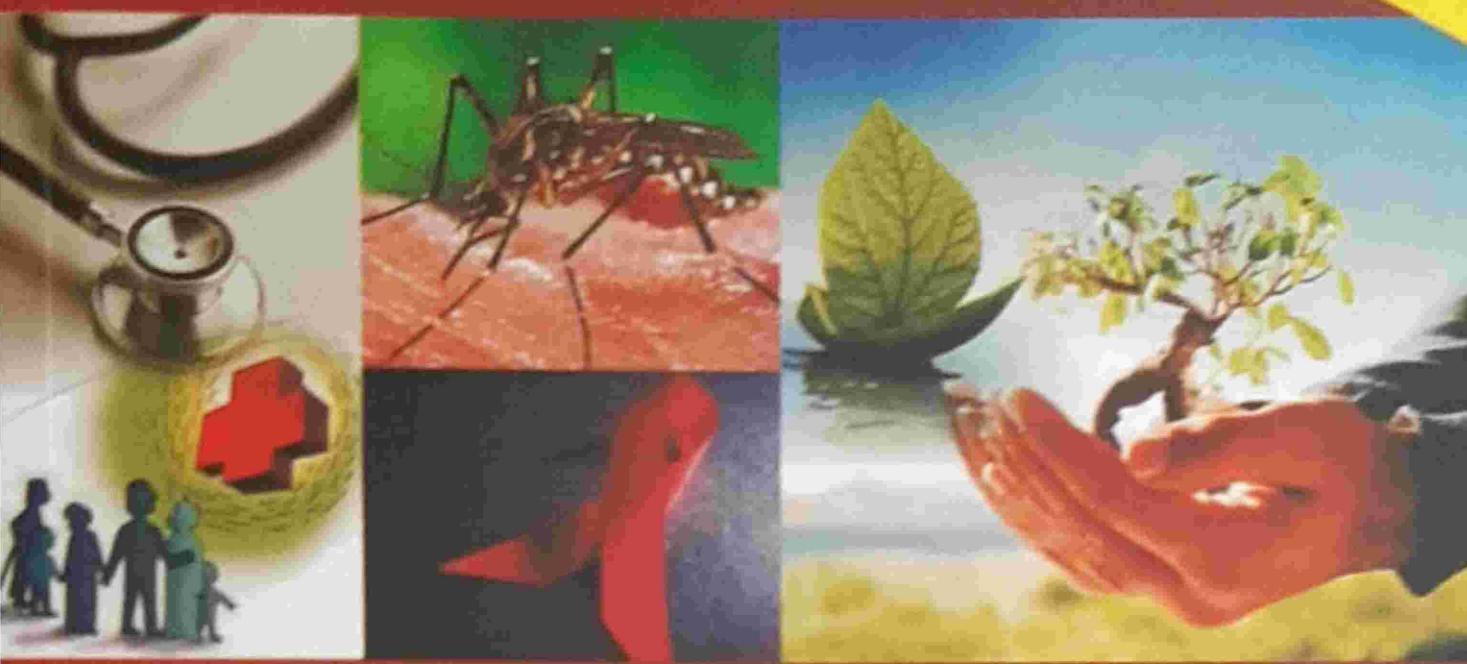


LAPORAN PENELITIAN



PENCAPAIAN TUJUAN KE 6 (HIV/AIDS, MALARIA, TUBERKULOSIS) DAN TUJUAN KE 7 (KELESTARIAN LINGKUNGAN) MDGs DI PROVINSI MALUKU UTARA DAN SULAWESI UTARA

Disusun Oleh:

**Dra. Hartini Retnaningsih, M.Si
Sri Nurhayati Qodriyatun, S.Sos. , M.Si
Tri Rini Puji Lestari, SKM. , M.Kes
Anih Sri Suryani, S.Si., MT
Teddy Prasetyawan, ST., MT
Hana Nika Rustia, SKM
Rahmi Yuningsih, SKM**



**PUSAT PENKAJIAN, PENGOLAHAN DATA & INFORMASI
SEKRETARIAT JENDERAL DPR RI
TAHUN 2011**

LAPORAN PENELITIAN



PENCAPAIAN

TUJUAN KE 6 (HIV/AIDS, MALARIA, TUBERKULOSIS) DAN TUJUAN KE 7 (KELESTARIAN LINGKUNGAN) MDGs DI PROVINSI MALUKU UTARA DAN SULAWESI UTARA

Disusun Oleh:

Dra. Hartini Retnaningsih, M.S.i
Sri Nurhayati Qodriyatun, S.Sos, M.Si.
Tri Rini Puji Lestari, SKM., M.Kes
Anih Sri Suryani, S.Si., MT
Teddy Prasetyawan, ST., MT
Hana Nika Rustia, SKM
Rahmi Yuningsih, SKM



Pusat Pengkajian Pengolahan Data dan Informasi
Sekretariat Jenderal Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia
Tahun 2011

**Pencapaian Tujuan Ke 6 (HIV/AIDS, Malaria, Tuberkulosis)
dan Tujuan Ke 7 (Kelestarian Lingkungan) MDGs
di Provinsi Maluku Utara dan Sulawesi Utara**

Hartini Retnaningsih, dkk. ©

**Hak Cipta dilindungi Undang-undang
All right reserved ©**

**Perancang Sampul:
Fery C Syifa**

**Tata Letak:
Abina Nura**

Cetakan Pertama, Desember 2011

**Penerbit:
Pusat Pengkajian Pengolahan Data dan Informasi (P3DI)
Sekretariat Jenderal DPR Republik Indonesia**

**Gedung Nusantara I Lt. 2
Jl. Jenderal Gatot Subroto Jakarta Pusat 10270
Telp. (021) 5715409 Fax. (021) 5715245**

DAFTAR ISI



Daftar Isi	iii
Daftar Tabel	v
Daftar Gambar	vii
Daftar Grafik	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Masalah Penelitian	7
C. Tujuan dan Kegunaan Penelitian.....	8
D. Metodologi.....	8
D.1. Lokasi Penelitian	8
D.2. Cara Pengumpulan Data	9
D.3. Metode Analisis Data	10
E. Waktu Pelaksanaan	10
F. Organisasi Penelitian	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	13
A. Pengendalian Penyakit Menular	13
B. Pembangunan Berwawasan Lingkungan	15
BAB III GAMBARAN UMUM TENTANG MILLENIUM DEVELOPMENT GOALS (MDGs).....	21
A. Sejarah Singkat.....	21
B. MDGs di Indonesia.....	22
C. Pengarusutamaan MDGs dalam Perencanaan Pembangunan	27
D. Peran Daerah	30
BAB IV KEBIJAKAN NASIONAL	35
A. Kebijakan Nasional Pencapaian Tujuan Keenam MDGs	35
A.1. Pencapaian MDGs 6	36
A.2. Kebijakan Nasional Terkait MDGs 6	41
A.3. Upaya Percepatan	59

