana dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial
2. Memberikan kesempatan dan kemudahan bagi PMKS untuk memperoleh akses pelayanan hak-hak dasar
3. Memberikan fasilitasi kepada PSKS untuk berperan aktif dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial
4. Meningkatkan kapasitas kelembagaan dan pembudayaan dilakukan untuk memperkuat semangat dan jiwa K2KS secara sinergis terarah, terencana dan berkelanjutan
5. Meningkatkan partisipasi masyarakat dilakukan terencana, terarah dan berkelanjutan untuk optimalisasi pendayagunaan dan pelestarian nilai-nilai K2KS dalam setiap tatanan kehidupan masyarakat
6. Menggali dan mendayagunakan serta melestarikan NK2KS dilakukan untuk menumbuhkan kesadaran, tanggung jawab dan komitmen bersama dalam tata kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara secara terarah dan berkelanjutan
7. Pemberdayaan masyarakat pesisir

*Target 1B: Mewujudkan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda*

Arah kebijakan untuk mewujudkan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda difokuskan kepada upaya peningkaytan akses dan kesempatan kerja, peningkatan produktifitas kerja, dan fasilitasi pengembangan kualitas tenaga kerja. Secara rinci arah kebijakan tersebut antara lain:

1. Meningkatkan akses dan kesempatan kerja terutama pemuda dan perempuan
2. Meningkatkan perlindungan, Kesejahteraan dan jaminan Sosial bagi Pekerja/Buruh.

3. Penyelamatan, pemulihan, pemberdayaan bagi perempuan korban tindak Kekerasan.
4. Membangun dan mengembangkan sistem jaminan dan perlindungan bagi Lanjut usia terlantar, anak cacat terlantar, eks kronis terlantar, anak Terlantar
5. Meningkatkan jangkauan dan pemerataan pelayanan sosial Anak Terlantar, Anak Jalanan, Anak Balita Terlantar, Anak Nakal (Anak berhadapan dengan Hukum dan Anak Cacat.
6. Pengembangan usaha perikanan

*Target 1C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990 – 2015*

Pembangunan di bidang gizi diarahkan untuk meningkatkan mutu gizi perseorangan dan masyarakat antara lain melalui perbaikan pola konsumsi makanan, perbaikan perilaku sadar gizi, dan peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi dan kesehatan sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi. Secara rinci arah perbaikan gizi adalah :

1. Setiap orang mendapatkan informasi tentang gizi
2. Setiap orang akses terhadap bahan makanan yang berkualitas
3. Setiap kasus kelainan gizi mendapatkan pelayanan sesuai standar



## **Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua**

*Target 2A: Menjamin pada 2015 semua anak-anak, laki-laki maupun perempuan dimanapun dapat menyelesaikan pendidikan dasar*

Arah kebijakan secara umum dalam rangka menjamin pada tahun 2015 semua anak-anak, laki-laki maupun perempuan dimanapun dapat menyelesaikan pendidikan dasar adalah meningkatkan aksesibilitas dan mutu pendidikan dasar melalui :

1. Penyelenggaraan pendidikan dasar bermutu dan terjangkau
2. Penurunan angka putus sekolah dan angka mengulang kelas
3. Penurunan rata-rata lama penyelesaian pendidikan dasar
4. Peningkatan kesempatan lulusan SD/MI/ sederajat terutama yang berasal dari keluarga miskin untuk dapat melanjutkan ke SMP/MTs/ sederajat
5. Peningkatan peningkatan minat baca masyarakat
6. Penyelenggaraan pendidikan inklusif di sekolah reguler



### Tujuan 3.

## Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

*Target 3A: Menghilangkan ketimpangan gender ditingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005 dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015*

Arah kebijakan untuk Menghilangkan ketimpangan gender ditingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005 dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015, adalah:

1. Peningkatan akses dan mutu pendidikan yang responsif gender
2. Peningkatan kapasitas kelembagaan PUG dan pemberdayaan perempuan melalui strategi PUG termasuk mengintegrasikan perspektif gender ke dalam siklus perencanaan, penganggaran, pelaksanaan, dan evaluasi program pembangunan
3. Optimalisasi peran perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor non formal
4. Peningkatan kualitas hidup dan perlindungan perempuan
5. Peningkatan peran serta dan kesetaraan gender dalam pembangunan
6. Optimalisasi peran perempuan di lembaga legislatif, partai politik dan kegiatan pembangunan lainnya



### Tujuan 4.

## Menurunkan Angka Kematian Anak

*Target 4A: Menurunkan Angka Kematian Balita (AKABA) sehingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990 - 2015*

Arah dan kebijakan strategi percepatan pencapaian target untuk menurunkan angka kematian anak perlu melihat penyebab kematian anak secara keseluruhan dengan pendekatan konsep pelayanan *continuum* Kesehatan Ibu dan Anak didasarkan pada asumsi bahwa kesehatan dan kesejahteraan perempuan, bayi yang baru lahir, dan anak-anak berhubungan erat dan harus dikelola secara terpadu. Model ini menuntut ketersediaan dan akses terhadap pelayanan kesehatan esensial dan kesehatan reproduksi (a) untuk perempuan dari remaja hingga kehamilan, persalinan, dan seterusnya; dan (b) untuk bayi yang baru lahir dalam masa kanak-kanak, dewasa muda dan seterusnya, karena awal yang sehat menghasilkan kehidupan yang lebih sehat dan produktif.

Kebijakan dan strategi berfokus pada intervensi-intervensi inti meliputi antara lain:

1. Menerapkan strategi MTBS
2. Menjamin penguatan program gizi yang terfokus
3. Memperkuat peran keluarga, termasuk strategi komunikasi untuk perubahan perilaku dan PHBS
4. Meningkatkan akses dan mutu fasilitas kesehatan
5. Memperkuat strategi terkait kesehatan neonatal dan ibu
6. Mengurangi kesenjangan geografis, sosial-ekonomi maupun aspek gender terhadap status kesehatan anak dan gizi.
7. Pengembangan kompetensi dan profesi tenaga kesehatan;
8. Pemenuhan pelayanan kesehatan yang bermutu di unit pelayanan (UPKD) kesehatan dasar dan unit pelayanan rujukan (Rumah Sakit).
9. Revitalisasi pos pelayanan terpadu untuk semua desa
10. Pengembangan Desa/Kelurahan Siaga dalam rangka penanggulangan faktor resiko masalah kesehatan bayi dan anak melalui optimalisasi pemberdayaan masyarakat.



### **Tujuan 5.**

### **Meningkatkan Kesehatan Ibu**

*Target 5A: Menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990- 2015*

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

Memperhatikan kecenderungan penurunan kematian ibu yang berjalan lambat dan begitu kompleksnya permasalahan dan tantangan yang dihadapi dalam rangka mencapai target AKI tahun 2015 maka upaya-upaya ke depan harus menjamin peningkatan:

1. Cakupan dan kualitas *Antenatal Care* (ANC) oleh tenaga kesehatan profesional,
2. cakupan persalinan ditolong tenaga kesehatan terlatih,
3. akses layanan obstetri darurat (dasar dan komprehensif) pada kehamilan dan persalinan berisiko tinggi, dan
4. Cakupan pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan.

*Target 5B: Mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015*

Untuk mencapai target mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua, maka arah kebijakan berkaitan dengan pengendalian jumlah penduduk dengan menjamin hak-hak kesehatan reproduksi perempuan. Adapun arah kebijakannya antara lain :

1. Menyerasikan dan mensosialisasikan kebijakan kependudukan
2. Meningkatkan pembinaan kesertaan dan kemandirian ber KB
3. Meningkatkan pembinaan ketahanan dan kesejahteraan keluarga
4. Meningkatkan advokasi dan penggerakan masyarakat
5. Menyediakan data dan Informasi
6. Melakukan revitalisasi KB dalam rangka pengendalian laju pertumbuhan penduduk
7. Memperkuat sistem monitoring dan evaluasi
8. Menjamin pelaksanaan KB dengan mengacu pada hak-hak kesehatan reproduksi perempuan.
9. Pemenuhan akses dan mutu pelayanan serta meningkatkan promosi dan pemberdayaan masyarakat di bidang KB.



#### **Tujuan 6.**

#### **Memerangi HIV/AIDS, Malaria dan Penyakit Menular lainnya**

*Target 6A: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV/AIDS hingga tahun 2015*

Arah kebijakan untuk melakukan pencegahan, pengendalian penularan, dan pengobatannya antara lain melalui :

- a. Peningkatan akses melalui penguatan pelayanan kesehatan dan sumber daya yang memadai untuk mengantisipasi dan menghadapi epidemi yang ada,
- b. Peningkatan mobilisasi masyarakat untuk meningkatkan koordinasi lintas sektor dan *good governance*,
- c. Memperkuat sistem informasi, monitoring dan evaluasi.

Untuk mengendalikan vektor sebagai langkah prevebtif seperti untuk nyamuk malaria dewasa, di daerah endemis dilakukan penyemprotan dalam rumah atau IRS (*Indoor Residual Spraying*) dan penyemprotan lingkungan. Indoor Residual Spraying ditujukan untuk mengendalikan atau mengurangi vektor nyamuk dewasa di dalam rumah, dan penyemprotan lingkungan untuk mengendalikan vektor nyamuk dewasa di alam bebas. Pengendalian jentik nyamuk tidak efektif dilakukan karena karakteristik nyamuk anopeles

lebih memilih sungai, danau dan kontainer air yang ada di alam sebagai tempat perindukan. Metode pengendalian jentik untuk nyamuk selama ini menggunakan larvasida golongan organophospat, tetapi larvasida hanya digunakan untuk mengendalikan jentik nyamuk aedes aegypti (vektor penular Demam Berdarah Dengue). Pengendalian jentik nyamuk penular malaria tidak dapat menggunakan larvasida, karena wilayah endemis memiliki sangat banyak sungai dan pada umumnya memiliki karakteristik sungai pegunungan. Larvasida juga tidak dapat digunakan di kontainer waduk atau danau karena faktor luasnya.

*Target 6B: Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2010*

Problem HIV/AIDS merupakan salah satu target yang memerlukan usaha keras untuk mencapainya di provinsi DIY. Oleh karena itu arah kebijakan diarahkan pada upaya memperluas cakupan terhadap kelompok-kelompok rentan dan memperluas jaringan untuk mendorong partisipasi masyarakat. Adapun arah kebijakan yang ditetapkan antara lain :

1. Meningkatkan upaya pencegahan, perawatan, pengobatan HIV dan AIDS pada populasi rentan,
2. Mobilisasi sumber dana untuk penanggulangan HIV dan AIDS,
3. Memperluas jaringan pelayanan dan meningkatkan kualitas layanan serta kesadaran masyarakat,
4. Memperluas akses pelayanan kesehatan penderita HIV/AIDS,
5. Mendorong peran serta pemerintah kabupaten/kota dan masyarakat untuk meningkatkan partisipasi dalam memantau dan melaporkan migrasi penderita HIV/AIDS.

*Target 6C: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru Malaria dan penyakit utama lainnya hingga tahun 2015*

Berkenaan dengan target untuk pengendalian penyebaran penyakit malaria dan penyakit utama lainnya ini, arah kebijakan yang ditetapkan untuk mencapai target tersebut antara lain :

1. Pengendalian kasus import dengan mengoptimalkan peran Juru Malaria Desa (JMD) dan mengaktifkan pos malaria desa
2. Peningkatan angka penemuan kasus dan angka kesembuhan Tuberkulosis
3. Peningkatan cakupan DOTS
4. Peningkatan kapasitas dan kualitas penanganan Tuberkulosis
5. Penguatan kebijakan dan peraturan dalam pengendalian Tuberkulosis
6. Penguatan sistem informasi, monitoring dan evaluasi





## Tujuan 7.

### Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

*Target 7A: Memadukan prinsip-prinsip pembangunan yang berkesinambungan dalam kebijakan dan program nasional serta mengurangi kerusakan pada sumber daya lingkungan*

Problem lingkungan hidup membutuhkan penyelesaian dalam jangka panjang. Oleh karena itu arah kebijakan berkaitan dengan pencapaian target untuk memadukan prinsip-prinsip pembangunan yang berkesinambungan dalam kebijakan untuk mencegah perusakan sumber daya lingkungan ditetapkan beberapa arah kebijakan sebagai berikut :

1. Peningkatan upaya pelestarian sumber daya alam
2. Peningkatan fungsi regulasi, fasilitasi, dan pelayanan
3. Pengendalian pencemaran udara meliputi pencegahan penanggulangan dan pemulihan kualitas udara melalui pendekatan kelembagaan dan peran serta pemangku kepentingan
4. Perlindungan lapisan ozon (PLO) meliputi pengendalian terhadap sumber-sumber perusak lapisan ozon dan pengawasan terhadap usaha dan atau kegiatan yang menyimpan, mengedarkan dan menggunakan bahan perusak ozon (BPO) melalui pendekatan kelembagaan dan peran serta pemangku kepentingan

*Target 7B: Menanggulangi kerusakan keanekaragaman hayati dan mencapai penurunan tingkat kerusakan yang signifikan pada tahun 2010*

Kerusakan keanekaragaman hayati harus ditanggulangi berkenaan dengan tujuan memastikan kelestarian lingkungan hidup ini. Secara khusus untuk mencapai tujuan target 7 B ini, arah kebijakannya adalah :

1. Peningkatan upaya pelestarian sumber daya alam
2. Peningkatan fungsi regulasi, fasilitasi, dan pelayanan

*Target 7C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum yang layak dan sanitasi dasar hingga tahun 2015*

Terpenuhinya akses berkelanjutan terhadap air minum yang layak dan sanitasi dasar menjadi hak setiap warga Negara. Untuk pencapaian target ini pada tahun 2015, arah kebijakan yang ditetapkan yaitu :

1. Meningkatkan kapasitas dan aksesibilitas pelayanan infrastruktur air minum dan sanitasi

2. Meningkatkan koordinasi dan kerjasama lintas stakeholders (pemerintah pusat, pemerintah daerah, swasta & masyarakat) dalam penyelenggaraan penyediaan infrastruktur air minum dan sanitasi.

*Target 7D: Mencapai peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di permukiman kumuh pada tahun 2020*

Berkenaan dengan target 7 D untuk meningkatkan kualitas kehidupan penduduk miskin di permukiman kumuh ini, arah kebijakan yang ditetapkan berfokus pada pengembangan lahan yang efektif untuk penyediaan rumah bagi penduduk miskin. Secara terperinci arah kebijakan untuk mencapai target dalam tahun 2015 adalah :

1. Prioritas pemenuhan kebutuhan rumah pada Masyarakat Berpenghasilan Rendah (MBR)
2. Pemanfaatan lahan perumahan secara efisien dan efektif melalui konsolidasi lahan dan pengembangan hunian vertikal (rusunawa).
3. Meningkatkan kesadaran masyarakat akan legalitas, kelayakan dan pengelolaan infrastruktur lingkungan permukiman.

## **2.2. Strategi Percepatan Target Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs)**

Arah kebijakan yang telah ditetapkan dalam pencapaian target MDGs pada tahun 2015 selanjutnya dijabarkan dalam strategi berdasarkan pada masing-masing target. Strategi percepatan target tujuan MDGs di Provinsi DIY sudah selaras dengan RPJMD tahun 2008-2013, yang terbagi dalam 4 misi pembangunan. Strategi-strategi tersebut yaitu :

Strategi untuk mencapai sasaran dalam Misi Pertama sebagai berikut:

1. Peningkatan mutu pendidikan untuk mencapai standar nasional dan internasional.
2. Perluasan lembaga pendidikan formal dan non formal serta pendidikan informal yang bermutu di berbagai daerah sejajar dengan perluasan subsidi pendidikan bagi seluruh peserta didik dalam usia wajib belajar.
3. Peningkatan kualitas dan profesionalisme pendidik, tenaga kependidikan dan lembaga pendidikan yang mampu meningkatkan wawasan, keterbukaan dan toleransi.
4. Peningkatan ketersediaan informasi, sarana dan prasarana penunjang minat dan budaya baca masyarakat.
5. Peningkatan peranserta lembaga pendidikan dan masyarakat dalam pemasyarakatan dan peningkatan prestasi olahraga.
6. Peningkatan peranserta masyarakat dalam pengembangan dan pelestarian budaya lokal, kawasan budaya dan benda cagar budaya.
7. Peningkatan penanganan masalah kesejahteraan sosial dan potensi sumber kesejahteraan sosial.
8. Peningkatan dan pemerataan infrastruktur/fasilitas kesehatan dengan dilengkapi

sarana pendukung kesehatan serta peningkatan kualitas manajemen kesehatan.