B. Kebijakan Nasional Pencapaian Tujuan Ketujuh MDGs	63
B.1. Kondisi Lingkungan Hidup Indonesia Saat ini	63
B.2. Kebijakan Pemerintah	68
B.3. Upaya Percepatan	89
 BAB V PENCAPAIAN MDG 6 DAN MDG 7 DI DAERAH	 99
A. Gambaran Umum Daerah Penelitian	99
A.1. Provinsi Maluku Utara	99
A.2. Provinsi Sulawesi Utara	101
B. Pencapaian MDG 6 dan Upaya Percepatan	105
B.1. Provinsi Maluku Utara	105
B.2. Provinsi Sulawesi Utara	123
C. Pencapaian MDG 7 dan Upaya Percepatan	144
C.1. Provinsi Maluku Utara	144
C.2. Provinsi Sulawesi Utara	169
 BAB VI PENUTUP	 193
A. Kesimpulan	193
B. Saran	206
 Daftar Pustaka	 209

DAFTAR TABEL

Tabel	Keterangan	Halaman
Tabel 1.1.	Rincian Kegiatan Penelitian	11
Tabel 1.2.	Organisasi Penelitian	12
Tabel 3.1	Target MDGS Tahun 2015	22
Tabel 3.2	Langkah Teknis Penyusunan RAD	33
Tabel 4.1	Target dan Indikator Pencapaian MDGs	36
Tabel 4.2.	Luasan Kawasan Konservasi Indonesia	79
Tabel 4.3.	Perkembangan Perubahan Kawasan Hutan Produksi Terbatas, Hutan Produksi Tetap, dan Hutan Lindung menjadi Hutan Konservasi	80
Tabel 5.1	Luas Wilayah, Jumlah Penduduk, dan Kepadatan Penduduk Provinsi Maluku Utara Tahun 2009	100
Tabel 5.2.	Luas Wilayah, Jumlah Penduduk, dan Kepadatan Penduduk Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2009	103
Tabel 5.3.	Data Jumlah Penduduk dan Penderita Penyakit Malaria Provinsi Maluku Utara Tahun 2010	114
Tabel 5.4.	Data Jumlah Penduduk dan Penderita TB Provinsi Maluku Utara Tahun 2010	118
Tabel S.S.	Angka Penemuan Kasus TB (CDR) per Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2008, 2009, dan 2010	120
Tabel 5.6.	Jumlah Kasus HIV/AIDS Provinsi Sulawesi Utara Tahun 1997 – Februari 2011	124
Tabel 5.7.	Distribusi Penderita HIV/AIDS Berdasarkan Umur Tahun 1997 – Februari 2011	125
Tabel 5.8.	Distribusi Penderita HIV/AIDS Berdasarkan Faktor Risiko	126
Tabel 5.9.	Distribusi Kasus HIV/AIDS Total Tahun 1997–2010 berdasarkan Tingkat Pengetahuan	127
Tabel 5.10.	Cakupan program penanggulangan HIV dan AIDS	130
Tabel 5.11.	Persentase Penderita Malaria Satu Bulan Terakhir yang Diobati dengan ACT menurut Kategori Pengobatan di Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2010	135
Tabel 5.12.	Cakupan Penemuan Penderita Baru TB BTA Positif Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2008	139

Tabel 5.13.	Luas Kawasan Hutan Provinsi Maluku Utara Berdasarkan Kepmen No. 415/Kpts/1999 Tahun 1999	144
Tabel 5.14.	Tingkat kekritisan lahan Provinsi Maluku Utara Tahun 2008	147
Tabel 5.15.	Tingkat kekritisan lahan Provinsi Maluku Utara tahun 2009	147
Tabel 5.16.	Perkiraan Konsumsi Energi Rumah Tangga (SBM) Jenis Bahan Bakar untuk Memasak, di Provinsi Maluku Utara	149
Tabel 5.17.	Perkiraan Emisi CO ₂ (ribu ton) dari Berbagai Sumber di Provinsi Maluku Utara	150
Tabel 5.18.	Pemanfaatan Sanitasi di Provinsi Maluku Utara tahun 2008	164
Tabel 5.19.	Kondisi Eksisting Tingkat Pelayanan Air Limbah Tahun 2010	165
Tabel 5.20.	Rencana Pencapaian Tingkat Pelayanan Air Limbah Tahun 2015	167
Tabel 5.21.	Luas Wilayah Provinsi Sulawesi Utara Menurut Penggunaan Lahan/Tutupan Lahan Tahun Data 2010	170
Tabel 5.22.	Persentase Luas (Hektar) Tutupan Lahan di Provinsi Sulawesi Utara Pada tahun 2008 dan 2009	171
Tabel 5.23.	Perkiraan Konsumsi Energi Rumah Tangga (SBM) Jenis Bahan Bakar untuk Memasak, di Provinsi Sulawesi Utara	173
Tabel 5.24.	Perkiraan Emisi CO ₂ (ribu ton) dari Berbagai Sumber di Provinsi Sulawesi Utara	174
Tabel 5.25.	Kawasan Konservasi Sulawesi Utara Sampai Dengan Tahun 2010	183
Tabel 5.26.	Jumlah Jamban yang Dipantau	188
Tabel 5.27.	Statistik Perumahan Sulut (%)	189
Tabel 5.28.	Persentase Rumah Sehat Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2010	190

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Keterangan	Halaman
Gambar 4.1.	Bagan Penanggulangan Malaria	49
Gambar 5.1.	Peta Provinsi Maluku Utara	99
Gambar 5.2.	Peta Provinsi Sulawesi Utara	102
Gambar 5.3.	Ruang Terbuka Hijau di Kota Manado	176
Gambar 5.4.	Ruang Terbuka Hijau Kabupaten Minahasa	176
Gambar 5.5.	Ruang Terbuka Hijau Kota Bitung	176
Gambar 5.6.	Hutan Kota Bitung	176
Gambar 5.7.	Ruang Terbuka Hijau Kabupaten Minahasa Utara	176
Gambar 5.8.	Ruang Terbuka Hijau Kota Moagu	176
Gambar 5.9.	Pengembangan Wilayah Kelautan Nasional	182

DAFTAR GRAFIK

Grafik	Keterangan	Halaman
Grafik 4.1.	Jumlah Kasus AIDS di Indonesia, Menurut Provinsi Tahun 2009	37
Grafik 4.2.	API Malaria Menurut Provinsi, tahun 2010	39
Grafik 4.3.	Angka Penemuan Kasus (CDR) dan Angka Keberhasilan Pengobatan (SR) Nasional untuk TB (%), Tahun 1995-2009	40
Grafik 5.1.	Kumulatif Kasus HIV/AIDS di Provinsi Maluku Utara per Desember 2010	106
Grafik 5.2.	Kumulatif Kasus HIV/AIDS Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara per Desember 2010	107
Grafik 5.3.	Angka Kesembuhan dan Kesuksesan Pengobatan TB (%) per Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2009	121
Grafik 5.4.	Persentase Penderita HIV/AIDS yang Mendapat ARV sampai dengan Tahun 2010	129
Grafik 5.5.	Penderita Malaria Klinis dan AMI di Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2005 – 2009	133
Grafik 5.6.	Distribusi Kasus Malaria Klinis Kabupaten/Kota se Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2009	134
Grafik 5.7.	Produksi Perikanan Tangkap di Indonesia	153
Grafik 5.8.	Persentase produksi perikanan tangkap per WPP tahun 2010	155
Grafik 5.9.	Proporsi Rumah Tangga Yang Memiliki Akses Terhadap Sumber Air Minum Layak Di Perkotaan, Perdesaan Dan Total, Menurut Provinsi, Tahun 2009	161
Grafik 5.10.	Persentase Akses Air Minum Aman Provinsi Maluku Utara Per Kabupaten/Kota Per Januari 2011	161
Grafik 5.11.	Konsumsi Energi dan Emisi CO, Pada Tahun 2009 dan 2010 di Provinsi Sulawesi Utara.	175
Grafik 5.12.	Listrik Terjual di Sulawesi Utara (ribu MegaWH)	179
Grafik 5.13.	Jumlah Pelanggan Listrik di Sulawesi Utara	179
Grafik 5.14.	Persentase Akses Air Minum Aman Per Kabupaten/Kota Per Januari 2011	186

BAB I

PENDAHULUAN



A. Latar Belakang

MDGs (*Millennium Development Goals*) merupakan upaya untuk memenuhi hak-hak dasar kebutuhan manusia melalui komitmen bersama antara 189 negara anggota PBB –termasuk Indonesia– untuk melaksanakan 8 (delapan) tujuan pembangunan, yaitu (1) menanggulangi kemiskinan dan kelaparan, (2) mencapai pendidikan dasar untuk semua, (3) mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, (4) menurunkan angka kematian anak, (5) meningkatkan kesehatan ibu, (6) memerangi penyebaran HIV/AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya, (7) kelestarian lingkungan hidup, serta (8) membangun kemitraan global dalam pembangunan. Kedelapan tujuan tersebut diupayakan untuk dicapai pada tahun 2015 didasarkan pada target dan indikator yang sudah ditetapkan bersama dan terukur.

Saat ini tersisa waktu sekitar 4 tahun bagi negara berkembang anggota PBB untuk menyelesaikan dan mengupayakan 8 MDGs tersebut. Jika dikelompokkan dalam tiga kategori pencapaian dengan apa yang telah dicapai Indonesia selama 10 tahun terakhir, MDG 6 dan MDG 7 secara keseluruhan belum mencapai target yang telah ditetapkan.¹

Untuk MDG 6 terkait dengan pengendalian penyakit menular Tuberculosis (target 6C) memang telah tercapai target yang ditetapkan, yaitu terjadi peningkatan penemuan kasus Tuberculosis dari 20,0 persen pada tahun 2000 menjadi 73,1 persen pada tahun 2009 (dari target 70,0 persen) dan penurunan prevalensi Tuberculosis dari 443 kasus pada tahun

¹ Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS), 2010, *Ringkasan Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia*, diterbitkan oleh Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Jakarta, h. 5 – 7.

1990 menjadi 244 kasus per 100.000 penduduk pada tahun 2009.² Walaupun pencapaian MDG 6 terkait pengendalian penyakit Tubercolusis telah mencapai target yang telah ditetapkan, tetapi pengendalian Tubercolusis ke depan masih menghadapi masalah besar. Pertama, karena Indonesia masih merupakan negara urutan kelima dengan jumlah penderita Tubercolusis tinggi di dunia (sebelumnya pada tahun 2007 pada urutan ketiga).³ Kedua, merebaknya virus HIV dan *Multi Drugs Resistant* (MDR) menjadi tantangan bagi pengendalian Tubercolusis.⁴ WHO Global Report 2009 melaporkan bahwa 3 persen jumlah kasus Tuberculosis di Indonesia menderita HIV. Sedangkan jumlah kasus Tubercolusis yang Multi Drugs, di Indonesia berada pada urutan ke-8 dari 27 negara dengan kasus Tubercolusis yang MDR.⁵ Ketiga, belum semua provinsi mencapai target MDGs dalam pengendalian Tubercolusis. Masih ada 5 provinsi yang angka *Success Rate* (SR)⁶ belum mencapai angka yang ditargetkan.⁷

Untuk MDG 6 terkait pengendalian penyakit Malaria (target 6C), meski telah terjadi penurunan angka kejadian Malaria dari 4,68 per 1000 penduduk pada tahun 1990 menjadi 1,85 per 1000 penduduk pada tahun 2009,⁸ namun capaian itu masih perlu perhatian karena terjadi disparitas

² Ibid.

³ Data berdasarkan Laporan WHO Global Tuberculosis Control. Baca dalam *Penanggulangan TB Kini Lebih Baik* di <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/1348-penanggulangan-tb-kini-lebih-baik.html> diakses 16 Februari 2011.

⁴ *Pengendalian TB di Indonesia Telah Dekati Target MDGs*, 24 Maret 2010, Sumber : Depkominfo di <http://kabar.in/2010/indonesia-headline/rilis-berita-depkominfo/03/24/pengendalian-tb-di-indonesia-telah-dekati-target-mdgs.html> diakses 7 Februari 2011.

⁵ *Penanggulangan TB Kini Lebih Baik*, Op.Cit.

⁶ *Success Rate* (SR) adalah Angka Keberhasilan Pengobatan yang digunakan untuk mengukur keberhasilan pengobatan Tubercolusis. SR mengindikasikan persentase pasien baru Tubercolusis BTA positif yang menyelesaikan pengobatan, baik yang sembuh maupun yang menjalani pengobatan lengkap diantara pasien baru Tubercolusis BTA positif yang tercatat. *Success Rate* dapat membantu dalam mengetahui kecenderungan meningkat atau menurunnya penemuan pasien pada wilayah tersebut. WHO menetapkan target SR adalah 85 persen.

⁷ Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi Kementerian Kesehatan, 2010, *Profil Kesehatan Indonesia 2009*, diterbitkan oleh Pusat Data dan Surveilans Epidemiologi Kementerian Kesehatan, Jakarta, h. 93.

⁸ Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS), 2010, *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010*, diterbitkan oleh Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Jakarta, h. 58.

antar provinsi. Terdapat 20 provinsi dengan angka kejadian malaria di atas angka rata-rata nasional ($> 2,4$ persen).⁹ Sedangkan untuk MDG 6 terkait dengan pengendalian penyakit menular HIV/AIDS dan mewujudkna akses terhadap pengobatan HIV/AIDS (target 6A dan 6B) masih memerlukan kerja keras untuk mencapai target pada tahun 2015. Terjadi peningkatan jumlah penderita HIV/AIDS, khususnya di antara kelompok risiko tinggi pengguna narkoba suntik dan pekerja seks. Tingkat kenaikan juga sangat tinggi di beberapa daerah di mana kesadaran tentang penyakit ini rendah.¹⁰

Untuk MDG 7, memastikan kelestarian lingkungan hidup, baik dalam pencapaian target 7A (memadukan prinsip-prinsip pembangunan yang berkesinambungan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumber daya lingkungan yang hilang), target 7B (mengurangi laju kehilangan keanekaragaman hayati), target 7C (menurunkan separuh proporsi penduduk tanpa akses terhadap air minum yang aman dan berkelanjutan serta sanitasi dasar yang layak), maupun target 7D (peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di permukiman kumuh), secara keseluruhan masih memerlukan kerja keras untuk mencapai target pada tahun 2015.