9. Pengurangan risiko terjadinya penyakit, kecelakaan dan dampak bencana.
10. Peningkatan akses dan mutu kesehatan masyarakat.
11. Peningkatan infrastruktur dan manajemen kesehatan.
12. Pemasaran pelayanan dan pendidikan kesehatan.
13. Penggerakan dan pemberdayaan masyarakat.
14. Peningkatan kualitas kehidupan keluarga, perempuan dan anak.

Arah strategi tersebut memberikan arahan dan panduan untuk pencapaian percepatan target MDGs untuk tujuan pencapaian MDGs pada tujuan 2, tujuan 3, tujuan 4 dan tujuan 5 MDGs. Sedangkan strategi untuk mencapai sasaran misi kedua dalam RPJMD Provinsi DIY sangat sejalan dengan pencapaian target MDGs terutama pada tujuan 1, tujuan 3 dan tujuan 7, yaitu :

1. Penciptaan lingkungan yang kondusif bagi kepariwisataan.
2. Pemberdayaan Koperasi dan Usaha Mikro, Kecil dan Menengah.
3. Peningkatan iklim usaha bagi sektor-sektor unggulan sebagai faktor penggerak utama perekonomian.
4. Pembangunan perdesaan.
5. Pemberdayaan masyarakat dan perempuan.
6. Perbaikan iklim ketenagakerjaan dan transmigrasi.
7. Revitalisasi pertanian.
8. Pengembangan ketersediaan bahan pangan, distribusi, akses, mutu dan keamanan pangan.
9. Pengembangan eksplorasi dan pemanfaatan sumberdaya kelautan dan pesisir

Penjabaran visi dalam sasaran misi yang ke 3 ini dalam point peningkatan perlindungan perempuan disertai dengan peningkatan peran perempuan dalam pembangunan menjadi acuan dalam pencapaian MDGs untuk target ke 3. Secara lengkap strategi tersebut sebagai berikut :

1. Revitalisasi proses desentralisasi dan otonomi daerah.
2. Transformasi birokrasi.
3. Peningkatan peranserta masyarakat dalam pembangunan.
4. Peningkatan perlindungan perempuan disertai dengan peningkatan peran perempuan dalam pembangunan

Untuk mempercepat pencapaian target MDGs tujuan ke 7 dan tujuan 1 ini, strategi yang telah ditetapkan dalam RPJMD provinsi DIY tahun 2008-2013 yaitu :

1. Peningkatan dan pengembangan infrastruktur.
2. Peningkatan dan pengembangan sarana dan prasarana fasilitas pelayanan publik.
3. Pengurangan ketimpangan pembangunan antar-wilayah.

4. Penanganan dan pengurangan resiko bencana.
5. Perbaikan pengelolaan sumberdaya alam dan pelestarian fungsi lingkungan hidup.
6. Penciptaan energi terbarukan dan efisiensi penggunaan energi.



### **Tujuan 1.**

### **Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan**

*Target 1A: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari US\$ 1 (PPP) per hari dalam kurun waktu 1990 – 2015*

Untuk mencapai target menurunkan proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari 1 dollar dalam rangka menanggulangi kemiskinan dan kelaparan ini, pemerintah provinsi DIY menyusun 15 strategi. Ke 15 strategi ini meliputi capacity building, koordinasi dan membangun jaringan serta mendorong partisipasi masyarakat. Adapun secara terperinci ke 15 strategi tersebut adalah :

1. Peningkatan kapabilitas manajemen aparatur artinya bahwa peningkatan penyelenggaraan kesejahteraan sosial dilakukan dengan SDM yang profesional, sarana dan prasarana yang memadai
2. Pemantapan koordinasi artinya bahwa peningkatan penyelenggaraan kesejahteraan sosial dilakukan dengan mendayagunakan koordinasi sebagai unsur yang sangat strategis
3. Peningkatan kualitas pelayanan artinya bahwa peningkatan penyelenggaraan kesejahteraan sosial dilakukan dengan memberikan pelayanan, perlindungan, jaminan dan rehabilitasi sosial yang prima
4. Peningkatan keswadayaan artinya bahwa peningkatan usaha kesejahteraan sosial dilakukan dengan mengutamakan penumbuhan keswadayaan dan atau kemandirian
5. Pemantapan aksesibilitas artinya bahwa peningkatan penyelenggaraan kesejahteraan sosial dilakukan dengan membangun kelembagaan keuangan di masyarakat rawan sosial
6. Peningkatan keberdayaan PMKS artinya bahwa setiap upaya penanganan PMKS berorientasi pada peran aktif PMKS sebagai subyek
7. Pemberian advokasi sosial kepada PMKS artinya setiap upaya penanganan PMKS berorientasi kepada perlindungan, penyadaran hak dan kewajiban, pembelaan dan pemenuhan hak seseorang, keluarga, kelompok dan atau masyarakat yang dilanggar haknya
8. Peningkatan jejaring kemitraan artinya bahwa peningkatan penyelenggaraan kesejahteraan sosial dilakukan dengan peran aktif dan partisipasi stakeholder
9. Peningkatan kelembagaan maksudnya bahwa dalam kesiapsiagaan penanggulangan bencana dengan keterlibatan pemerintah dan peran masyarakat

10. Peningkatan keterpaduan artinya bahwa peningkatan penyelenggaraan kesejahteraan sosial dilaksanakan dengan memadukan dan mensinergikan berbagai kekuatan (PSKS)
11. menguatkan kelembagaan artinya peningkatan penyelenggaraan kesejahteraan dilakukan melalui pendayagunaan kelembagaan yang telah berkembang dan atau dibentuk
12. Pemantapan upaya berkelanjutan artinya bahwa peningkatan penyelenggaraan kesejahteraan sosial dilakukan secara simultan, terus menerus, terarah dan terencana
13. Peningkatan kemitraan artinya bahwa peningkatan penyelenggaraan kesejahteraan sosial dilakukan dengan peran aktif dan partisipasi stakeholder
14. Peningkatan fungsi TMP/MPN dan tempat sejarah bangsa artinya upaya pelestarian nilai K2KS dilakukan atau dilaksanakan TMP/MPN sebagai wahana penanaman, pengenalan NK2KS kepada masyarakat
15. Pemberdayaan masyarakat pesisir

*Target 1B: Mewujudkan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda*

Berdasarkan pada problem-problem ketenagakerjaan yang antara lain semakin meningkatnya jumlah angkatan kerja setiap tahun dan meningkatnya angka pengangguran ini, maka strategi yang ditetapkan untuk mencapai target MDGs 1B ini adalah :

1. Meningkatkan kualitas dan produktivitas tenaga kerja.
2. Meningkatkan kesempatan kerja.
3. Meningkatkan perlindungan dan pengembangan lembaga ketenagakerjaan.
4. Meningkatkan penyelenggaraan ketransmigrasian.
5. Pengembangan usaha perikanan

*Target 1C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990 – 2015*

Berkaitan dengan target menurunkan proporsi penduduk yang menderita kelaparan ini, strategi yang akan dilakukan berkaitan dengan ketahanan pangan, pemberdayaan masyarakat dan pengembangan distribusi pangan. Adapun secara terperinci strategi tersebut adalah :

1. Pengembangan cadangan pangan pemerintah dan lumbung pangan masyarakat.
2. Pemberdayaan masyarakat dalam mengatasi kerawanan pangan melalui Pengembangan Desa Mandiri Pangan.
3. Pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan sumberdaya untuk meningkatkan produktifitas ekonomi keluarga.

4. Pemberdayaan masyarakat dalam ketahanan pangan melalui pemberian penghargaan, promosi, kampanye dan pendampingan.
5. Penganekaragaman konsumsi pangan berbasis sumberdaya lokal melalui pemanfaatan pekarangan.
6. Meningkatkan kesadaran mengenai mutu dan keamanan produk pangan kepada pelaku usaha bidang pangan dan konsumen.
7. Meningkatkan dukungan terhadap pengelolaan lahan kering dan air tanah untuk pengembangan komoditas pangan.
8. Pengembangan sistem distribusi pangan dan pemantauan harga pangan secara berkala.

Secara khusus berkaitan dengan target untuk mengurangi tingkat prevalensi gizi buruk balita dengan dengan memperkuat institusi yang ada. Secara rinci strategi operasional pembinaan gizi adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan pendidikan gizi masyarakat
2. Memenuhi kebutuhan obat program gizi
3. Meningkatkan kemampuan dan keterampilan petugas dalam pemantauan pertumbuhan, konseling menyusui dan MP-ASI, tatalaksana gizi buruk, surveilan dan program gizi lainnya.
4. Memenuhi kebutuhan PMT pemulihan bagi balita yang menderita gizi kurang dan ibu hamil KEK
5. Mengintegrasikan pelayanan gizi ibu hamil dengan pelayanan antenatal (ANC).
6. Melaksanakan surveilan gizi di seluruh kabupaten/kota.
7. Memperkuat kerjasama dan kemitraan dengan lintas program dan lintas sektor, organisasi profesi dan lembaga swadaya masyarakat

Strategi untuk menangani permasalahan gizi utama dalam mencapai target nasional untuk menurunkan *stunting* pada balita dari 36,8 persen menjadi 32 persen pada 2014 meliputi:

1. Menekankan pemberian ASI secara eksklusif dan pemberian makanan pelengkap yang sesuai; gizi yang memadai selama masa sakit dan menderita gizi buruk; serta penyediaan asupan gizi mikro yang cukup
2. Mendukung tumbuh kembang anak melalui penyediaan informasi bagi keluarga dan masyarakat tentang pemberian makanan, perawatan anak, dan upaya memperoleh layanan kesehatan.
3. Memperkenalkan komunikasi untuk perubahan perilaku (*Behavior Change Communication-BCC*).
4. Mengupayakan intervensi gizi mikro.
5. Mengupayakan strategi pemberian makanan tambahan.



## Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua

*Target 2A: Menjamin pada 2015 semua anak-anak, laki-laki maupun perempuan dimanapun dapat menyelesaikan pendidikan dasar*

Dalam mencapai target bahwa semua anak-anak baik laki-laki maupun perempuan dapat menyelesaikan pendidikan dasar ditetapkan strategi :

1. Meningkatkan APM pendidikan dasar (SD/MI/SDLB/Paket A dan SMP/MTs/SMPLB/Paket B) serta mengurangi kesenjangan APM antar daerah melalui:
  - a. Peningkatan pendidik pendidikan dasar berkompeten yang merata di seluruh kabupaten, dan kota yang meliputi pemenuhan guru SD/MI/SDLB dan SMP/MTs/SMPLB serta tutor Paket A dan Paket B berkompeten;
  - b. Penyediaan manajemen SD/MI/SDLB dan SMP/MTs/SMPLB serta Paket A dan Paket B berkompeten yang merata di seluruh kabupaten, dan kota yang meliputi pemenuhan kepala satuan pendidikan, pengawas, dan tenaga administrasi;
  - c. Penyediaan dan pengembangan sistem pembelajaran, data dan informasi berbasis riset, dan standar mutu pendidikan dasar, serta keterlaksanaan akreditasi pendidikan dasar;
  - d. Penyediaan dan peningkatan sarana dan prasarana untuk penerapan sistem pembelajaran SD/MI/SDLB dan SMP/MTs/SMPLB berkualitas yang merata di seluruh kabupaten, dan kota;
  - e. Penyediaan subsidi untuk meningkatkan keterjangkauan dan mutu layanan pendidikan SD/MI/SDLB dan SMP/MTs/SMPLB berkualitas yang merata di seluruh kabupaten, dan kota;
  - f. Penyediaan subsidi pembiayaan untuk penerapan sistem pembelajaran Paket A dan B berkualitas yang merata di seluruh kabupaten, dan kota.
2. Menjamin seluruh siswa kelas 1 dapat menamatkan pendidikan dasar melalui pemberian bantuan operasional sekolah, penyadaran orangtua siswa, dan pembinaan siswa yang rentan putus sekolah
3. Peningkatan peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan dan pengelolaan pendidikan

4. Mengoptimalkan upaya-upaya pelestarian melek aksara melalui antara lain penyediaan/pengembangan Taman Bacaan Masyarakat, pengembangan minat baca masyarakat.



### **Tujuan 3.**

## **Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan**

*Target 3A: Menghilangkan ketimpangan gender ditingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005 dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015*

Dalam tujuan tiga yaitu mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan ini strategi yang akan dilakukan untuk mencapai target MDGs tahun 2015 difokuskan pada peningkatan rasio APM antara laki-laki dan perempuan, pengoptimalan kontribusi perempuan dalam sektor non pertanian dan optimalisasi kuantitas dan kualitas perempuan di DPRD seperti tercantum di bawah ini :

1. Peningkatan rasio APM perempuan terhadap laki-laki di semua jenjang pendidikan melalui:
  - a. Peningkatan akses dan kualitas pelayanan pendidikan dalam rangka mengurangi kesenjangan taraf pendidikan antar daerah, gender, dan antar tingkat sosial ekonomi;
  - b. Peningkatan kesadaran warga masyarakat tentang pentingnya keadilan dan kesetaraan gender dalam bidang pendidikan
  - c. Peningkatan akses dan kualitas pendidikan nonformal yang responsif gender;
  - d. Pemberian beasiswa kepada penduduk perempuan untuk melanjutkan ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi
2. Mempertahankan rasio angka melek huruf perempuan terhadap laki-laki yang telah mencapai 100% melalui upaya pelestarian
3. Mengoptimalkan kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor non pertanian melalui:
  - a. Advokasi untuk memastikan bahwa laki-laki dan perempuan mampu berpartisipasi tanpa diskriminasi dalam angkatan kerja;
  - b. Penguatan pengawasan ketenagakerjaan untuk memastikan keterlaksanaannya pengawasan dan penegakan aturan ketenagakerjaan dengan lebih baik;
  - c. Pengupayaan perlindungan sosial bagi kelompok perempuan yang bekerja di kegiatan ekonomi informal;
  - d. Peningkatan kualitas pekerja dan calon tenaga kerja perempuan;



4. Optimalisasi kuantitas dan kualitas perempuan di lembaga legislatif melalui:
  - a. *Affirmative action* untuk peningkatan keterwakilan perempuan di lembaga legislatif
  - b. Peningkatan pendidikan dan partisipasi politik bagi perempuan
5. Peningkatan kualitas hidup dan perlindungan perempuan
6. Peningkatan peran serta dan kesetaraan gender dalam pembangunan



#### **Tujuan 4.**

#### **Menurunkan Angka Kematian Anak**

*Target 4A: Menurunkan Angka Kematian Balita (AKBA) sehingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990 – 2015*

Untuk menurunkan angka kematian bayi dan balita di provinsi DIY ini, berdasarkan pada arah kebijakan yang telah ditetapkan maka strategi yang akan dilaksanakan sampai dengan tahun 2015 adalah :

1. Strategi untuk mengatasi masalah-masalah dalam pelaksanaan MTBS adalah sebagai berikut:
  - a. Melakukan pelatihan berfokus pada MTBS bagi petugas kesehatan yang melayani anak-anak di fasilitas kesehatan tingkat pertama, yang dapat meningkatkan kinerja secara cepat dan berkesinambungan
  - b. Memperkuat struktur manajemen di tingkat pusat dan daerah; mengurangi tingkat *turnover* pegawai; meningkatkan pendanaan MTBS; memperkuat koordinasi dengan program-program kesehatan anak lainnya dan mengharmonisasikan peraturan-peraturan yang ada; serta meningkatkan pembinaan di tingkat fasilitas
  - c. Menjamin ketersediaan obat esensial terkait MTBS
  - d. Melaksanakan MTBS di tingkat keluarga dan masyarakat guna mengoptimalkan upaya mencari pelayanan dan pemanfaatan layanan kesehatan.
  - e. Menyelenggarakan konseling bagi Ibu dan *caregivers* mengenai bagaimana cara merawat balita sakit, cara pemberian ASI atau memberi makanan, serta bagaimana dan kapan harus kembali ke pelayanan kesehatan untuk kunjungan ulang.