Untuk MDG 7 terkait memadukan prinsip-prinsip pembangunan yang berkesinambungan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumber daya lingkungan yang hilang (target 7A), ada beberapa yang memerlukan kerja keras. Yaitu yang terkait dengan rasio luas kawasan tertutup pepohonan dan jumlah emisi karbon dioksida (CO_2). Berdasarkan laporan MDGs tahun 2010, terjadi penurunan rasio luas kawasan tertutup pepohonan berdasarkan hasil pemotretan citra satelit dan survey foto udara terhadap luas daratan secara signifikan (tahun 1990 yaitu 59,97 persen menjadi 52,43 persen pada tahun 2008), meskipun telah dilakukan Gerakan Nasional Rehabilitasi Hutan dan Lahan (Gerhan/RHL) sejak tahun 2003 hingga saat ini. Target MDGs seharusnya ada peningkatan luas tutupan pepohonan terhadap luas daratan. Kemudian, tingkat emisi gas rumah kaca juga meningkat dari 1.416.074 Gg CO_2 e pada tahun 2000

⁹ Ibid, h. 59.

¹⁰ "Ringkasan Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia," Op.Cit, h. 7.

menjadi 1.711.626 Gg CO₂e pada tahun 2009. Target MDGs seharusnya terjadi penurunan hingga 26 persen pada 2020.

Sedangkan target 7A yang sudah pada jalur seharusnya adalah intensitas dan elastisitas energi, jumlah konsumsi bahan perusak ozon, proporsi tangkapan ikan yang berada dalam batasan biologis yang aman, rasio luas kawasan lindung untuk menjaga kelestarian keanekaragaman hayati terhadap total luas kawasan hutan, serta rasio kawasan lindung perairan terhadap total luas perairan territorial. Namun kesemuanya masih memerlukan upaya untuk mencapai target yang ditetapkan. Seperti intensitas energi dan elastisitas energi¹¹, target MDGs adalah terjadi penurunan. Namun hanya intensitas energi yang mengalami penurunan, yaitu 5,28 SBM/USD 1,000 pada tahun 1990 menjadi 2,1 ABM/USD 1,000 pada tahun 2008. Sedangkan elastisitas energi meningkat dari 0,98 pada tahun 1991 menjadi 1,6 pada tahun 2008. Angka elastisitas dan intensitas energi yang relatif tinggi ini menunjukkan bahwa pemakaian energi di Indonesia termasuk tidak efisien atau boros, dan ini juga mengindikasikan rendahnya daya saing industri Indonesia karena terjadi inefisiensi energi yang berdampak pada tingginya biaya produksi.¹² Kemudian untuk jumlah konsumsi bahan perusak ozon (BPO) seperti penggunaan *Chlorofluorocarbon* (CFC) sudah tidak lagi digunakan sejak tahun 2009,¹³ namun HCFC (*Hidro Chlorofluorocarbon*) masih tinggi. Berdasarkan hasil pengumpulan dan analisa data TWG, teridentifikasi tingkat HCFC di Indonesia tahun 2009 mencapai 5714,24 MT atau setara dengan 364,05

¹¹ Intensitas energi dan elastisitas energi adalah indeks yang biasa digunakan untuk mengukur kebutuhan energi terhadap perkembangan ekonomi sebuah negara. Intensitas energi adalah energi yang dibutuhkan untuk meningkatkan *gross domestic product* (GDP). Elastisitas energi adalah pertumbuhan kebutuhan energi yang diperlukan untuk mencapai tingkat pertumbuhan ekonomi (GDP) tertentu. Suatu negara dikatakan efisien dalam pemanfaatan energinya apabila intensitas energinya semakin kecil, dan dikatakan telah memanfaatkan energi yang tersedia secara produktif apabila angka elastisitas energinya di bawah 1,0. Baca buku "Sains dan Teknologi, Berbagai Ide Untuk Menjawab Tantangan dan Kebutuhan", Alvin Pranoto, 2009, Kementerian Riset dan Teknologi, Penerbit PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, h. 67.

¹² Ibid.

¹³ Pelarangan penggunaan bahan perusak ozon (BPO) seperti CFC sudah dilakukan sejak April 2008 (Peraturan Menteri Perindustrian No. 33 Tahun 2007 tentang Larangan Memproduksi Bahan Perusak Lapisan Ozon Serta Memproduksi Barang Baru Yang Menggunakan Bahan Perusak Lapisan Ozon) dan sejak 1 Januari 2008 pemerintah Indonesia juga mengeluarkan larangan impor *metil bromide* dan CFC.

ODP. Lebih tinggi dari tahun-tahun sebelumnya.¹⁴ Jika mengacu target MDGs seharusnya tidak ada lagi penggunaan CFC dan dilakukan pengurangan penggunaan HCFC.

Kemudian proporsi tangkapan ikan mencapai lebih dari 6,4 juta ton per tahun, sedangkan total yang diizinkan adalah 80 persen dari *maximum sustainable yield* atau 5,12 juta per ton per tahun. Sementara untuk luas kawasan yang dilindungi di daratan dari tahun 1990 masih tetap hingga tahun 2008 (yaitu 26,40 persen). Seharusnya terjadi peningkatan rasio luas kawasan lindung terhadap total luas kawasan hutan. Untuk rasio kawasan lindung di perairan terhadap total luas perairan teritorial terjadi peningkatan, dari 0,14 persen pada tahun 1990 menjadi 4,35 persen pada tahun 2009.¹⁵

Terkait target 7B (mengurangi laju kehilangan keanekaragaman hayati), pencapaiannya masih jauh dari yang diharapkan. Perlindungan untuk ikan laut hingga tahun 2004 baru mencapai 80 jenis, dan ikan air tawar hingga 2001 hanya 35 jenis. Rasionalya sangat kecil dibandingkan dengan total spesies ikan air laut dan ikan air tawar yang ada di Indonesia yang mencapai 6.000 jenis. IUCN (*the International Union for Conservation of Nature*) pada tahun 1988 mencatat terdapat 126 spesies burung, 63 spesies mamalia, 21 spesies reptil, dan 65 spesies hewan lain dinyatakan berada di ambang kepunahan. Empat tahun kemudian, kondisinya semakin parah, *Red Data List* IUCN menunjukkan 772 spesies flora dan fauna terancam punah (147 spesies mamalia, 114 burung, 28 reptil, 68 iakan, 3 moluska, 28 spesies fauna lainnya dan 384 spesies flora).¹⁶

Terkait target 7C (menurunkan sebesar separuh proporsi penduduk tanpa akses terhadap air minum yang aman dan berkelanjutan layak serta sanitasi dasar), keseluruhan indikatornya menunjukkan diperlukan upaya

¹⁴ Penggunaan HCFC terbesar ada pada sektor *Air Conditioning* (AC) yaitu 54,5 persen yang diikuti dengan sektor *Refrigerasi, Foam* dan *Pemadam Kebakaran* dengan tingkat konsumsi 29,52 persen, 11,78 persen, dan 4,19 persen. Baca *Indonesia Mendukung Percepatan Penghapusan Bahan Perusak Ozon*, di http://www.menlh.go.id/home/index.php?option=com_content&view=article&id=4786%3Asiaran-pers-indonesia-mendukung-percepatan-penghapusan-bahan-perusak-ozon&catid=99%3Asiaran-press&Itemid=277&lang=id, di akses 7 Maret 2011.

¹⁵ *Laporan Pencapaian MDGs 2010*, Op.Cit. h. 67 – 70.

¹⁶ Ibid,h.77.

keras untuk mencapainya. Seperti pada proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak baik di perkotaan maupun di perdesaan, hanya 47,73 persen rumah tangga pada 2009 (target MDGs pada 2015 adalah 68,87 persen). Kemudian proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi layak hanya 51,19 persen pada 2009 (target MDGs pada 2015 adalah 62,41 persen).

Terkait target 7D (mencapai peningkatan signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di permukiman kumuh), pencapaiannya juga masih jauh dari target MDGs 2015. Proporsi rumah tangga kumuh pada tahun 2009 masih 12,12 persen, target MDGs tahun 2020 sebesar 6 persen.¹⁷

Sulawesi Utara dan Maluku Utara adalah dua daerah yang baik dari sisi pencapaian MDG 6 maupun MDG 7 masih memerlukan usaha keras untuk mencapai target yang telah ditetapkan. Seperti pada pencapaian MDG 6C terkait pengendalian Tuberculosis, Sulawesi Utara adalah daerah yang dalam 5 tahun terakhir angka kumulatif kasus Tuberculosis selalu berada pada peringkat kesatu tertinggi. Sempat menurun di peringkat kedua tertinggi pada tahun 2007. Maluku Utara meskipun tidak termasuk dalam sepuluh besar daerah dengan angka kasus Tuberculosis tinggi di Indonesia, namun perkembangan dalam 5 tahun terakhir jumlah kumulatif kasus Tuberculosis terus meningkat. ¹⁸

Kasus AIDS di Maluku Utara dan Sulawesi Utara sama-sama mengalami kenaikan. Pada tahun 2008, kasus AIDS di Maluku Utara ada 7 dengan *case rate* per 100.000 penduduk 0,77 persen dan Sulawesi Utara ada 136 kasus dengan *case rate* 6,30 persen. Pada tahun 2010, di Maluku Utara menjadi 17 kasus dengan *case rate* 1,77 persen dan Sulawesi Utara menjadi 173 kasus dengan *case rate* 7,69 persen.¹⁹

Kemudian pencapaian MDG 6 C terkait pengendalian Malaria, Maluku Utara dan Sulawesi Utara termasuk dalam 20 provinsi yang angka kejadian Malaria di atas rata-rata nasional (2,4 persen). Angka *Annual*

¹⁷ Ibid, h. 85.

¹⁸ Diolah dari data dalam *Profil Kesehatan Indonesia* dari tahun 2005 sampai dengan tahun 2009.

¹⁹ *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia*, up date terakhir 25 Januari 2011, Ditjen PP dan PL Kementerian Kesehatan RI.

Malaria Incidence (AMI) Maluku Utara adalah 10,3 persen dan Sulawesi Utara adalah 6,4 persen.²⁰ Keduanya termasuk daerah endemis malaria tinggi karena angka AMI lebih dari 5 persen.

Untuk pencapaian MDG 7C Sulawesi Utara dan Maluku Utara termasuk provinsi yang pencapaiannya masih berada di bawah rata-rata nasional. Terlihat dari proporsi rumah tangga yang memiliki akses terhadap sumber air minum layak di pedesaan dan perkotaan pada Maluku Utara 43,75 persen dan Sulawesi Utara 44,49 persen (kurang dari rata-rata nasional 47,71 persen).²¹ Selain itu, Maluku Utara termasuk salah satu dari tiga provinsi yang memiliki kesenjangan lebih besar dari rata-rata nasional pada proporsi rumah tangga yang memiliki akses berkelanjutan terhadap sanitasi yang layak di perdesaan dan perkotaan.²²

B. Masalah Penelitian

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di muka, permasalahannya adalah berdasarkan Laporan Pencapaian MDGs 2010, pencapaian MDGs Maluku Utara dan Sulawesi Utara masih di bawah target nasional. Lebih lanjut, dengan adanya Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan - yang salah satunya mengagendakan percepatan dalam pencapaian MDGs - akan berimplikasi terhadap pelaksanaan MDGs di daerah. Karena dalam Instruksi tersebut, Presiden memerintahkan para gubernur untuk melaksanakan program-program MDGs-nya dan mengkoordinasikan bupati/walikota dalam melaksanakan program-program di wilayahnya masing-masing guna mempercepat pencapaian MDGs.

Adapun pertanyaan yang ingin digali dari penelitian adalah:

1. Bagaimana gambaran perkembangan MDGs di Indonesia?
2. Bagaimana kebijakan nasional berkaitan dengan pencapaian MDG 6 dan MDG7?

²⁰ Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010, Op. Cit, h.59.

²¹ *Ibid*, h.80

²² *Ibid*, h. 81

3. Bagaimana pencapaian MDG 6 dan MDG 7 di Maluku Utara dan Sulawesi Utara?



C. Tujuan dan Kegunaan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang perkembangan, pelaksanaan, kendala, dan upaya mempercepat pencapaian MDGs 6 dan MDGs 7 di Provinsi Maluku Utara dan Sulawesi Utara.

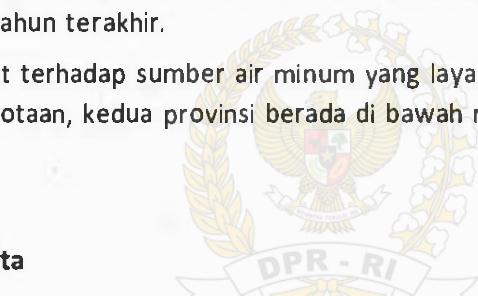
Hasil penelitian ini diharapkan memiliki kegunaan atau signifikansi baik praktis ataupun akademis. Secara praktis, penelitian dapat berkontribusi terhadap Panitia Kerja *Millenium Development Goal's* (Panja MDGs) Badan Kerjasama Antar Parlemen (BKSAP) DPR RI serta komisi yang berkaitan dengan pencapaian target MDGs 2015, yaitu Komisi VII dan IX. Sementara tujuan akademis diorientasikan kepada pengembangan ilmu pengetahuan pada bidang kesehatan masyarakat dan lingkungan hidup.