## Tujuan 5.

### Meningkatkan Kesehatan Ibu

*Target 5A: Menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990- 2015*

Berdasarkan pada target menurunkan AKI pada tahun 2015 ini sesungguhnya capaian provinsi DIY masih jauh di bawah angka nasional. Meskipun demikian untuk terus menurunkan AKI sampai dengan tahun 2015 dan meningkatkan kualitas pelayanan reproduksi ini, maka strategi yang akan dijalani antara lain :

1. Peningkatan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas
2. Peningkatan pelayanan *continuum of care*
3. Peningkatan ketersediaan tenaga kesehatan, baik jumlah, kualitas dan persebarannya.
4. Peningkatan pendidikan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan kesadaran tentang kesehatan dan keselamatan ibu di tingkat masyarakat dan rumah tangga
5. Perbaikan status gizi ibu hamil dengan menjamin kecukupan asupan gizi
6. Penciptaan lingkungan kondusif yang mendukung manajemen dan partisipasi *stakeholder* dalam pengembangan kebijakan dan proses perencanaan
7. Penguatan sistem informasi
8. Penguatan koordinasi dengan memperjelas peran dan tanggung jawab pusat dan daerah

*Target 5B: Mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015*

Target mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua ini berkaitan dengan pemberian layanan yang berkualitas untuk berKB. Oleh karena itu strategi yang ditetapkan berdasarkan pada masalah-masalah kesehatan reproduksi dan arah kebijakan yang telah ditetapkan ini adalah :

1. Pembinaan dan peningkatan kemandirian keluarga berencana, dilaksanakan melalui :
  - Peningkatan cakupan dan akses pelayanan KB pasca persalinan dan pasca keguguran
  - Pemberdayaan peran TOMA, TOGA dalam upaya peningkatan pelayanan KB Pria
  - Peningkatan kapasitas provider dalam pelayanan KB
  - Peningkatan pelayanan KB melalui Bhaksos untuk wilayah yang jauh dari akses pelayanan KB dan terbatasnya provider pelayanan KB

- Pemenuhan pelayanan KB dengan keberpihakan pada keluarga Miskin/Pra S dan KS I
  - Peningkatan cakupan pelayanan KB Mandiri melalui KB Perusahaan
  - Peningkatan advokasi dan KIE tentang penggunaan alkon REE (Rasional, Efektif dan Efisien)
  - Memperkuat fasilitas pelayanan KB Statis
  - Meningkatkan penggerapan Unmet need di komunitas khusus
2. Pelaksanaan advokasi dan penggerakan masyarakat , melalui :
- Memberdayakan mitra kerja dalam pembinaan, penggerakan dan pelayanan KB
  - Memperkuat jaminan ketersediaan kontrasepsi
  - Penguatan dukungan pembiayaan pelayanan KB bagi keluarga Pra S dan KS I
3. Pembinaan ketahanan dan kesejahteraan keluarga, dilaksanakan melalui :
- Memadukan kegiatan BKB, PAU dan POSYANDU serta BKL dengan Posyandu Lansia
  - Pembentukan Pusat Informasi dan Konseling Remaja/Mahasiswa tentang Kesehatan Reproduksi Remaja
  - Pelayanan KB bagi keluarga Pra S dan KS I
4. Penyediaan data dan Informasi
- Peningkatan cakupan pencatatan dan pelaporan pelayanan KB (SIDUGA)



### Tujuan 6.

### Memerangi HIV/AIDS, Malaria dan Penyakit Menular lainnya

*Target 6A: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV/AIDS hingga tahun 2015*

Problem HIV AIDS di provinsi DIY merupakan problem yang cukup serius untuk segera ditangani. Berdasarkan pada arah kebijakan yang telah ditetapkan, pemerintah DIY telah menyusun strategi pencapaian target MDGs berkaitan dengan pengendalian penyebaran dan penurunan jumlah kasus baru HIV/AIDS ini; berikut ini :

1. Meningkatkan akses melalui penguatan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kemampuan dan sumber daya yang memadai untuk mengantisipasi dan menghadapi epidemi yang ada
2. Meningkatkan mobilisasi masyarakat untuk meningkatkan upaya pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV/AIDS pada populasi rentan
3. Mobilisasi sumber dana untuk penanggulangan HIV/AIDS
4. Meningkatkan koordinasi lintas sektor dan *good governance*
5. Memperkuat sistem informasi dan sistem monitoring dan evaluasi

*Target 6B: Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2010*

Dalam rangka mencapai tujuan MDGs yaitu memerangi HIV/AIDS ini, dalam target 6B yaitu mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua, maka strategi yang telah ditetapkan untuk mencapai target tersebut di tahun 2015 yaitu :

1. Meningkatkan akses melalui penguatan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kemampuan dan sumber daya yang memadai untuk mengantisipasi dan menghadapi epidemi yang ada
2. Meningkatkan mobilisasi masyarakat untuk meningkatkan upaya pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV/AIDS pada populasi rentan
3. Mobilisasi sumber dana untuk penanggulangan HIV/AIDS
4. Meningkatkan koordinasi lintas sektor dan *good governance*
5. Memperkuat sistem informasi dan sistem monitoring dan evaluasi

*Target 6C: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru Malaria dan penyakit utama lainnya hingga tahun 2015*

Selanjutnya berkaitan dengan target 6C maka strategi yang telah ditetapkan oleh pemerintah provinsi DIY untuk mengendalikan penyebaran dan menurunkan jumlah kasus baru malaria dan penyakit utama lainnya adalah :

1. Peningkatan penemuan kasus baru/ import
2. Peningkatan peran serta masyarakat dalam deteksi kasus baru/import
3. Peningkatan akses pelayanan kesehatan terhadap penderita malaria

Strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan terhadap penderita malaria dengan memfasilitasi pembiayaan tenaga volunteer penemu penderita yang disebut sebagai tenaga Juru Malaria Desa (JMD) untuk penemuan penderita malaria secara aktif serta menjamin ketersediaan sarana pemeriksaan parasitologi malaria hingga ke tingkat desa, yang disebut dengan laboratorium desa. Sementara untuk upaya pencegahan merebaknya malaria dan mengendalikan meluasnya penularan dilakukan dengan strategi pemakaian kelambu terutama untuk populasi berisiko tinggi (ibu hamil dan anak balita), dan pengendalian vektor nyamuk penular malaria.

Untuk mengendalikan vektor nyamuk dewasa, di daerah endemis dilakukan penyemprotan dalam rumah atau IRS (*Indoor Residual Spraying*) dan penyemprotan lingkungan. Pengobatan malaria sejak tahun 2008 menggunakan obat kombinasi ACT (*artemisin/artesunat dan amodiaquine*) sebagai pilihan pertama untuk membunuh parasit plasmodium, dan primaquin selama 14 hari untuk membunuh stadium gamet parasit plasmodium sehingga pemerintah kabupaten/kota menjamin ketersediaan obat kombinasi ACT di masyarakat.



## Tujuan 7.

### Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

*Target 7A: Memadukan prinsip-prinsip pembangunan yang berkesinambungan dalam kebijakan dan program nasional serta mengurangi kerusakan pada sumber daya lingkungan*

Untuk pencapaian target ini strategi yang ditetapkan berfokus pada perlindungan dan pelestarian lingkungan hutan, pengurangan konsumsi ozon serta membangun kerjasama dengan berbagai pihak. Adapun secara rinci strategi yang akan dilaksanakan dalam pencapaian target ini antara lain :

1. Memantapkan dan melindungi keberadaan kawasan hutan dan kawasan konservasi
2. Melaksanakan rehabilitasi, konservasi, serta optimalisasi fungsi dan manfaat sumber daya hutan
3. Meningkatkan peran serta masyarakat, LSM, Swasta, Perguruan Tinggi dalam pengelolaan SDH
4. Meningkatkan upaya rehabilitasi lahan kritis melalui tanaman penguat teras, gully plug
5. Melaksanakan intensifikasi pertanian dan peternakan serta diversifikasi komoditas
6. Mengurangi emisi karbondioksida melalui penggunaan energi ramah lingkungan/energi alternatif dan pengembangan biogas
7. Mengurangi jumlah konsumsi bahan perusak ozon melalui peningkatan melalui peran serta masyarakat dalam kampanye lingkungan terkait dengan pengurangan penggunaan refrigeran

*Target 7B: Menanggulangi kerusakan keanekaragaman hayati dan mencapai penurunan tingkat kerusakan yang signifikan pada tahun 2010*

Berdasarkan pada arah kebijakan untuk menanggulangi kerusakan keanekaragaman hayati dan kerusakannya ini, terdapat dua strategi yang akan dilaksanakan oleh pemerintah Daerah Istimewa Yogyakarta yaitu :

1. Memantapkan dan melindungi keberadaan kawasan hutan dan kawasan Konservasi
2. Meningkatkan peran serta masyarakat, LSM, Swasta, Perguruan Tinggi dalam pengelolaan SDH

*Target 7C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum yang layak dan sanitasi dasar hingga tahun 2015*

Dalam rangka mencapai target penurunan proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum yang layak dan sanitasi dasar ini, telah ditetapkan enam strategi sebagai berikut :

Strategi penurunan proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum:

1. Meningkatkan jaringan pelayanan PDAM melalui pengembangan Sistem Penyediaan Air Minum Ibu Kota Kecamatan (SPAM – IKK) untuk memperluas penyediaan air minum layak di perkotaan.
2. Pembinaan dan penyehatan PDAM dalam rangka meningkatkan kinerja pelayanan penyediaan air minum.
3. Pengembangan Sistem Penyediaan Air Minum Perdesaaan (SPAMDes) untuk penanganan permasalahan kesulitan akses air minum di kawasan perdesaaan.
4. Pengembangan Penyediaan Air Minum Berbasis Masyarakat (PAMSIMAS) secara komunal dengan melibatkan masyarakat secara langsung pada proses identifikasi permasalahan, perencanaan, pelaksanaan, pengelolaan, dan pemeliharannya.
5. Perkuatan kelembagaan pengelolaan prasarana dan sarana dasar penyediaan air minum

Strategi penurunan proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum:

1. Optimalisasi sistem pengelolaan air limbah domestik terpusat pada Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) Sewon, melalui pengembangan Jaringan Perpipaan dan Sambungan Rumah (SR), untuk melayani penanganan air limbah domestik di Kawasan Perkotaan Yogyakarta (KPY).
2. Pengembangan Sanitasi Berbasis Masyarakat (SANIMAS) secara komunal dengan melibatkan masyarakat secara langsung pada proses identifikasi permasalahan, perencanaan, pelaksanaan, pengelolaan, dan pemeliharannya.
3. Perkuatan kelembagaan pengelolaan prasarana dan sarana dasar penyediaan sanitasi.
4. Pemberdayaan masyarakat perdesaaan dan bantuan teknis penyediaan prasarana dan sarana dasar sanitasi layak bagi masyarakat perdesaaan.

*Target 7D: Mencapai peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di permukiman kumuh pada tahun 2020*

Dalam rangka pencapaian target 7 D ini terdapat 3 fokus strategi yang dilaksanakan berkaitan dengan pencapaian peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di permukiman kumuh pada tahun 2020 ini, sebagai berikut :

1. Penataan kawasan padat penduduk dan kumuh melalui konsolidasi lahan dan pengembangan hunian vertikal (rusunawa).
2. Mendorong pemanfaatan potensi lembaga pembiayaan keuangan lokal dalam pembiayaan perumahan bagi masyarakat berpenghasilan rendah (MBR).
3. Penyediaan prasarana dan sarana dasar permukiman bagi penanganan kawasan kumuh

**c. Target Kinerja Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs)**



**Tujuan 1.**  
**Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan**

Target kinerja yang telah ditetapkan untuk mencapai tujuan 1 yaitu menanggulangi kemiskinan dan kelaparan tergambar dalam Tabel 2.1. berikut:

Tabel 2.1.  
Target Kinerja Tujuan 1 Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

Indikator	Capaian 2010	Target					Penanggungjawab	
		2011	2012	2013	2014	2015		
<i>Target 1 A : Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari 1 US dollar 19 PPP) per hari dalam kurun waktu 1990-2015.</i>								
1.1.	Tingkat kemiskinan berdasarkan garis kemiskinan nasional	16,83	15,52	14,22	12,91	11,61	10,30	Dinsos
1.2.	Indeks Kedalaman Kemiskinan	2,85	2,78	2,71	2,64	2,57	2,5	Dinsos
<i>Target 1 B : Mewujudkan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda</i>								
1.4	Laju PDRB per tenaga kerja	2,08	2,11	2,14	2,18	2,21	2,24	Disnaker
1.5	Rasio kesempatan kerja terhadap penduduk usia 15 tahun ke atas	65,79	Meningkat	Meningkat	Meningkat	Meningkat	Meningkat	Disnaker
Indikator	Capaian 2010	Target					Penanggungjawab	
		2011	2012	2013	2014	2015		
1.7	Proporsi tenaga kerja yang berusaha sendiri dan pekerja bebas keluarga terhadap total kesempatan kerja	32,62	Menurun	Menurun	Menurun	Menurun	Menurun	Disnaker
<i>Target 1C : Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990-2015</i>								
1.8	Prevalensi balita dengan berat badan rendah/kekurangan gizi	11,3	11,3	11,3	11,3	11,3	10	Dinkes
1.8a	Prevalensi balita gizi buruk	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1	Dinkes

1.8b	Prevalensi balita gizi kurang	9,9	8,92	7,94	6,96	5,98	5	Dinkes
1.9	Proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum i							Dinkes BPPM
	1.400 Kkal/kapita/hari	20,68	19,7	18,72	17,74	16,76	8,5	
	2000 Kkal /kapita/hari	71,73	70,75	69,77	68,79	67,81	35,32	



## Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua

Dalam rangka mencapai tujuan 2 ini ditetapkan target indikator kinerja sehingga kemajuan pencapaian target masing-masing indikator dapat diukur. Untuk target kinerja tujuan 2 ditetapkan target yang ditampilkan pada Tabel 2.2 berikut :

Tabel 2.2.  
Target Kinerja Tujuan 2 Mencapai Pendidikan Dasar Untuk Semua

Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua	Capaian 2010	Target					Penanggung jawab	
		2011	2012	2013	2014	2015		
Target 2A : Menjamin pada 2015 semua anak-anak, laki-laki maupun perempuan dimanapun dapat menyelesaikan pendidikan dasar								
2.1	Angka Partisipasi Murni di sekolah dasar (SD/MI/SDLB/Pkt.A)	94,76 (BPS)	95,50	96,50	97,50	98,50	100,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disdikpora</li> <li>Kanwil Kemenag</li> </ul>
2.2.	Proporsi murid di kelas 1 yang berhasil menamatkan Sekolah Dasar (SD/MI/SDLB/Pkt.A)	93,26 (Disdikpora DIY)	94,00	94,75	95,50	96,25	100,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disdikpora</li> <li>Kanwil Kemenag</li> </ul>
2.3.	Angka melek huruf usia 15-24 tahun perempuan dan laki-laki	100,00 (BPS)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disdikpora</li> <li>Kanwil Kemenag</li> </ul>
2.4.	Angka Partisipasi Murni sekolah lanjutan tingkat pertama (SMP/MTs/Pkt.B)	75,55 (BPS)	78,00	79,50	81,00	82,50	84,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disdikpora</li> <li>Kanwil Kemenag</li> </ul>





### Tujuan 3.

## Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

Penetapan target kinerja masing-masing indikator akan mempermudah dalam mengukur bagaimana kemajuan masing-masing indikator dalam tujuan 3 ini akan dicapai. Berdasarkan pada kondisi saat ini tentang capaian masing-masing indikator, ditetapkan target yang disajikan pada Tabel 2.3.

Tabel 2.3.  
Target Kinerja Tujuan 3 Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

Indikator	Capaian 2010	Target					Penanggung jawab	
		2011	2012	2013	2014	2015		
Target 3A : Menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005, dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015								
3.1.	Rasio anak perempuan terhadap anak laki-laki di tingkat pendidikan dasar, lanjutan, dan tinggi							
	▪ Rasio APM perempuan laki-laki di tingkat SD/MI/SDLB/Paket A	102,19 % (BPS)	102,00	101,50	101,00	100,50	100,00	▪ Disdikpora ▪ Kanwil Kemenag ▪ BPPM
	▪ Rasio APM perempuan laki-laki di tingkat SMP/MTs/SMPLB Paket B	114,32 % (BPS)	111,50	108,50	105,50	102,50	100,00	▪ Disdikpora ▪ Kanwil Kemenag ▪ BPPM
	▪ Rasio APM perempuan laki-laki di tingkat SMA/MA/SMALB/S MK/Pkt C	94,69 (BPS)	95,50	96,50	97,50	98,50	100,00	▪ Disdikpora ▪ Kanwil Kemenag ▪ BPPM
	▪ Rasio APM perempuan laki-laki di tingkat PT	76,35 (BPS)	81,50	86,50	91,50	96,50	100,00	▪ Disdikpora ▪ Kanwil Kemenag ▪ BPPM ▪ Kopertis V
3.1a	Rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki usia 15-24 tahun, yang diukur melalui angka melek huruf perempuan/laki-laki (indeks melek huruf gender).	100 (BPS)	100	100	100	100	100	▪ Disdikpora ▪ Kanwil Kemenag ▪ BPPM

3.2.	Kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor nonpertanian.	37,41	37,86	38,32	38,77	39,23	39,86	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disnaker trans</li> <li>▪ BPPM</li> </ul>
3.3.	Proporsi kursi DPRD yang diduduki perempuan: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DPRD DIY</li> <li>▪ DPRD se DIY</li> </ul>	21,82 15,64				30 30	30 30	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KPU</li> <li>▪ BPPM</li> </ul>



#### Tujuan 4.

#### Menurunkan Angka Kematian Anak

Target kinerja yang telah ditetapkan oleh pemerintah provinsi DIY berkaitan dengan tujuan 4 yaitu menurunkan angka kematian anak sebagai ditampilkan pada Tabel 2.4 berikut:

Tabel 2.4.  
Target Kinerja Tujuan 4 Menurunkan Angka Kematian Anak

Indikator	Capaian 2010	Target					Penanggung jawab	
		2011	2012	2013	2014	2015		
Target 4A :Menurunkan angka kematian balita (AKBA) sebesar dua per tiganya, antara 1990 dan 2015								
4.1.	Angka kematian balita per 1000 kelahiran hidup	19	17	16	16	16	16	Dinkes
4.2.	Angka kematian bayi per 1000 kelahiran hidup	17	16	16	16	16	16	Dinkes
4.3	Persentase anak dibawah satu tahun yang di imunisasi campak	96,4	100	100	100	100	100	Dinkes



## Tujuan 5.

### Meningkatkan Kesehatan Ibu

Berdasarkan pada kondisi capaian target MDGs pada masing-masing indikator, maka selanjutnya ditetapkan target kinerja pertahun sampai dengan tahun 2015 sebagai berikut :

Tabel 2.5.  
Target Kinerja Tujuan 5 Meningkatkan Kesehatan Ibu

Indikator	Capaian 2010	Target					Penanggung jawab
		2011	2012	2013	2014	2015	
<b>Tujuan 5. Meningkatkan Kesehatan Ibu</b>							
<b>Target 5 A. Menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990 – 2015</b>							
5.1 Angka Kematian Ibu per 100.000 kelahiran hidup	103	102	101	100	100	100	Dinkes
5.2. Proporsi Kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan terlatih	97,7	95,7	95,8	96	97	99	Dinkes
<b>Target 5B: Mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015</b>							
5.3. Angka pemakaian kontrasepsi /CPR bagi perempuan menikah usia 15-49, semua cara dan cara modern	79,08	79,26	79,45	79,63	79,82	80	BKKBN
5.4. Angka kelahiran remaja (perempuan usia 15-19 tahun) per 1.000 perempuan usia 15-19 tahun	24	24	24	24	24	24	BKKBN
5.5. Cakupan pelayanan Antenatal (sedikit nya satu kali kunjungan dan empat kali kunjungan)							
- 1 kunjungan:	100	98	98,5	99	99,5	100	Dinkes
- 4 kunjungan:	89	93	94	94,5	94,8	95	Dinkes
5.6. <i>Unmet Need</i> (kebutuhan keluarga berencana/KB yang tidak terpenuhi)	6,8	6,44	6,08	5,72	5,36	5	BKKBN



## Tujuan 6.

### Memerangi HIV/AIDS, Malaria dan Penyakit Menular lainnya

Dalam mencapai tujuan 6 ini yaitu memerangi HIV/AIDS, Malaria dan Penyakit Menular lainnya ini telah ditetapkan target indikator kinerja pertahun, mulai dari tahun 2011 sampai dengan tahun 2015 sebagai berikut :

Tabel 2.6.  
Target Kinerja Memerangi HIV/AIDS, Malaria dan Penyakit Menular Lainnya

Indikator	Capaian 2010	Target					Penang gung jawab
		2011	2012	2013	2014	2015	
<b>Tujuan 6: Memerangi HIV/AIDS, Malaria dan Penyakit Menular Lainnya</b>							
<b>Target 6A: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV/AIDS hingga tahun 2015</b>							
6.1. Prevalensi HIV/AIDS(perse n) dari total Populasi	0,04	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5	Dinkes
6.2. Penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi terakhir	Belum ada data	55 P: 35 L: 20	75 P: 45 L: 30	90 P: 50 L: 40	105 P: 55 L: 50	120 P: 60 L: 60	Dinkes
6.3. Proporsi jumlah penduduk usia 15-24 tahun yang memiliki penge tahuan komprehensif tentang HIV/AIDS	14,1	70	75	80	80	80	Dinkes
<b>Target 6B: Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2010</b>							
6.5. Proporsi penduduk terinfeksi HIV lanjut yang me miliki akses pada obat- obatan an retroviral	76	75	80	85	90	90	Dinkes
Indikator	Capaian 2010	Target					Penang gung jawab
		2011	2012	2013	2014	2015	
<b>Target 6C: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru Malaria dan penyakit utama lainnya hingga tahun 2015</b>							
5.6. Angka kejadian	0,0017	0,0017	0,0017	0,0017	0,0017	0,0017	Dinkes

malaria dan angka kematiannya							
6.7. Proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida	100	100	100	100	100	100	Dinkes
6.9a Angka kejadian Tuberkulosis (semua kasus/100.000 penduduk/tahun)	69,89	72	76,5	81	82	83,5	Dinkes
6.9b Tingkat prevalensi Tuberkulosis (per 100.000 penduduk)	34,13	38,41	41,6	44,8	44,8	44,8	Dinkes
6.9c Tingkat kematian karena Tuberkulosis (per 100.000 penduduk)	4	4	4	4	4	4	Dinkes
6.10. Proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dan diobati dalam program DOTS							Dinkes
6.10a Proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dalam program DOTS	53,06	56	59	63	67	70	
6.10b Proporsi kasus Tuberkulosis yang diobati dan sembuh dalam program DOTS	77,06	83	84	85	85	85	



## Tujuan 7.

### Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

Berdasarkan pada kondisi capaian target MDGs pada masing-masing indikator, maka selanjutnya ditetapkan target kinerja pertahun tujuan 7 yaitu memastikan kelestarian lingkungan hidup sampai dengan tahun 2015 sebagaimana terlihat di tabel 2.7.

Tabel 2.7.  
Target Kinerja Tujuan 7 Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

Indikator MDGs	Capaian (2010)	Target RAD Percepatan					Penang gung Jawab
		2011	2012	2013	2014	2015	
Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup							
<i>Target 7 A: Memadukan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumber daya lingkungan yang hilang.</i>							
7.1. Rasio luas kawasan tertutup pepohonan berdasarkan pemotretan citra satelit dan survey foto udara terhadap luas daratan	39,85% (2011)	40	40,20	40,40	40,80	50	BLH
7.2. Jumlah emisi karbon dioksida (CO2)	3.002.739	3.132.849	3.262.960	3.393.070	3.523.181	3.653.291	BLH
7.3. Jumlah konsumsi bahan perusak ozon (BPO)	35 metrik ton (2010)	34	33	32	31	30 metrik ton 0 CFCs	BLH
7.4. Proporsi tangkapan ikan yang berada dalam batasan biologis yang aman	14,68	17,08	18,50	20,08	22,05	24,26	BLH
Indikator MDGs	Capaian (2010)	Target RAD Percepatan					Penang gung Jawab
		2011	2012	2013	2014	2015	
7.5. Rasio luas kawasan lindung untuk menjaga kelestarian keanekaragaman hayati terhadap total luas kawasan hutan	6,59	6,77	6,95	7,14	7,32	7,50	BLH
7.6. Rasio kawasan lindung perairan terhadap total luas perairan territorial	0	1ha	2ha	3ha	4ha	5 ha	BLH

<i>Target 7C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum yang layak dan sanitasi dasar hingga tahun 2015</i>							
7.8 Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak perkotaan dan perdesaan	60,41%	64,33%	68,25%	72,16%	76,08%	80,00%	Kem. PU, Dinas PUPESDM DIY, Dinas Kesehatan DIY & Pem. Kab/Kota
7.8.a. Perkotaan	54,50%	59,60%	64,70%	69,80%	74,90%	80,00%	
7.8.b. Perdesaan	73,12%	74,50%	75,87%	77,25%	78,62%	80,00%	
7.9 Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi layak perkotaan dan perdesaan	81,85%	83,48%	85,11%	86,74%	88,37%	90,00%	Kem. PU, Dinas PUPESDM DIY, Dinas Kesehatan DIY & Pem. Kab/Kota
7.9.a. Perkotaan	89,71%	90,77%	91,83%	92,88%	93,94%	95,00%	
7.9.b. Perdesaan	72,78%	76,22%	79,67%	83,11%	86,56%	90,00%	

Indikator MDGs	Capaian (2010)	Target RAD Percepatan					Penanggung Jawab
		2011	2012	2013	2014	2015	
TARGET 7D: Mencapai peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin dipermukiman kumuh (minimal 100 juta) pada tahun 2020							
7.10. Proporsi rumah tangga kumuh perkotaan	5,10	4,59	4,13	3,72	3,35	3,01	Kem. PU, Dinas PUPESDM DIY & Pem. Kab/Kota

#### D. Program dan Kegiatan Pecepatan Pencapaian Target Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs)



##### Tujuan 1.

##### Menanggulangi kemiskinan dan kelaparan

*Target 1A: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari US\$ 1 (PPP) per hari dalam kurun waktu 1990 - 2015*

Setelah strategi ditetapkan maka selanjutnya dioperasionalkan dalam berbagai program dan kegiatan untuk mencapai target masing-masing indikator yang telah ditetapkan. Untuk target menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari 1 US dollar perhari ini telah disusun berbagai program dan kegiatan sebagai berikut :

1. Program Pemberdayaan Fakir Miskin, dan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) Lainnya.
2. Program Pelayanan dan Rehabilitasi Kesejahteraan Sosial
3. Program Pembinaan Anak Terlantar.
4. Program Pembinaan Para Penyandang Cacat dan Trauma
5. Program Pembinaan Panti Asuhan/Panti Jompo.
6. Program pembinaan dan penyandang penyakit sosial (eks narapidana, PSK, narkoba dan penyakit sosial lainnya )
7. Program Pemberdayaan Kelembagaan Kesejahteraan Sosial.
8. Program Peningkatan Kemandirian Masyarakat (PNPM) di BPPM
9. Fasilitasi dan Koordinasi PNPM-MP oleh BPPM
10. Pemberdayaan masyarakat pesisir
  - a. Pemberdayaan Ekonomi Masyarakat Pesisir
  - b. Pemberdayaan Masyarakat Pesisir dan Pengembangan Usaha
  - c. Pengembangan Sistem Penyuluhan Kelautan dan Perikanan
  - d. Pengembangan dan Pengelolaan Perikanan Tangkap
  - e. Pembinaan dan Pengembangan Kapal Perikanan, Alat Penangkap Ikan, dan Pengawakan Kapal Perikanan
  - f. Pengembangan Pembangunan dan Pengelolaan Pelabuhan Perikanan
  - g. Pengembangan Usaha Penangkapan Ikan dan Pemberdayaan Nelayan Skala Kecil

Berdasarkan program yang ditetapkan tersebut kegiatan yang direncanakan adalah sebagai berikut:

1. Pelatihan Ketrampilan Berusaha Bagi Keluarga Miskin



2. Pelatihan Keterampilan Bagi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial
3. Pelaksanaan KIE Konseling dan Kampanye Sosial Bagi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS)
4. Pelayanan Psikososial Bagi PMKS di Trauma Center termasuk Bagi Korban Bencana
5. Peningkatan Kualitas Pelayanan, Sarana dan Prasarana Rehabilitasi Kesejahteraan Sosial Bagi PMKS
6. Penyusunan Kebijakan Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial bagi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial
7. Koordinasi Perumusan Kebijakan dan Sinkronisasi Pelaksanaan Upaya-upaya Penanggulangan Kemiskinan
8. Penanganan Masalah-masalah Strategis Yang Menyangkut Tanggap Cepat Darurat dan Kejadian Luar Biasa
9. Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan Program Pelayanan dan Rehabilitasi Kesejahteraan Sosial
10. Pelatihan Keterampilan dan Praktek Belajar Kerja Bagi Anak Terlantar
11. Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan Program Pembinaan Anak Terlantar
12. Pendidikan dan Pelatihan Bagi Penyandang Cacat dan Eks Trauma
13. Pendayagunaan Para Penyandang Cacat dan Eks Trauma
14. Monitoring dan Evaluasi Program Pembinaan Para Penyandang Cacat dan Trauma
15. Pendidikan dan Pelatihan Bagi Penghuni Panti Asuhan/Jompo
16. Pendidikan dan Pelatihan Keterampilan Berusaha Bagi Penyandang Penyakit Sosial
17. Monitoring dan Evaluasi Program Pembinaan Penyandang Penyakit Sosial
18. Peningkatan Peran Aktif Masyarakat dan Dunia Usaha
19. Peningkatan Jejaring Kerjasama Pelaku-Pelaku Usaha Kesejahteraan Sosial Masyarakat
20. Pengembangan Model Kelembagaan Perlindungan Sosial
21. Peningkatan dan Pelestarian Nilai-Nilai Kepahlawanan, Keperintisan dan Kesetiakawanan Sosial (K3S)

*Target 1B: Mewujudkan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda*

1. Peningkatan Kualitas dan Produktivitas Tenaga Kerja
  - a. Pelatihan kewirausahaan produktif
  - b. Pelatihan berbasis kompetensi
  - c. Penyelenggaraan pemagangan dalam dan luar negeri
  - d. Fasilitasi peserta pemagangan ke perusahaan untuk alumni pelatihan BLK/LPK/Lembaga Pendidikan Kejuruan
  - e. Pelatihan dan fasilitasi teknisi HP bagi pencari kerja
  - f. Pelatihan keterampilan pencari kerja untuk penempatan
  - g. Pelatihan keterampilan untuk tenaga kerja mandiri
  - h. Pelatihan keterampilan institusional bagi pencari kerja