D. Metodologi

D. 1. Lokasi Penelitian

Pengambilan data akan dilakukan di Maluku Utara dan Sulawesi Utara. Pertimbangan pemilihan kedua daerah tersebut sebagai lokasi penelitian adalah:

- a) Secara keseluruhan pencapaian MDG 6 dan MDG 7 pada kedua provinsi tersebut belum mencapai target.
- b) Dalam kasus Tuberculosis, Sulawesi Utara merupakan daerah yang menduduki peringkat kesatu dalam lima tahun terakhir dengan angka kumulatif kasus Tuberculosis tinggi, kecuali pada tahun 2007. Sementara Maluku Utara meskipun tidak masuk dalam sepuluh besar daerah dengan angka kasus Tuberculosis tinggi, namun perkembangan jumlah kasusnya terus meningkat.
- c) Dalam kasus HIV/AIDS, kedua provinsi mengalami kenaikan jumlah penderita HIV/AIDS.

- 
- d) Dalam kasus Malaria, Maluku Utara dan Sulawesi Utara merupakan daerah endemis Malaria. Di Maluku Utara, jumlah kasusnya terus meningkat dalam lima tahun terakhir.
 - e) Dalam akses masyarakat terhadap sumber air minum yang layak baik di pedesaan maupun perkotaan, kedua provinsi berada di bawah rata-rata capaian nasional.

D.2. Cara Pengumpulan Data

Data yang akan dikumpulkan dalam penelitian ini adalah:

- a) data primer yang meliputi data tentang kebijakan pemerintah pusat terkait pencapaian MDG 6 dan MDG 7, kebijakan daerah dalam pelaksanaan MDG 6 dan MDG 7, kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan kebijakan, dan kebijakan pemerintah daerah untuk mempercepat pencapaian target MDG 6 dan MDG 7.
- b) data sekunder meliputi peraturan perundang-undangan ataupun dokumen yang berkaitan dengan kebijakan dan pelaksanaan kebijakan MDG 6 dan MDG 7 baik di pusat maupun di daerah, termasuk hasil-hasil penelitian ataupun artikel-artikel di media massa.

Data-data tersebut dikumpulkan dengan menggunakan metode:

- a) Studi kepustakaan yaitu dengan mengumpulkan segala informasi, data, dan keterangan yang berasal dari data dokumenter, baik berupa buku, risalah, transkrip, dokumen, maupun bahan-bahan tertulis lainnya yang sudah tersedia yang berkaitan dengan kebijakan MDG 6 dan MDG 7.
- b) Observasi langsung, yaitu dengan melakukan kunjungan lapangan ke daerah penelitian.
- c) Forum Group Discussion (FGD) dengan pihak-pihak yang terlibat dalam pelaksanaan MDGs di daerah.
- d) Wawancara mendalam dengan pihak-pihak yang berkepentingan dan didasarkan pada panduan pertanyaan penelitian (lampiran 1).

Adapun narasumber dalam penelitian ini adalah:

- Di pemerintah pusat: Bappenas, Kemenkes, Kemen LH, Kemen PU, Kemenhut, KPAI.
- Di pemerintah daerah: Bappeda Provinsi, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kehutanan Provinsi, Dinas Pekerjaan Umum Provinsi, Puskesmas, Rumah Sakit Pemerintah, PDAM Daerah, Malaria Center Maluku Utara.
- LSM: KPAI Daerah Sulawesi Utara dan KPAI Daerah Maluku Utara.



D.3. Metode Analisis Data

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif. Analisis pada penelitian ini menggunakan teknik analisis sebagaimana dikemukakan oleh Christine Daymon dan Immy Holloway. Pada teknik analisis ini, ada poin kunci yang harus diperhatikan dalam analisis data kualitatif yaitu reduksi data dan interpretasi. Reduksi data adalah memilih-milah data yang tidak beraturan menjadi potongan-potongan yang lebih teratur dengan menyusun kategori, dan merangkumnya menjadi pola dan susunan yang sederhana. Sedangkan interpretasi adalah mendapatkan makna dan pemahaman terhadap kata-kata dan tindakan para partisian riset dengan memunculkan konsep dan teori (atau teori berdasar generalis) yang menjelaskan temuan di lapangan.²³ Analisis penelitian ini akan dilakukan melalui kedua proses tersebut sehingga ditemukan jawaban dari permasalahan yang ingin dicari dari penelitian.

E. Waktu Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilaksanakan dari bulan Februari hingga Oktober 2011. Untuk penelitian lapangan di Maluku Utara dilakukan pada tanggal 10-16 April 2011 dan untuk Sulawesi Utara pada tanggal 24 – 30 April 2011. Adapun rincian kegiatan penelitian dapat dilihat pada tabel 1.1. berikut:

²³ Christine Daymone dan Immy Holloway, *Metode –Metode Riset Kualitatif*, penerjemah Cahya Wirtama, penyunting Santi Indra Astuti, Bentang, Yogyakarta, 2008, h.369.

Tabel 1.1. Rincian Kegiatan Penelitian

No	Uraian Kegiatan	Bulan									
		Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Agt	Sep	Okt	Nov
Pra Penelitian											
1	Studi Kepustakaan dan Pengumpulan Data Sekunder	X									
2	Penyusunan Proposal Penelitian		X								
3	Seminar/Diskusi/FGD/Rancangan Proposal		X								
4	Perbaikan Proposal Penelitian			X							
5	Rapat Koordinasi Penelitian	X	X	X	X	X	X	X			
6	Penyusunan Instrumen Penelitian			X							
Pelaksanaan Penelitian											
7	Penelitian Lapangan		X								
8	FGD di lokasi Penelitian		X								
Post Pelaksanaan Penelitian											
9	Koordinasi Hasil Temuan Lapangan			X	X	X	X				
10	Pengolahan dan Analisis Data				X	X	X				
11	Penyusunan Konsep Laporan Penelitian							X	X		
12	Diseminasi Hasil Penelitian									X	
13	Perbaikan Laporan Penelitian										X

F. Organisasi Penelitian

Penelitian dilakukan oleh Tim Kesejahteraan Sosial Pusat Pengkajian, Pengolahan Data dan Informasi (P3DI) Sekretariat Jenderal DPR RI, dengan struktur seperti pada tabel 1.2. berikut:

Tabel 1.2. Organisasi Penelitian

Pengarah	Dra. Nining Indra Saleh, M.Si	19550413198103 2 001
Penanggung Jawab	Dra. Damayanti, M.Si	19620211198703 2 002
Ketua	Dra. Hartini Retnaningsih, M.Si	19650425 199203 2 002
Wakil Ketua	Sri Nurhayati Qodriyatun, S.Sos., M.Si	19701119 199603 2 002
Sekretaris	Tri Rini Puji Lestari, SKM., M.Kes	19690508 199803 2 001
Anggota	Hana Nika R, SKM	19861207 200912 2 002
	Rahmi Yuningsih, SKM	19870722 200912 2 002
	Anih Sri Suryani, S.Si., MT	19750114 200912 2 001
	Teddy Prasetiawan, ST., MT	19800325 200912 1 001
Sekretariat	Eva Rosita, S.IP	19690228 199302 2 001
	Sutrisno, SE	19760624 200003 1 002
	Musbiyatun	19701110 199703 2 001

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA



Dalam penelitian ini ada dua hal besar yang akan dibahas yaitu tentang pengendalian penyakit menular dan kelestarian lingkungan hidup terkait dengan tujuan pembangunan millennium (MDGs). Untuk itu, ada dua teori yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu teori tentang pengendalian penyakit menular dan teori tentang pembangunan berwawasan lingkungan.