- i. Pelatihan ketrampilan keliling mobil training unit
- j. Pelatihan ketrampilan swadana
- k. Pelatihan ketrampilan teknologi tepat guna untuk usaha mandiri
- l. Pelatihan manajemen usaha dan produktivitas bagi ukm di pedesaan
- m. Pelatihan produktivitas kerja bagi pengembangan usaha swadaya masyarakat
- n. Pemberdayaan lembaga pelatihan kerja
- o. Pengembangan produktivitas melalui pelatihan kewirausahaan
- p. Sertifikasi uji kompetensi tenaga kerja di bidang otomotif, pariwisata, dan listrik
- q. Fasilitasi peserta pemagangan ke jepang
- r. Pembinaan peserta pasca pemagangan ke perusahaan
- s. Pembinaan peserta pasca pemagangan ke jepang
- t. Pendidikan dan pelatihan ketrampilan AMT bagi pencari kerja
- u. Pelatihan manajemen usaha bagi mantan peserta MTU

## 2. Peningkatan kesempatan kerja

- a. Perluasan kesempatan kerja
- b. Bimbingan usaha bagi pencari kerja lulusan SMK
- c. Bimbingan usaha bagi penyandang cacat
- d. Bimbingan usaha berbasis tepat guna bagi pencaker lulusan SD dan SLTP
- e. Fasilitasi KKPBI (kelompok kerja produksi buruh informal)
- f. Fasilitasi penempatan tenaga kerja melalui mekanisme AKAD
- g. Fasilitasi purna tenaga kerja indonesia (TKI) usaha mandiri
- h. Padat karya infrastruktur
- i. Pembentukan kelompok usaha melalui perluasan kerja sistem padat karya (PKSPK) dan pendampingan
- j. Pembentukan wirausaha baru melalui pendayagunaan tenaga kerja mandiri terdidik (TKMT) dan pendampingan
- k. Pembentukan wirausaha baru melalui pendayagunaan tenaga kerja pemuda mandiri profesional (TKPMP) dan pendampingan
- l. Pemberdayaan tenaga kerja akibat PHK
- m. Pembinaan dan pengembangan tenaga kerja mandiri sektor informal (TKMSI)
- n. Pendayagunaan tenaga kerja sukarela (TKS) dan pendampingan
- o. Penyelenggaraan bursa kerja terbuka
- p. Pembinaan dan peningkatan kesempatan kerja bagi wanita pelaku usaha

## 3. Perlindungan dan pengembangan lembaga tenaga kerja

- 1. Pelatihan usaha produktif dan pemberdayaan bagi buruh penghasilan rendah (miskin)
- 2. Pembinaan kesejahteraan buruh gendong

## 4. Transmigrasi

- a. Pengerahan dan penempatan transmigrasi

5. Pengembangan usaha perikanan
  - a. Pengembangan Budidaya Perikanan
  - b. Pengembangan Sistem Perbenihan Ikan
  - c. Pengembangan Sistem Prasarana dan Sarana Pembudidayaan Ikan
  - d. Pengembangan Sistem Produksi Pembudidayaan Ikan
  - e. Pengembangan Sistem Usaha Pembudidayaan Ikan
  - f. Optimalisasi Pengelolaan dan Pemasaran Produksi Perikanan
  - g. Fasilitasi Penguatan dan Pengembangan Pemasaran Dalam Negeri Hasil Perikanan
  - h. Fasilitasi Pengembangan Industri Pengolahan Hasil Perikanan
  - i. Fasilitasi Pengembangan Produk Hasil Perikanan Non Konsumsi
  - j. Fasilitasi Pembinaan dan Pengembangan Sistem Usaha dan Investasi Perikanan

*Target 1C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990 – 2015*

Untuk mencapai target kinerja pada tahun 2015, target C yaitu menurunkan hingga setengahnya prporisi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1999-2015 ditetapkan program dan kegiatan sebagai berikut:

1. Program
  - a. Pembinaan Gizi Masyarakat
  - b. Pelayanan gizi/Pencegahan Masalah Gizi
  - c. Penanganan Masalah gizi
  - d. Pembinaan gizi melalui pemberdayaan masyarakat
  - e. Surveilance gizi
2. Kegiatan
  - a. Pelatihan tatalaksana gizi buruk bagi petugas Puskesmas dan Rumah Sakit
  - b. Penyediaan obat program gizi
  - c. Perawatan gizi buruk
  - d. Penyediaan operasional posyandu
  - e. Pelatihan ulang kader
  - f. Pelatihan pemantauan pertumbuhan bagi petugas
  - g. Pembinaan kader
  - h. Kampanye kadarzi, ASIE, Vit A, tablet Fe
  - i. Pelatihan konselor menyusui
  - j. Advokasi dan sosialisasi peningkatan pemberian ASI
  - k. Pengembangan dan pengadaan media KIE
  - l. Pemantauan konsumsi garam beryodium
  - m. Pengadaan tes kit garam beryodium
  - n. Pelaksanaan surveilance gizi di Kab/kota
  - o. Penyegaran pedoman surveilance gizi
  - p. Pelacakan kasus gizi buruk

- q. Penyediaan PMT pemulihan bagi balita gizi buruk dan Ibu hamil KEK
- r. Penyusunan, penggandaan, sosialisasi pedoman.
- s. Monitoring dan evaluasi.



## Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua

*Target 2A: Menjamin pada 2015 semua anak-anak, laki-laki maupun perempuan dimanapun dapat menyelesaikan pendidikan dasar*

Berdasarkan pada capaian target pada tujuan 2 ini yaitu mencapai pendidikan dasar untuk semua maka pemerintah provinsi DIY telah menetapkan serangkaian program dan kegiatan sampai dengan tahun 2015 sebagai berikut :

1. Dinas Dikpora
  - a. Program Wajar Pendidikan Dasar 9 Tahun
    - 1) Penyediaan Bantuan Operasional Sekolah Daerah (BOSDA)
    - 2) Penyediaan Beasiswa Retrieval bagi anak putus sekolah
    - 3) Pengembangan SMP bertaraf Internasional
    - 4) Penyelenggaraan Paket B
    - 5) Pengembangan & Pembinaan Gugus SD dan Perpustakaan SD
    - 6) Pembinaan Olimpiade Olahraga Siswa Nasional (OOSN) SD
    - 7) Pembinaan Olimpiade Sain Nasional (OSN) SD
    - 8) Seleksi, Pembinaan dan Pengiriman Seni TK/SD
    - 9) Lomba dan Pembinaan Olimpiade Olahraga Siswa Nasional (OOSN) SMP
    - 10) Lomba dan Pembinaan Festival dan Lomba Seni Siswa Nasional (FLSSN) SMP
    - 11) Lomba dan Pembinaan Olimpiade Sain Nasional (OSN) SMP
    - 12) Lomba Motivasi Belajar Mandiri SMP Terbuka
    - 13) Pengembangan Pembelajaran Multikultur dan kearifan lokal di SMP
    - 14) Pengembangan Pembelajaran Multikultur dan kearifan lokal di SD
    - 15) Pembinaan Sekolah Sehat dan Dokter kecil
    - 16) Gladi dan Pembinaan Lomba Penelitian Ilmiah Remaja ( LPIR) SMP
    - 17) Pengembangan dan Pembinaan Club Olahraga SD
  - b. Program Pendidikan Luar Biasa
    - 1) Pembangunan gedung sekolah
    - 2) Pengadaan buku- buku dan alat tulis siswa
    - 3) Pengadaan alat praktek dan peraga siswa
    - 4) Pengadaan mebelair sekolah
    - 5) Pengadaan perlengkapan sekolah

- 6) Pengadaan alat ketrampilan
  - 7) Pengadaan sarana mobilitas sekolah
  - 8) Rehabilitasi sedang/berat bangunan sekolah
  - 9) Pengembangan kurikulum
  - 10) Pembinaan forum masyarakat peduli pendidikan/ Sosialisasi 5 Kabupaten/Kota
  - 11) Pembinaan minat, bakat dan kreativitas siswa (Gebyar )
  - 12) Special Olympic Indonesia (SOIna)
  - 13) Bantuan Operasional Sekolah (BOS)
  - 14) Pemberian beasiswa Magang
  - 15) Pemberian Makanan Tambahan Anak Sekolah (PMTAS)
  - 16) Pemberian layanan kesehatan siswa
  - 17) Koordinasi pembinaan SLB
  - 18) Koordinasi Ketua Yayasan SLB
  - 19) Koordinasi GPK (Guru Pembimbing Khusus) Sekolah Inklusi
  - 20) Supervisi Pengawas SLB
  - 21) Pendidikan Berbasis Kearifan Lokal (Bahasa Jawa , Kesenian , dll )
  - 22) Peningkatan ketrampilan guru SLB
  - 23) Koordinasi Kepala Sekolah Penyelenggara Pendidikan Inklusif (SPPI)
  - 24) Peningkatan pengelolaan assesment guru
  - 25) Peningkatan kompetensi guru braille
  - 26) Kompetensi penanganan siswa autis
  - 27) Komptensi guru SLB dan Guru Pembimbing Khusus (GPK) SLB
  - 28) Peningkatan Kompetensi Guru Bhs Inggris SLB
  - 29) Peningkatan Kompetensi Pengelola Komputer Guru SLB
  - 30) Pengembangan Sekolah Model
  - 31) Pengembangan Resource Centre
  - 32) Jambore Pendidikan Khusus-Pendidikan Layanan Khusus (PK-PLK)
  - 33) Pembrailan Buku
  - 34) Pendataan Sekolah SLB
  - 35) Diklat Guru Sekolah Penyelenggara Pendidikan Inklusif (SPPI)
- c. Program Peningkatan Mutu Pendidik dan Tenaga Kependidikan
- 1) Bimbingan Teknis Ujian Nasional SMP
  - 2) Pembinaan Tim Pengembang Kurikulum SMP
  - 3) Pengembangan Kurikulum Muatan Lokal SMP
  - 4) Pengembangan *Lesson Study* SMP
  - 5) Pembinaan dan Pengembangan Tim Pengembang Kurikulum SD
  - 6) Pembinaan dan pengembangan Bank Soal
  - 7) Pembinaan dan Pengembangan Gugus SD Berbasis budaya dan karakter bangsa
  - 8) Diklat Bagi Pendidik dan Tenaga Kependidikan berbasis keunggulan lokal
  - 9) Pengembangan Sistem Penilaian SMP

- 10) Peningkatan Mutu Pendidik SLB Non PLB
- 11) Pelaksanaan Sertifikasi Pendidik
- 12) Diklat Magang bagi Guru yang Lulus Sertifikasi
- 13) Pengembangan Musyawarah Guru Mata Pelajaran (MGMP) SMP
- d. Program Manajemen Pelayanan Pendidikan
  - 1) Penyelenggaraan Ujian SD/MI
  - 2) Penyelenggaraan Ujian PNF
  - 3) Penyelenggaraan Ujian Sekolah
- e. Program Akselerasi Perwujudan Pendidikan Terkemuka
  - Kegiatan Pendampingan Program *Enhancement Quality Education* (EQE)
- 2. Kanwil Kemenag
  - a. Program Wajar Pendidikan Dasar 9 Tahun
    - 1) Pengembangan Pembelajaran Multikultur dan Kearifan Lokal di MI
    - 2) Bantuan Peningkatan Mutu Madrasah (BPMM) MI
    - 3) Pembangunan / Pengembangan Perpustakaan untuk MI
    - 4) Pengadaan peralatan laboratorium MI
    - 5) Pembangunan Ruang Kelas Baru (RKB) untuk MI
    - 6) Rehabilitasi ruang Kelas MI
    - 7) Bantuan Peningkatan Mutu Madrasah (BPMM) MTs
    - 8) Pembangunan Laboratorium untuk MTs
    - 9) Pengadaan peralatan laboratorium MTs
    - 10) Pembangunan Ruang Kelas Baru (RKB) untuk MTs
    - 11) Rehabilitasi ruang Kelas MTs
    - 12) Pemberdayaan Pusat Pengembangan Madrasah (PPM)
    - 13) Pengembangan Laboratorium PAI pada SD dan SMP
    - 14) Bantuan Buku Perpustakaan PAI pada SD dan SMP
  - b. Program Peningkatan Mutu Pendidik dan Tenaga Kependidikan
    - 1) Peningkatan Kualifikasi Guru Program S1
    - 2) Pengembangan Lesson Study MTs
    - 3) Pembinaan Kelompok Kerja Guru (KKG) MI
    - 4) Pemberdayaan Musyawarah Guru Mata Pelajaran (MGMP) MTs Tk. Provinsi
    - 5) Pembinaan Kelompok Kerja Guru (KKG) PAI SD
    - 6) Pembinaan Musyawarah Guru Mata Pelajaran (MGMP) PAI SMP
    - 7) Peningkatan Mutu Guru PAI SD
    - 8) Peningkatan Mutu Guru PAI SMP
    - 9) Peningkatan Mutu Guru Mapel Pada MI
    - 10) Peningkatan Mutu Guru Mapel Pada MTs
  - c. Program Manajemen Pelayanan Pendidikan
    - 1) Penyelenggaraan Ujian Nasional MI/MTs



### Tujuan 3.

## Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

*Target 3A: Menghilangkan ketimpangan gender ditingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005 dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015*

Berkaitan dengan capaian target 3 A yaitu menghilangkan ketimpangan gender ditingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005 dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015 telah ditetapkan berbagai program dan kegiatan sebagai berikut :

1. Program Pendidikan Dasar dan Menengah
2. Program Pendidikan Nonformal dan Informal
3. Program Perlindungan Tenaga Kerja
4. Pengembangan PUG Pendidikan
  - a. Komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) Gender bidang pendidikan
  - b. Fasilitasi Implementasi Sekolah Berwawasan Gender
  - c. Pengembangan model sekolah berwawasan gender
  - d. Pelatihan Penganggaran Responsif Gender bagi pengelola pendidikan
  - e. Monitoring dan Evaluasi Sekolah Berwawasan Gender
  - f. Training of Trainer (TOT) PUG Bidang Pendidikan
  - g. Pertemuan rutin Pokja PUG Bidang Pendidikan
5. Keserasian Kebijakan Peningkatan Kualitas Perempuan dan Anak
  - a. Inisiasi Desa Prima (Perempuan Indonesia Maju Mandiri)
6. Peningkatan kualitas hidup dan Perlindungan Perempuan
  - a. Fasilitasi Perlindungan Tenaga Kerja
  - b. Bina keluarga TKI
  - c. Sosialisasi Pergub tentang PRT
  - d. Pelatihan kecakapan hidup bagi perempuan pasca pendampingan
7. Peningkatan peran serta dan kesetaraan gender
  - a. Pameran hasil karya perempuan di bidang pembangunan
  - b. Pelatihan dan Pendidikan Politik Berwawasan Gender
  - c. Fasilitasi Penguatan Organisasi Perempuan



#### **Tujuan 4.**

#### **Menurunkan Angka Kematian Anak**

*Target 4A: Menurunkan Angka Kematian Balita (AKBA) sehingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990 – 2015*

Berdasarkan pada arah kebijakan dan strategi yang ditetapkan untuk mencapai target 4 A yaitu menurunkan Angka Kematian Balita sampai dengan tahun 2015 telah ditetapkan program dan kegiatan sebagai berikut :

##### 1. Program

1. Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak
2. Revitalisasi posyandu dalam rangka meningkatkan cakupan imunisasi, antara lain melalui pelatihan pemberian imunisasi sesuai standar, optimalisasi peran dan fungsi posyandu dalam penurunan AKBA

##### 2. Kegiatan

- a. Pembinaan Pelayanan Kesehatan neonatal
- b. Pembinaan Pelayanan Kesehatan bayi
- c. Pembinaan Pelayanan Kesehatan Anak Balita



#### **Tujuan 5.**

#### **Meningkatkan Kesehatan Ibu**

*Target 5A: Menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990- 2015*

Berkaitan dengan pencapaian target 5 A yaitu untuk menurunkan angka kematian ibu hingga tiga perempat dalam kurun waktu 1990-2015 ini, pemerintah provinsi DIY telah menyusun program berupa Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak dengan kegiatan sebagai berikut :

1. Pelatihan APN dan Evaluasi Pasca Latih
2. Kunjungan rumah untuk meningkatkan cakupan ibu nifas
3. Advokasi pembentukan Rumah Tunggu bagi bumil risti dan seluruh bumil di daerah geografis sulit tanpa fasilitas kesehatan di Kabupaten
4. Orientasi dan peningkatan pelaksanaan Kemitraan Bidan dan Dukun
5. Penyediaan fasilitas pertolongan persalinan di Puskesmas



6. Fasilitasi Pembuatan SK Bupati Walikota/ Perda Persalinan, rumah tunggu dan PONED
7. Kampanye KIE persalinan di fasilitas kesehatan dan kesiapan menghadapi komplikasi persalinan
8. Orientasi Bikor dalam melaksanakan Supervisi Fasilitatif
9. Pembinaan Puskesmas dalam pelaksanaan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) termasuk layanan swasta
10. Pembinaan Puskesmas dalam pemanfaatan Buku KIA
11. Pendataan Ibu Hamil
12. Pengadaan Paket Kelas Ibu untuk Puskesmas
13. Orientasi pembentukan kelas Ibu di Puskesmas
14. Orientasi ANC terpadu bagi puskesmas PONED
15. Fasilitasi perencanaan terpadu kab/kota dalam percepatan penurunan angka kematian ibu yang responsif gender (DTPS)
16. Pembentukan mobile team untuk memberikan pelayanan kesehatan ibu di DTPK
17. Penyediaan Kit pelayanan KB di faskes dasar yang memberikan pelayanan KB
18. *Update* (pemutakhiran) keterampilan pelayanan KB bagi Dokter dan Bidan di tingkat pelayanan dasar
19. Orientasi ABPK bagi Bidan Pustu/Poskesdes
20. Orientasi Pelayanan KB pasca persalinan
21. Pengadaan buffer stock alokon di tingkat Provinsi
22. Sweeping pelayanan KB bagi kab/kota dengan unmet need tinggi.
23. Orientasi/pelatihan fasilitas pelayanan yang ramah remaja bagi Puskesmas di Kab/Kota
24. Pengadaan buku pedoman panduan kesehatan remaja
25. Sosialisasi buku panduan kesehatan remaja
26. Pelatihan Konselor sebaya (Peer konselor)
27. Insersi ARH (Kespro) dalam kurikulum
28. Pelatihan PONED termasuk evaluasi pasca latih bagi tim PONED di puskesmas
29. Pelatihan pelayanan pasca keguguran untuk tim PONED
30. Penyediaan sarana & prasarana untuk PONED , KB, Pelayanan pasca keguguran
31. Penyediaan Ambulans PONED untuk mendukung rujukan PONED
32. Orientasi PKRE terpadu di Puskesmas PONED
33. Orientasi PP-KtP terpadu di Puskesmas PONED
34. Orientasi Surveilans kematian ibu dan AMP bagi tim AMP di kab/kota
35. Pengolahan data kematian ibu di kab/kota
36. Bintek Tim PONEK RS di Kab/Kota
37. Evaluasi pasca pelatihan tim PONEK RS (On the Job Training)
38. Pembinaan 4 Puskesmas oleh Tim PONEK RS (minimal 4 kali setahun per PKM)
39. Pelatihan klinis pelayanan KB di RS kab/kota
40. Pembinaan RS dan klinik swasta oleh RS PONEK (RS dan klinik yang ada di sekitar PONEK)

41. Pemenuhan standar sarana dan peralatan RS PONEK di kab/kota
42. Pembuatan SK Tim PONEK Kab/kota
43. Regional sistem rujukan maternal neonatal di kab/kota

*Target 5B: Mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015*

Berdasarkan pada strategi yang telah ditetapkan dalam rangka mencapai target 5 B yaitu mewujudkan akses kesehatan reproduksi pada semua pada tahun 2015 ini telah ditetapkan program sebagai berikut :

1. Pembinaan pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi untuk mendapatkan pelayanan antenatal,
2. Peningkatan persentase Cakupan Peserta KB Aktif (CPR) dan Unmet Need;
3. Peningkatan pelayanan statis dan mobile KB MOW, MOP, IUD, Implan, Suntik, Pil dan cabut impian.
4. Pembinaan pelayanan kesehatan ibu dan reproduksi dengan memberikan pelatihan fasilitas pelayanan yang ramah remaja bagi Puskesmas;
5. Peningkatan peran serta perusahaan dan masyarakat dalam program KB dengan advokasi penggerakkan KB;
6. Penyediaan media promosi dan KIE;
7. Penggerakan lini lapangan untuk promosi kesehatan reproduksi dan KB;
8. Peningkatan kualitas pengelola KRR dan PIK KRR.



### **Tujuan 6.**

### **Memerangi HIV/AIDS, Malaria dan Penyakit Menular lainnya**

*Target 6A: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV/AIDS hingga tahun 2015*

Berkaitan dengan pencapaian target 5 A yaitu mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV/AIDS hingga tahun 2015, pemerintah provinsi DIY telah menyusun program Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan dengan kegiatan Pengendalian Penyakit Menular Langsung dan sub kegiatan sebagai berikut :

1. Sero surveilans
2. Pelatihan surveilans
3. Promosi pencegahan HIV dan AIDS
4. Pelatihan VCT bagi TIM di fasilitas kesehatan
5. Dukungan sarana dan operasional untuk pembentukan layanan VCT bagi fasilitas kesehatan

6. Advokasi dan sosialisasi
7. Pengadaan kondom
8. Pelatihan IMS bagi TIM di fasilitas kesehatan
9. Dukungan sarana dan operasional untuk pembentukan layanan IMS bagi fasilitas kesehatan
10. Pelatihan pengurangan dampak buruk (*harm reduction*) bagi petugas di sarana kesehatan
11. Dukungan sarana dan operasional untuk pembentukan layanan pengurangan dampak buruk (HR)
12. Pengadaan metadon
13. Pelatihan PMTCT bagi petugas di sarana kesehatan
14. Dukungan sarana dan operasional untuk pembentukan layanan PMTCT
15. Pelatihan Manajemen program
16. Promosi pencegahan untuk kelompok risti
17. Penyuluhan ke Generasi muda (BPO)
18. TOT HIV komprehensif Bagi OSIS SMP dan SMA
19. Workshop MGMP Pelajaran Biologi, Penjas, BK SMP dan SMA
20. Pembahasan Muatan Lokal HIV Komprehensif
21. Uji coba Muatan Lokal HIV Komprehensif
22. Monitoring dan Evaluasi
23. Sosialisasi ke masyarakat untuk pembentukan Masyarakat Peduli HIV

*Target 6B: Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2010*

Untuk mencapai target 6 B yaitu mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2010, telah ditetapkan program Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan dengan kegiatan Pengendalian Penyakit Menular Langsung dan sub kegiatan sebagai berikut :

1. Pelatihan CST bagi petugas di sarana kesehatan
2. Dukungan sarana dan operasional operasional untuk pembentukan layanan CST
3. Pengadaan mesin CD4
4. Pengadaan Reagen CD4

*Target 6C: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru Malaria dan penyakit utama lainnya hingga tahun 2015*

Berdasarkan pada strategi yang telah ditetapkan dalam rangka mencapai target 6 C yaitu mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru Malaria dan penyakit utama lainnya hingga tahun 2015 ini telah ditetapkan program Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan dengan kegiatan Pengendalian Penyakit Menular Langsung, dan sub kegiatan sebagai berikut :

1. Advokasi Pembentukan Gerdunas
2. Monitoring dan surveilens penyakit
3. Penyediaan tuberkulin test untuk diagnosis TB pada anak
4. Pelatihan TIM dalam pelayanan TB dengan DOTS
5. Pelatihan wasor TB kabupaten/ kota
6. Pelatihan Teknis Pelayanan TB di RS dengan Strategi DOTS
7. Penyediaan Bio safety Cabinet dalam rangka mencegah infeksi TB di RS
8. Sosialisasi Pelayanan TB dengan Strategi DOTS di Rumah Sakit
9. Pengadaan Sarana dan Prasarana Pelayanan TB sesuai standar
10. Penyediaan Obat TB dengan Strategi DOTS
11. Pertemuan Koordinasi dalam Pelayanan TB Dengan Strategi DOTS dgn stake holder terkait
12. Pelatihan Pengawas Minum Obat (PMO) dalam rangka memantau Kepatuhan Penderita
13. Pelatihan Petugas Kesehatan di Lapas/rutan dalam pelayanan TB DOTS
14. Pelatihan tenaga laboratorium dalam meningkatkan kualitas diagnostik TB
15. Pengadaan mikroskop dan bahan laboratorium yang sesuai standard (reagen, pot sputum, slide, box slide) untuk pemeriksaan sputum
16. Ruang Isolasi untuk pasien TB-HIV dan MDR-TB
17. Penyediaan Obat Anti Tuberkulosis (OAT) sesuai standard
18. Promosi kesehatan tentang TB



### **Tujuan 7.**

### **Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup**

*Target 7A: Memadukan prinsip-prinsip pembangunan yang berkesinambungan dalam kebijakan dan program nasional serta mengurangi kerusakan pada sumber daya lingkungan*

Berdasarkan pada arah kebijakan dan strategi yang telah ditetapkan dalam rangka mencapai target 7A yaitu memadukan prinsip-prinsip pembangunan yang berkesinambungan dalam kebijakan dan program nasional serta mengurangi kerusakan pada sumber daya lingkungan disusun berbagai program sebagai berikut :

1. Meningkatkan pengelolaan lahan kritis dan hutan rakyat.
2. Meningkatkan keterlibatan masyarakat sekitar hutan dalam pengelolaan hutan Negara, Tahura dan Hutan milik daerah.
3. Meningkatkan penggunaan energi alternatif.

4. Meningkatkan peran masyarakat dalam kampanye lingkungan terkait dengan pengurangan penggunaan BPO dan memasyarakatkan penggunaan refrigerant ramah lingkungan.
5. Meningkatkan jumlah kapal berkapasitas di atas 30 GT dalam rangka meningkatkan jangkauan kapal.

*Target 7B: Menanggulangi kerusakan keanekaragaman hayati dan mencapai penurunan tingkat kerusakan yang signifikan pada tahun 2010*

Untuk mencapai target 7B yaitu menanggulangi kerusakan keanekaragaman hayati dan mencapai penurunan tingkat kerusakan yang signifikan ini, pemerintah provinsi DIY telah menetapkan program dan kegiatan sebagai berikut, :

1. Program
  - a. Pengelolaan keanekaragaman hayati dan ekosistem
  - b. Menambah konservasi air laut dan air tawar
  - c. Menambah identifikasi jenis biota dan kawasan konservasi air yang terlindungi
2. Kegiatan
  - a. Memelihara taman keanekaragaman hayati
  - b. Menanam bibit pohon untuk penghijauan
  - c. Melakukan identifikasi terhadap jenis biota air
  - d. Melakukan identifikasi kawasan konservasi air yang akan dilindungi

*Target 7C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum yang layak dan sanitasi dasar hingga tahun 2015*

Berkaitan dengan pencapaian target 7 C yaitu menurunkan hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum yang layak dan sanitasi dasar hingga tahun 2015, pemerintah provinsi DIY telah menyusun program dan kegiatan sebagai berikut :

1. Program Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan dengan kegiatan Penyehatan Lingkungan dan sub kegiatan:
  - a. Pembangunan sarana air minum berkualitas
  - b. Advokasi penyediaan air minum berkualitas
  - c. Pengawasan kualitas air minum perpipaan (PDAM).
  - d. Penyediaan water test kit untuk setiap puskesmas.
  - e. Advokasi dan kampanye STOP BABS (buang air besar sembarangan)
  - f. Advokasi pelaksanaan STBM (sanitasi total berbasis masyarakat)
2. Program Pembinaan dan Pengembangan Infrastruktur Permukiman, dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut ini:
  - a. Pengaturan, Pembinaan, Pengawasan, Pengembangan Sumber Pembiayaan dan Pola Investasi, serta Pengembangan Sistem Penyediaan Air Minum
    - 1) Penyediaan SPAM Regional

- 2) Penyediaan SPAM di Kawasan Rusunawa/RSH
  - 3) Penyediaan SPAM di Kawasan Kumuh/Nelayan
  - 4) Penyediaan SPAM di Ibu Kota Kecamatan
  - 5) Penyediaan SPAM di Desa Rawan Air
  - 6) PAMSIMAS
  - 7) Penyehatan PDAM
- b. Pengaturan, Pembinaan, Pengawasan, Pengembangan Sumber Pembiayaan dan Pola Investasi, serta Pengembangan Infrastruktur Sanitasi dan Persampahan
- 1) Penyediaan Jaringan Air Limbah Terpusat
  - 2) Penyediaan SANIMAS
3. Program Pengembangan Kinerja Pengelolaan Air Minum dan Air Limbah, dengan kegiatan-kegiatan sebagai berikut:
- 1) Pendampingan program dan kegiatan APBN Kementerian Pekerjaan Umum
  - 2) Fasilitasi penyelenggaraan (bantuan teknis) penyelenggaraan pengembangan SPAM di wilayah provinsi DIY
  - 3) Fasilitasi pengembangan PS air limbah lintas kabupaten/kota di wilayah provinsi DIY

*Target 7D: Mencapai peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di permukiman kumuh pada tahun 2020*

Berdasarkan pada strategi yang telah ditetapkan dalam rangka mencapai target 7D yaitu mencapai peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di permukiman kumuh pada tahun 2020 ini telah ditetapkan program sebagai berikut :

- 1) Program Pembinaan dan Pengembangan Infrastruktur Permukiman
  - a. Pengaturan, Pembinaan, Pengawasan, dan Pelaksanaan Pengembangan Permukiman
    - 1) Penyediaan Infrastruktur Kawasan Kumuh
  - b. Pembangunan Rusunawa
- 2) Program Pengembangan Perumahan dan
  - 1) Fasilitasi dan stimulasi penataan lingkungan permukiman kumuh Permukiman
- 2) Program Pengembangan Kawasan Permukiman
  - a. Pendampingan Penyediaan Infrastruktur Kawasan Kumuh
- 3) Program Lingkungan Sehat Perumahan
  - a. Peningkatan kualitas prasarana, sarana dan utilitas (PSU) kawasan perumahan
- 4) Program Penataan Kawasan Padat dan Kumuh
  - a. Fasilitasi penataan kawasan kumuh

**BAB III**  
**MONITORING DAN EVALUASI IMPLEMENTASI MILLENIUM**  
**DEVELOPMENT GOALS (MDGS)**

**3.1. Pengantar**

Untuk mengetahui apakah dalam pelaksanaan kebijakan/program /kegiatan pemerintah daerah berkaitan dengan tujuan dan target-target MDGs telah dicapai sesuai dengan yang telah direncanakan maka kegiatan monitoring menjadi hal yang wajib dilakukan. Pelaksanaan monitoring ini akan dilaksanakan setiap tahun sesuai dengan tahun anggaran berjalan, dan akan ditinjau pencapaiannya secara keseluruhan pada tahun 2015. Oleh karena itu setiap SKPD atau lembaga terkait di pemerintah daerah harus menentukan target pencapaian setiap tahunnya sesuai dengan indikator-indikator yang telah ditetapkan dalam MDGs.