A. Pengendalian Penyakit Menular

Kejadian penyakit merupakan hasil hubungan interaktif antara manusia dan perilakunya serta komponen lingkungan yang memiliki potensi penyakit. Dengan demikian, maka patogenesis atau proses terjadinya penyakit dapat diuraikan ke dalam empat simpul yaitu: simpul 1, disebut sebagai sumber penyakit; simpul 2, komponen lingkungan yang merupakan media transmisi penyakit; simpul 3, penduduk dengan berbagai variabel kependudukan seperti pendidikan, perilaku, kepadatan, jender; sedangkan simpul 4, penduduk yang dalam keadaan sehat atau sakit setelah mengalami interaksi atau *exposure* dengan komponen lingkungan yang mengandung bibit penyakit atau *agent penyakit*.²⁴

Penyakit menular adalah suatu penyakit yang timbul dari transmisi agen menular atau dari orang yang terinfeksi, hewan, atau *reservoir* ke *host* rentan baik secara langsung atau secara tidak langsung melalui tanaman inang atau hewan, vektor, atau lingkungan.²⁵

²⁴ Achmadi Umar Fahmi, 2005, *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*, Penerbit Buku Kompas, Jakarta. h 25-26.

²⁵ The Johns Hopkins and IFRC Public Health Guide for Emergencies, 1997, *Control of Communicable Diseases*, New York. h. 3

Penyakit menular masih merupakan masalah utama kesehatan masyarakat Indonesia, disamping mulai meningkatnya masalah penyakit tidak menular. Penyakit menular tidak mengenal batas-batas daerah administratif, sehingga pemberantasan penyakit menular memerlukan kerjasama antar daerah, misalnya antar provinsi, kabupaten/ kota bahkan antar negara.

Strategi pengendalian penyakit menular secara umum pada dasarnya sama, yakni menghilangkan sumber penyakit dengan cara menemukan dan mencari kasus secara proaktif, kemudian melakukan pengobatan hingga sembuh. Intervensi faktor resiko, misalnya lingkungan dan intervensi terhadap perilaku.

Indonesia sebagai wilayah tropik dan wilayah dinamik secara sosial ekonomi, merupakan kawasan endemik berbagai penyakit menular. Sekaligus merupakan kawasan yang berpotensi tinggi untuk hadirnya penyakit infeksi baru. Beberapa penyakit infeksi dan kini endemik adalah demam berdarah dengue (pertama kali tahun 1968 di Surabaya), virus hantaan (1977) dijumpai pada tikus diberbagai pelabuhan, kini diberbagai kota pelabuhan, HIV/AIDS (pertama kali di Denpasar 1987) kini merambah ke Indonesia. Penyakit lain merupakan penyakit infeksi endemik dan sudah lama di Indonesia dan endemik di berbagai kabupaten (daerah pegunungan maupun pantai) yaitu TBC dan Malaria.

Masing-masing penyakit memiliki peta endemisitas tersendiri. Tiap tahun diselenggarakan pertemuan nasional semacam konvensi untuk melakukan monitoring kemajuan program serta perkuatan dari *networking*, yakni apa yang dikenal sebagai Sistem Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan. Semua institusi pelayanan seperti kuratif penyakit menular maupun pelayanan kesehatan masyarakat, pemerintah, swasta, organisasi non pemerintah, *partner* non kesehatan, bergabung menjadi satu sistem.

Dalam konteks desentralisasi, komitmen global yang telah menjadi komitmen nasional harus menjadi komitmen wilayah otonom kabupaten/ kota. Mengingat kejadian penyakit bersifat spesifik lokal, setiap kabupaten seharusnya berwenang menetapkan prioritas masalah kesehatan sesuai dengan eviden yang bersifat spesifik lokal. Kejadian penyakit berhubungan

erat dengan faktor risiko yang pada dasarnya adalah semua faktor yang berperan secara lokal spesifik dalam setiap kejadian penyakit. Oleh sebab itu, pengendalian penyakit harus dilakukan secara komprehensif meliputi: 1. Mencari dan mengobati kasus secara adil, merata dan berkualitas. 2. Mengidentifikasi faktor risiko berbagai penyakit dan berupaya melakukan eliminasi. Dengan demikian kemampuan melakukan pencegahan sangat ditentukan oleh kemampuan memahami teori kejadian yang menghimpun berbagai faktor risiko.

B. Pembangunan Berwawasan Lingkungan

Pada awal dekade tahun 80-an lingkungan hidup dimasukkan dalam perencanaan pembangunan dan dijadikan ukuran keberhasilan suatu proses pembangunan, yang kemudian dikenal dengan sebutan pembangunan berkelanjutan (*sustainable Development*). Dengan demikian, untuk mengukur hasil pembangunan tidak boleh lagi hanya dengan pendapatan perkapita. Namun sudah harus melibatkan ukuran kesehatan, pendidikan, dan kualitas lingkungan.

Pembangunan berwawasan lingkungan memiliki ciri dalam dua hal pokok, yakni ciri yang berkaitan dengan ukuran keberhasilan pembangunan dan ciri yang melekat pada strategi dasar proses pembangunannya.²⁶

Ukuran keberhasilan pembangunan harus diletakkan pada variabel ekonomi, pendidikan, kesehatan, dan lingkungan secara simultan, bukan hanya ukuran ekonomi saja. Keberhasilan ekonomis dapat dianggap tidak memiliki arti besar apabila bersamaan dengan hal tersebut terjadi kemerosotan kualitas lingkungan dan stagnasi di bidang kesehatan dan pendidikan penduduknya, apalagi jika disertai dengan kemerosotan akhlak penduduk. Selain itu, apabila terjadi peningkatan kualitas ekonomi namun disertai dengan kerusakan sumber daya alam dan kualitas manusia, pasti akan mengakibatkan kerugian yang lebih besar dalam dimensi jangka panjangnya. Itulah sebabnya dalam mengukur hasil pembangunan, harus melihat keseluruhan variabel diatas secara bersamaan, melihat

²⁶ Amsyari Fuad, 1996, *Membangun Lingkungan Sehat*, Airlangga University Press, Surabaya. h. 34

perkembangannya dari tahun ke tahun untuk diperbandingkan perubahannya.