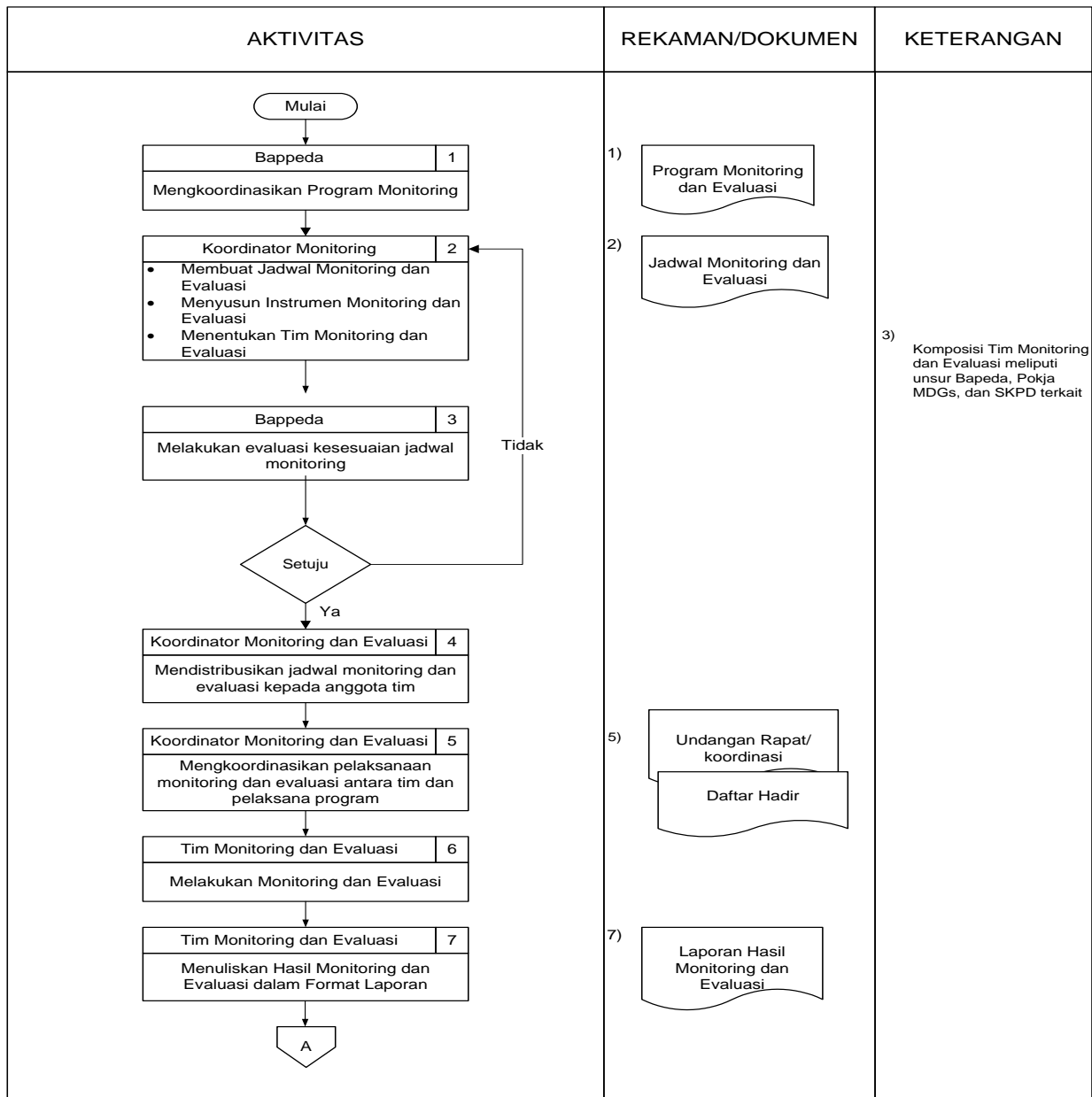
Dalam pelaksanaan monitoring ini, masing-masing SKPD dan lembaga terkait harus menentukan kapan waktu pelaksanaan monitoringnya baik 3 bulanan, 1 tahunan ataukah di akhir program serta menentukan bagaimana bentuk pelaporan pelaksanaan dari monitoring yang telah dilakukan. Hasil monitoring 3 bulanan dan 1 tahun akan digunakan sebagai dasar untuk melakukan tindak lanjut pelaksanaan program dalam rangka percepatan pencapaian target MDGs yang telah ditetapkan.

Hal yang penting untuk dipersiapkan dalam pelaksanaan monitoring ini adalah penanggungjawab pelaksana monitoring, yaitu lembaga atau instansi mana yang akan melaksanakan monitoring, dan kepada siapa hasil monitoring ini akan dilaporkan atau dikoordinasikan untuk ditindaklanjuti. Oleh karena itu dalam pelaksanaan monitoring target pencapaian MDGs di provinsi DIY pada tahun 2011-2015 ini Bappeda akan menjadi koodinator pelaksanaan pencapaian MDGs sekaligus koordinator untuk melaksanakan monitoringnya. Secara ringkas pelaksanaan monev RAD MDGs sebagai berikut:

Tabel 3.1. Periodisasi Pelaksanaan Monev

No	Periode Monev	Alat verifikasi	Bukti verifikasi
1.	Tiga (3) bulanan	Rapat koordinasi, data dokumen SKPD/ Pokja MDGs	Notulensi rapat, data dokumen SKPD/ Pokja MDGs
2.	Enam (6) bulanan	Rapat koordinasi, data dokumen SKPD/Pokja MDGs	Notulensi rapat, data dokumen SKPD/ Pokja MDGs
3.	Satu (1) tahunan	Rapat koordinasi, data dokumen SKPD/Pokja MDGs, observasi, laporan program masing-masing SKPD baik dari kabupate/kota atau provinsi	Notulensi rapat, data dokumen SKPD/ Pokja MDGs, laporan tahunan pelaksanaan MDGs
4.	Akhir Periode ( 2015)	Rapat koordinasi, data dokumen SKPD/Pokja MDGs observasi, laporan program masing-masing SKPD baik dari kabupate/kota atau provinsi	Notulensi rapat, data dokumen SKPD/ Pokja MDGs, laporan pelaksanaan MDGs dari tahun 2010-2015

Secara skematis, diagram monitoring dan evaluasi tersebut digambarkan dalam bagan berikut:





AKTIVITAS	REKAMAN/DOKUMEN	KETERANGAN
<pre> graph TD     A[A] --&gt; 8[Tim Monitoring dan Evaluasi Mengkoordinasikan Pelaksanaan Monitoring dan Evaluasi dengan Bagian/ SKPD terkait]     8 --&gt; 9[Tim Monitoring dan Evaluasi Melakukan Monitoring dan Evaluasi dengan bagian/SKPD terkait]     9 --&gt; 10[SKPD terkait Melakukan perbaikan dan penyesuaian sesuai hasil monitoring dan evaluasi]     10 --&gt; 11[Tim Monitoring dan Evaluasi Melakukan Evaluasi hasil perbaikan]     11 --&gt; D1{Efektif?}     D1 -- Ya --&gt; 13     D1 -- Tidak --&gt; 12     12[Tim Monitoring dan Evaluasi Menganalisa permasalahan] --&gt; D2{Tindakan perbaikan perlu direvisi?}     D2 -- Ya --&gt; 10     D2 -- Tidak --&gt; 13     13[Koordinator Tim Monitoring dan Evaluasi Membuat Laporan Hasil Monitoring dan Evaluasi ke Bagian Kesra Bappeda] --&gt; 14     14[Bagian Kesra Bappeda Memeriksa Laporan Tim Monitoring dan Evaluasi Sebagai Bahan Perbaikan Program] --&gt; Selesai([Selesai])   </pre>	<p>9) Daftar hadir</p> <p>13) Laporan Komprehensif Hasil onitoring dan Evaluasi</p>	

### 3.2. Tujuan dan Kegunaan Monitoring

Dalam setiap penyusunan kebijakan/program atau kegiatan, monitoring merupakan bagian yang integral dan tidak bisa dipisahkan dengan perencanaan dan pelaksanaannya. Tanpa adanya monitoring, rencana program tidak akan bisa mengukur apakah program yang direncanakan berjalan dengan baik ataukah tercapai target dari masing-masing indikatornya. Beberapa tujuan monitoring antara lain :

- a. Mengetahui ketercapaian target yang sudah ditetapkan
- b. Mengetahui faktor pendukung maupun penghambat ketercapaian target
- c. Mengetahui kesenjangan antara program dan pelaksanaan pencapaian program/kegiatan yang telah ditetapkan untuk mencapai tujuan dan target program

berdasarkan indikator yang telah ditetapkan

d. Menghasilkan rekomendasi untuk tindak lanjut pasca monitoring

Monitoring merupakan serangkaian kegiatan untuk mengumpulkan data atau informasi secara reguler untuk mengukur pencapaian target-target program yang telah ditetapkan. Secara mendasar komponen untuk melakukan evaluasi antara lain tujuan, indikator, pelaksanaan program/kegiatan dan target capaian. Sistem monitoring mencakup penelusuran pelaksanaan sistem yang dapat dipertanggungjawabkan terhadap target kinerja yang jelas dan konsisten, laporan kemajuan dan identifikasi masalah.

Kegunaan sistem monitoring yang dikembangkan dalam pencapaian target MDGs ini mencakup beberapa hal yaitu: (1) dapat menjelaskan informasi apa saja yang dibutuhkan untuk mengukur capaian-capaian target yang telah ditetapkan (2) dapat menyiapkan data sebagai bahan refleksi/kajian untuk menentukan langkah-langkah pencapaian selanjutnya, dan (3) mengkomunikasikan data-data dan hasil monitoring kepada pihak-pihak yang bertanggungjawab terhadap pelaksanaan program.

### 3.3. Indikator Monitoring MDGs

Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya bahwa untuk melakukan monitoring pencapaian target MDGs ini, hal yang paling mendasar diperlukan adalah tersedianya tujuan, indikator dan target-target pencapaian. Untuk indikator-indikator yang akan dicapai, pemerintah provinsi DIY menggunakan indikator-indikator sesuai dengan yang telah ditetapkan ditingkat nasional; sementara itu untuk target-target pencapaian disesuaikan dengan target-target yang ditetapkan daerah berdasarkan kondisi yang ada saat ini sebagai *base line* data untuk menentukan target-target capaian baik target pertahun maupun target akhir pencapaian MDGs yaitu tahun 2015. Secara nasional telah ditetapkan 8 tujuan yang terbagi dalam 48 indikator target pencapaian MDGs pada tahun 2015 ini. Untuk tujuan dan indikator pencapaian MDGs di level provinsi, dari ke 8 tujuan pencapaian target MDGs tersebut, provinsi DIY hanya bertanggungjawab terhadap 7 tujuan pencapaian yaitu tujuan 1 sampai dengan tujuan 7.

Salah satu hal yang agak sulit dalam melaksanakan monitoring untuk menentukan target-target pencapaian MDGs adalah lemahnya ketersediaan data baik di level SKPD provinsi maupun di kabupaten. Untuk menganalisis perkembangan pencapaian target MDGs di tingkat provinsi DIY, maka ketersediaan data-data di level kabupaten menjadi sebuah keharusan karena data-data capaian di provinsi akan ditentukan oleh ketersediaan data-data dari kabupaten. Ketidaktersediaan data secara lengkap ini tentu saja akan menyulitkan, tidak hanya pada monitoring namun juga dalam proses pencapaian masing-masing tujuan (*goal*). Sebagai contoh saja untuk tujuan 5 yang berkaitan dengan peningkatan kualitas kesehatan ibu, masih terdapat kesimpangsiuran data, dan kebaruan data juga sulit diperoleh apalagi jika data yang harus ada dan dipercaya adalah data yang diperoleh melalui survey. Pelaksanaan survey membutuhkan energi dan waktu tersendiri; dan sebagian masih mengandalkan ketersediaan data di level nasional. Oleh karena itu menjadi sangat mendesak sekali untuk mendapatkan data dan sekaligus menentukan data

berkaitan dengan pencapaian target-target MDGs ini. Kegiatan ini tentu saja membutuhkan komitmen dan kerja keras bersama baik di masing-masing SKPD (provinsi dan kabupaten) dengan koordinasi dari Bappeda provinsi DIY. Demikian halnya dengan data kemiskinan dalam rangka menanggulangi kemiskinan di daerah. Ketersediaan data ini secara akurat juga tidak mudah disediakan.

Secara khusus yang dimaksud dengan indikator adalah ukuran yang digunakan untuk membandingkan perubahan keadaan atau kemajuan atau memantau hasil dari suatu program atau kegiatan dalam suatu rentang waktu tertentu. Dalam monitoring pencapaian target-target MDGs ini, provinsi DIY menggunakan indikator-indikator yang telah ditetapkan secara nasional; demikian halnya dengan uraian indikator kuantitatifnya. Uraian indikator kuantitatif untuk pengukuran pencapaian target MDGs ini juga sudah disediakan oleh Bappenas secara terperinci. Berkaitan dengan indikator ini, untuk provinsi DIY perlu menambahkan indikator kualitatif untuk memperkaya analisis dan mengacu pada pendekatan hak, tidak semata-mata hitungan yang dikuantifikasi indikator pencapaiannya. Sebuah indikator yang baik harus meliputi unsur-unsur sebagai berikut :

- a. *Simple*, bahwa sebuah indikator harus bersifat sederhana yaitu ketika mengumpulkan datanya dan juga ketika menghitungnya dapat dilakukan oleh peneliti lainnya.
- b. *Measurable*, bahwa sebuah indikator harus dapat terukur dan memenuhi kelayakan (*feasibility*) untuk dapat mempresentasikan informasi yang jelas. Pada umumnya, bersifat kuantitatif (persentase, rasio, jumlah/angka), namun juga dapat bersifat kualitatif.
- c. *Attributable*, bahwa sebuah indikator harus dapat menggambarkan atau melambangkan dari besaran ukuran yang harus bermanfaat dan memberikan panduan untuk kepentingan perumusan kebijakan dan pengambilan keputusan.
- d. *Reliable* bahwa sebuah indikator harus memberikan informasi yang dapat dipercaya dan akurat. Didukung oleh data yang bersih, cara pengukuran data yang benar, dan memenuhi persyaratan metodologi sampel merupakan persyaratan yang mutlak untuk menghasilkan indikator yang dapat dipercaya.
- e. *Timely*, bahwa sebuah indikator yang disajikan harus tepat waktu, dilihat dari kapan waktu pengukuran dan dilaporkan. Indikator yang terlambat disajikan akan mengakibatkan informasi yang disajikan tidak bermanfaat lagi.<sup>1</sup>

Selanjutnya berkaitan dengan ketersediaan data, sangat memungkinkan bahwa data berada ada di beberapa SKPD. Oleh karena itu menjadi sangat penting untuk mengkoordinasikan data tersebut. Berikut disampaikan beberapa indikator dan tujuan MDGs siapa yang sebaiknya menjadi penanggungjawab<sup>2</sup> :

---

<sup>1</sup> Buku MDGs Seri II, Sukmadi dkk, 2009

<sup>2</sup> Ibid, Buku MDGs Seri II dengan modifikasi, 2009

Tabel 3.2.  
Penanggungjawab Program

No	Bidang	Penanggungjawab
1	Kemiskinan	SKPD Sosial
2	Kelaparan	SKPD Badan Ketahanan Pangan
3	Pendidikan	SKPD Dikpora
4	Gender	SKPD BPPM (Badan Pemberdayaan Perempuan dan Masyarakat)
5	Kematian Anak	SKPD Kesehatan
6	Kesehatan Ibu	SKPD Kesehatan
7	HIV/AIDS	SKPD Kesehatan
8	Malaria dan TBC	SKPD Kesehatan
9	Lingkungan Hidup	SKPD BLH (Badan Lingkungan Hidup)
10	Pemukiman	SKPD PU-ESDM

### 3.4. Indikator Matriks Capaian dan Target MDGs

Untuk melakukan monitoring terhadap pencapaian target-target MDGs berdasarkan indikator yang telah ditentukan ini maka masing-masing SKPD harus menyusun atau menentukan target-target capaian beserta dengan alokasi pendanaan yang akan digunakan untuk mencapai target tersebut. Berikut ini matriks indikator capaian yang harus diisi dan digunakan sebagai patokan untuk melakukan monitoring pencapaiannya. Dalam matriks ini akan ditentukan bagaimana kondisi masing-masing indikator saat ini sebagai dasar untuk menentukan target yang akan dicapai pertahun dan target yang akan dicapai tahun 2015. Selain itu dalam matriks ini masing-masing SKPD harus menyusun program/kegiatan yang akan dilakukan untuk mencapai target-target yang telah ditetapkan.

#### Tujuan 1. Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

Indikator	Capaian 2010	Target					Penang gung jawab	
		2011	2012	2013	2014	2015		
<b>Target 1 A : Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari 1 US dollar 19 PPP) per hari dalam kurun waktu 1990-2015.</b>								
1.1.	Tingkat kemiskinan berdasarkan garis kemiskinan nasional	16,83	15,52	14,22	12,91	11,61	10,30	Dinsos
1.2.	Indeks Kedalaman Kemiskinan	2,85	2,78	2,71	2,64	2,57	2,5	Dinsos
<b>Target 1 B : Mewujudkan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda</b>								
1.4	Laju PDRB per tenaga kerja	2,08	2,11	2,14	2,18	2,21	2,24	Disnaker
1.5	Rasio kesempatan kea terhadap penduduk usia 15 tahun ke atas	65,79	Menin gkat	Meni ngkat	Menin gkat	Mening kat	Meningk at	Disnaker
1.7	Proporsi tenaga kerja yang berusaha sendiri dan pekerja bebas keluarga terhadap total kesempatan kerja	32,62	Menu run	Menu run	Menu run	Menu run	Menu run	Disnaker

<b>Target 1C : Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990-2015</b>								
1.8	Prevalensi balita dengan berat badan rendah/kekurangan gizi	11,3	11,3	11,3	11,3	11,3	10	Dinkes
1.8a	Prevalensi balita gizi buruk	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1	Dinkes
1.8b	Prevalensi balita gizi kurang	9,9	8,92	7,94	6,96	5,98	5	Dinkes
1.9	Proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum							Dinkes BPPM
	1.400 Kkal/kapita/hari	20,68	19,7	18,72	17,74	16,76	8,5	
	2000 Kkal /kapita/hari	71,73	70,75	69,77	68,79	67,81	35,32	

## Tujuan 2 Mencapai Pendidikan Dasar Untuk Semua

Indikator	Capaian 2010	Target					Penanggung jawab	
		2011	2012	2013	2014	2015		
<b>Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua</b>								
<b>Target 2A : Menjamin pada 2015 semua anak-anak, laki-laki maupun perempuan dimanapun dapat menyelesaikan pendidikan dasar</b>								
2.1	Angka Partisipasi Murni di sekolah dasar (SD/MI/SDLB/Pkt.A)	94,76 (BPS)	95,50	96,50	97,50	98,50	100,00	Disdikpora Kanwil Kemenag
2.2.	Proporsi murid di kelas 1 yang berhasil menamatkan Sekolah Dasar (SD/MI/SDLB/Pkt.A)	93,26 (Disdikpora DIY)	94,00	94,75	95,50	96,25	100,00	Disdikpora Kanwil Kemenag
2.3.	Angka melek huruf usia 15-24 tahun perempuan dan laki-laki	100,00 (BPS)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	Disdikpora Kanwil Kemenag
2.4.	Angka Partisipasi Murni sekolah lanjutan tingkat pertama (SMP /MTs/Pkt.B)	75,55 (BPS)	78,00	79,50	81,00	82,50	84,00	Disdikpora Kanwil Kemenag

### Tujuan 3 Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

Indikator	Capaian 2010	Target					Penang gung jawab	
		2011	2012	2013	2014	2015		
<b>Tujuan 3 Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan</b>								
<b>Target 3A : Menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005, dan dis emua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015</b>								
3.1.	Rasio anak perempuan terhadap anak laki-laki di tingkat pendidikan dasar, lanjutan, dan tinggi							
	▪ Rasio APM perempuan laki-laki di tingkat SD/MI/SDLB/Paket A	102,19 (BPS)	102,00	101,50	101,00	100,50	100,00	▪ Disdikpora ▪ Kanwil Kemenag ▪ BPPM
	▪ Rasio APM perempuan laki-laki di tingkat SMP/MTs/SMP LB Paket B	114,32 (BPS)	111,50	108,50	105,50	102,50	100,00	▪ Disdikpora ▪ Kanwil Kemenag ▪ BPPM
	▪ Rasio APM perempuan laki-laki di tingkat SMA/MA/SMALB/SMK/Pkt C	94,69 (BPS)	95,50	96,50	97,50	98,50	100,00	▪ Disdikpora ▪ Kanwil Kemenag ▪ BPPM
	▪ Rasio APM perempuan laki-laki di tingkat PT	76,35 (BPS)	81,50	86,50	91,50	96,50	100,00	▪ Disdikpora ▪ Kanwil Kemenag ▪ BPPM ▪ Kopertis V
3.1a	Rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki usia 15-24 tahun, yang diukur melalui angka melek huruf perempuan/laki-laki (indeks melek huruf gender).	100 (BPS)	100	100	100	100	100	▪ Disdikpora ▪ Kanwil Kemenag ▪ BPPM

Indikator	Capaian 2010	Target					Penanggung jawab
		2011	2012	2013	2014	2015	
3.2. Kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor nonpertanian.	37,41	37,86	38,32	38,77	39,23	39,86	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disnaker trans</li> <li>▪ BPPM</li> </ul>
3.3. Proporsi kursi DPRD yang diduduki perempuan:							
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DPRD DIY</li> <li>▪ DPRD se DIY</li> </ul>	21,82				30	30	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KPU</li> <li>▪ BPPM</li> </ul>
	15,64				30	30	

#### Tujuan 4 Menurunkan Angka Kematian Anak

Indikator	Capaian 2010	Target					Penanggung jawab
		2011	2012	2013	2014	2015	
<b>Tujuan 4 Menurunkan Angka Kematian Anak</b>							
<b>Target 4A :Menurunkan angka kematian balita (AKBA) sebesar dua per tiganya, antara 1990 dan 2015</b>							
4.1. Angka kematian balita per 1000 kelahiran hidup	19	17	16	16	16	16	Dinkes
4.2. Angka kematian bayi per 1000 kelahiran hidup	17	16	16	16	16	16	Dinkes
4.3. Persentase anak dibawah satu tahun yang di imunisasi campak	96,4	100	100	100	100	100	Dinkes

#### Tujuan 5 Meningkatkan Kesehatan Ibu

Indikator	Capaian 2010	Target					Penanggung jawab
		2011	2012	2013	2014	2015	
<b>Tujuan 5. Meningkatkan Kesehatan Ibu</b>							
<b>Target 5 A. Menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990 – 2015</b>							
5.1. Angka Kematian Ibu per 100.000 kelahiran hidup	103	102	101	100	100	100	Dinkes
5.2. Proporsi Kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan terlatih	97,7	95,7	95,8	96	97	99	Dinkes
<b>Target 5B: Mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015</b>							
5.3. Angka pemakaian	79,08	79,26	79,45	79,63	79,82	80	BKKBN

kontrasepsi /CPR bagi perempuan menikah usia 15-49, semua cara dan cara modern							
5.4. Angka kelahiran remaja (perempuan usia 15-19 tahun) per 1.000 perempuan usia 15-19 tahun	24	24	24	24	24	24	BKKBN
5.5. Cakupan pelayanan Antenatal (sedikit nya satu kali kunjungan dan empat kali kunjungan)							
- 1 kunjungan:	100	98	98,5	99	99,5	100	Dinkes
- 4 kunjungan:	89	93	94	94,5	94,8	95	Dinkes
5.6. <i>Unmet Need</i> (kebutuhan keluarga berencana/KB yang tidak terpenuhi)	6,8	6,44	6,08	5,72	5,36	5	BKKBN

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

Indikator	Capaian 2010	Target					Penang gung jawab
		2011	2012	2013	2014	2015	
<b>Tujuan 6: Memerangi HIV/AIDS, Malaria dan Penyakit Menular Lainnya</b>							
<b>Target 6A: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV/AIDS hingga tahun 2015</b>							
6.1. Prevalensi HIV/AIDS(perse n) dari total Populasi	0,04	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5	<0,5	Dinkes
6.2. Penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi terakhir	Belum ada data	55 P: 35 L: 20	75 P: 45 L: 30	90 P: 50 L: 40	105 P: 55 L: 50	120 P: 60 L: 60	Dinkes
6.3. Proporsi jumlah penduduk usia 15-24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS	14,1	70	75	80	80	80	Dinkes
<b>Target 6B: Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2010</b>							
6.5. Proporsi penduduk terinfeksi HIV lanjut yang memiliki akses pada obat-obatan retroviral	76	75	80	85	90	90	Dinkes



<b>Target 6C: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru Malaria dan penyakit utama lainnya hingga tahun 2015</b>							
6.6. Angka kejadian malaria dan angka kematiannya	0,0017	0,0017	0,0017	0,0017	0,0017	0,0017	Dinkes
6.7. Proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida	100	100	100	100	100	100	Dinkes
6.9a Angka kejadian Tuberkulosis (semua kasus/100.000 penduduk/tahun)	69,89	72	76,5	81	82	83,5	Dinkes
6.9b Tingkat prevalensi Tuberkulosis (per 100.000 penduduk)	34,13	38,41	41,6	44,8	44,8	44,8	Dinkes
6.9c Tingkat kematian karena Tuberkulosis (per 100.000 penduduk)	4	4	4	4	4	4	Dinkes
6.10. Proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dan diobati dalam program DOTS							Dinkes
6.10a Proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dalam program DOTS	53,06	56	59	63	67	70	Dinkes
6.10b Proporsi kasus Tuberkulosis yang diobati dan sembuh dalam program DOTS	77,06	83	84	85	85	85	Dinkes

## Tujuan 7 Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

Indikator	Capaian (2010)	Target RAD Percepatan					Penang gung Jawab
		2011	2012	2013	2014	2015	
<b>Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup</b>							
<b><i>Target 7 A: Memadukan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumber daya lingkungan yang hilang.</i></b>							
7.1. Rasio luas kawasan tertutup pepohonan berdasarkan pemotretan citra satelit dan survey foto udara terhadap luas daratan	39,85% (2011)	40	40,20	40,40	40,80	50	BLH
7.2. Jumlah emisi karbon dioksida (CO2)	3.002.739	3.132.849	3.262.960	3.393.070	3.523.181	3.653.291	BLH
7.3. Jumlah konsumsi bahan perusak ozon (BPO)	35 metrik ton (2010)	34	33	32	31	30 metrik ton 0 CFCs	BLH
7.4. Proporsi tangkapan ikan yang berada dalam batasan biologis yang aman							Diskanla
<b><i>Target 7 B :Menanggulangi kerusakan keaneka ragaman hayati dan mencapai penurunan tingkat kerusakan yang signifikan pada tahun 2010</i></b>							
7.5. Rasio luas kawasan lindung untuk menjaga kelestarian keanekaragaman hayati terhadap total luas kawasan hutan	6,59	6,77	6,95	7,14	7,32	7,50	BLH
7.6. Rasio kawasan lindung perairan terhadap total luas perairan territorial	0	1ha	2ha	3ha	4ha	5 ha	BLH

<b>Target 7C: Menurunkan hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum yang layak dan sanitasi dasar hingga tahun 2015</b>							
7.8 Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak perkotaan dan perdesaan	60,38	64,69	67,83	71,14	74,65	78,36	Kem. PU, Dinas PUPESDM DIY & Pem. Kab/Kota
7.8.a. Perkotaan	57,61	61,67	66,03	70,68	75,67	81,01	
7.8.b. Perdesaan	65,85	67,71	69,63	71,60	73,63	75,72	
7.9 Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi layak perkotaan dan perdesaan	75,35	77,81	80,34	82,96	85,67	88,46	Kem. PU, Dinas PUPESDM DIY & Pem. Kab/Kota
7.9.a. Perkotaan	84,99	87,23	89,53	91,90	94,32	96,81	BPPM
7.9.b. Perdesaan	56,26	58,45	60,72	63,08	65,54	68,09	Dinas PUPESDM DIY
<b>TARGET 7D: Mencapai peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin dipermukiman kumuh (minimal 100 juta) pada tahun 2020</b>							
7.10. Proporsi rumah tangga kumuh perkotaan	5,10	4,59	4,13	3,72	3,35	3,01	Kem. PU, Dinas PUPESDM DIY & Pem. Kab/Kota

### 3.5. Langkah dan Tindak Lanjut Monitoring Evaluasi

Langkah-langkah monitoring evaluasi pelaksanaan MDGs provinsi DIY ini adalah :

1. Menyusun tim monitoring evaluasi. Tim monitoring akan dikoordinasikan oleh Bappeda Provinsi DIY. Tim monitoring beranggotakan unsur-unsur SKPD yang telah ditunjuk oleh ketua SKPD.
2. Tim akan melakukan koordinasi setiap 3 bulan untuk memantau perkembangan pelaksanaan MDGs berdasarkan indikator-indikator monev yang telah disusun.
3. Tim akan melakukan monitoring dan evaluasi serta menyusun laporan perkembangan monev pelaksanaan MDGs baik secara kuantitatif maupun kualitatif berdasarkan indikator-indikator yang sudah disusun dalam RAD MDGs dan disertai rekomendasi masing-masing indikator.
4. Tindak lanjut hasil dari monitoring evaluasi terhadap pelaksanaan MDGs akan dilaporkan kepada instansi-instansi terkait, masyarakat dan media massa.

## **BAB IV PENUTUP**

Rencana Aksi Daerah (RAD) Percepatan Pencapaian Target Pembangunan Millenium (MDGs) Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta disusun sebagai bentuk komitmen dan tanggungjawab Pemerintah Daerah yang tertuang dalam Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta dalam upaya mendukung tercapainya hak-hak dasar warga negara sekaligus sebagai upaya mendukung target yang ditetapkan secara nasional. RAD tersebut merupakan pedoman bagi penyelenggaraan pembangunan khususnya bagi SKPD-SKPD provinsi maupun kabupaten/kota dalam menjalankan tugas pokok dan fungsinya.

RAD MDGs disusun dengan melibatkan berbagai pihak terkait. Keberhasilan implementasinya pun sangat tergantung dari komitmen, tanggungjawab, kemampuan pembiayaan, dan kemampuan berbagai unsur terkait. Oleh karenanya koordinasi, kerjasama dan kinerja efektif dari masing-masing pihak akan sangat menentukan keberhasilan tujuan yang ditetapkan. Menjadi tantangan dan tugas bersama untuk mewujudkan cita-cita mulia tersebut mulai tahap perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi dan monitoring. Oleh karenanya untuk mencapai target MDGs tersebut keterlibatan *stakeholders* yang lain yaitu DPRD, ormas/LSM dan perguruan tinggi sangat diperlukan. Berbagai pihak telah banyak melakukan program/kegiatan yang outputnya turut memberi dampak baik langsung maupun tidak langsung terhadap pencapaian target-target MDGs. Oleh karena itu, pemerintah dalam hal ini Bappeda perlu melakukan koordinasi pihak-pihak tersebut sehingga mampu bersinergi untuk melakukan percepatan pencapaian target MDGs. Pencapaian target MDGs bukan semata-mata tanggungjawab pemerintah. LSM, ormas, perguruan tinggi, dan berbagai pihak penting dilibatkan dalam proses monitoring dan evaluasi.

Terdapat tiga isu penting yang harus menjadi prioritas pencapaiannya yaitu menurunkan angka kemiskinan, masalah HIV/AIDs dan problem lingkungan hidup. Oleh karena itu sesuai dengan fungsi-fungsi DPRD baik fungsi penganggaran, legislasi dan pengawasan, DPRD harus memahami tentang MDGs sehingga mereka akan memberikan prioritas-prioritas pendanaan dan penyusunan kebijakan/program yang berkaitan dengan prioritas-prioritas pencapaian terget MDGs ini.

Pencapaian target MDGs di tingkat provinsi sangat berkorelasi dengan bagaimana pencapaian target MDGs dari masing-masing kabupaten/kota. Oleh karena itu kabupaten/kota perlu memberikan prioritas program dan pendanaan untuk mencapai target-target MDGs di masing-masing kabupaten/kota. Komitment kabupaten/kota akan berdampak positif pada pencapaian target MDGs di tingkat provinsi. Oleh karena itu provinsi DIY harus secara intensif mengkoordinasikan pencapaian target-target MDGs di kabupaten/kota dengan memperhatikan kesenjangan antar kabupaten/kota. Pihak eksekutif di kabupaten/kota harus mengkoordinasikan dan mengkomunikasikan dengan DPRD kabupaten/kota karena pencapaian target MDGs membutuhkan dukungan pendanaan sebagai bentuk *political will* pemerintah daerah kabupata/kota di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.