Proses pembangunan berwawasan lingkungan harus memberikan pembobotan pembangunan pada tiga pilar pembangunan secara simultan, yaitu kualitas sumber daya manusia, kualitas lingkungan, dan pertumbuhan pemerataan ekonomi. Sedangkan karakteristik pembangunan berwawasan lingkungan yang mendasar, meliputi mengembangkan:²⁷

1. proyek ekonomis yang bersih (*clean production*);
2. proyek ekonomis yang berteknologi tinggi sehingga mendatangkan *value added* yang besar, namun berpencemaran rendah;
3. tata ruang yang berorientasi pada kondisi ekosistem dan diberlakukan secara ketat;
4. pemantauan kualitas lingkungan yang terus-menerus;
5. penyusunan neraca sumber daya alam secara periodik untuk mengetahui proses pengurusan kekayaan tanah air; dan
6. managemen pembangunan yang profesional dan bersih serta berorientasi pada kesejahteraan rakyat banyak.

Adapun indikator yang dilihat dari pelaksanaan pembangunan berwawasan lingkungan adalah jumlah penduduk yang masih miskin, jumlah penduduk yang masih buta huruf atau berpendidikan dasar, besarnya angka kesakitan dan kematian, besarnya sumber daya alam yang telah dieksplorasi, sisa sumber daya alam yang masih tersedia di kawasan tanah air, kualitas lingkungan yang tercemari oleh kegiatan pembangunan, dan kemerosotan kualitas akhlak penduduknya.

Dua teori tersebut akan digunakan untuk menganalisa dalam pelaksanaan MDG 6 dan MDG 7 di dua daerah penelitian. Selain mengacu pada kebijakan yang telah dibuat oleh Pemerintah dalam pencapaian MDG 6 dan MDG 7.

Sejak pemerintah Indonesia berkomitmen untuk melaksanakan MDGs, MDGs telah menjadi acuan dalam penyusunan Dokumen

²⁷ *Ibid.* h. 35

Perencanaan Pembangunan Nasional. Pengarusutamaan MDGs dalam pembangunan sudah dilakukan sejak tahap perencanaan dan penganggaran sampai pada pelaksanaannya, seperti yang tertuang dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005-2025, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2004–2009 dan 2011–2014, serta Rencana Kerja Tahunan (RKT) berikut dokumen anggarannya. Berlandaskan strategi *pro-growth*, *pro-job*, *pro-poor*, dan *pro-environment*, alokasi dana dalam anggaran pusat dan daerah untuk mendukung pencapaian berbagai sasaran MDGs diupayakan untuk terus meningkat setiap tahunnya. Selain meningkatkan kemitraan produktif dengan masyarakat madani dan sektor swasta untuk berkontribusi terhadap percepatan pencapaian MDGs.

Namun belum semua target MDGs tercapai.²⁸ Keseluruhan target dalam MDG 7 masih memerlukan kerja keras untuk mencapainya. Sedangkan dalam MDG 6, secara nasional sebagian target sudah tercapai, namun disparitas antarprovinsi masih cukup besar sehingga masih diperlukan perhatian khusus dalam pencapaian MDG 6.

Untuk mempercepat pencapaian MDGs dalam lima tahun ke depan, Presiden telah mengeluarkan Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan, yang salah satu instruksinya ditujukan untuk percepatan pencapaian MDGs. Beberapa pertemuan dilakukan oleh Presiden dengan para Menteri dan Gubernur seluruh Indonesia, dan pada Rapat Kerja II, Tampak Siring, Bali, 19 – 21 April 2010, terungkap bahwa dalam pencapaian MDGs perlu melibatkan seluruh

²⁸ Dalam Ringkasan Peta MDGs, target MDGs yang masih memerlukan kerja keras untuk pencapaian target pada tahun 2015 adalah : (1) MDG 1 - mengurangi kemiskinan yang pada tahun 2010 masih 13,33 persen menjadi 8 s/d 10 persen pada tahun 2014; (2) MDG 5 – penurunan angka kematian ibu yang pada tahun 2007 sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015; (3) MDG 6 – penurunan jumlah penderita HIV/AIDS, khususnya diantara kelompok risiko tinggi pengguna narkoba suntik dan pekerja seks, yang dalam beberapa tahun terakhir terus mengalami peningkatan; (4) MDG 7 – keberlanjutan lingkungan yang diukur dari tingkat emisi gas rumah kaca yang saat ini masih tinggi diharapkan turun paling sedikit 26 persen pada 2020, meningkatkan akses keberlanjutan air minum dan sanitasi yang layak, serta perbaikan permukiman kumuh. Baca Bappenas, *Ringkasan Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia*, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas, Jakarta, 2010, h. 7.

pemangku kepentingan (*stakeholders*) yang terdiri dari Pemerintah, dunia usaha, masyarakat luas termasuk masyarakat madani, dan para tokoh agama; perlu pendekatan holistik yaitu menempatkan manusia sebagai pusat pembangunan (*people centered*) yang didukung dengan sinergi pusat dan daerah, antarkementerian dan lembaga, antarpemerintah dengan masyarakat, serta kerja sama internasional; memberikan perhatian lebih besar kepada daerah-daerah yang kinerjanya masih di bawah rata-rata nasional, serta daerah dengan jumlah penduduk yang belum mencapai MDGs masih besar; serta memperhatikan kondisi spesifik dan kearifan lokal. Dalam kesempatan itu juga pemerintah pusat dan pemerintah daerah telah berkomitmen dan menyepakati tindak lanjut upaya percepatan pencapaian MDGs dengan pembagian tugas sebagai berikut:²⁹

1. Rencana tindak lanjut yang akan dilaksanakan oleh Pemerintah Pusat pada tahun 2010 dan 2011 adalah:
 - a. Mengintegrasikan sasaran MDGs ke dalam RPJMN 2010 – 2014 dan RKP mulai dari tingkat rumusan kebijakan, program, kegiatan, indikator kerja, dan sasaran serta pembiayaan;
 - b. Penyusunan Peta Jalan (*Roadmap*) Percepatan Pencapaian Sasaran MDGs;
 - c. Penyusunan pedoman rencana aksi percepatan pencapaian MDGs bagi daerah;
 - d. Memberikan perhatian bagi daerah-daerah yang kinerja pencapaian sasaran MDGs masih tertinggal, antara lain melalui pemihakan kebijakan, alokasi sumber daya, dan penguatan kapasitas pemerintah daerah, termasuk penguatan kemitraan dengan dunia usaha untuk mendorong pelaksanaan *corporate social responsibility* (CSR); dan
 - e. Memberikan perhatian beberapa sasaran MDGs yang memerlukan upaya lebih keras, yaitu penurunan angka kematian ibu melahirkan (MDG 5), pencegahan penularan HIV/AIDS (MDG 6), dan peningkatan tutupan lahan (MDG 7).

²⁹ <http://www.humas.bappenas.go.id/>, diakses 14 Februari 2011.

2. Rencana tindak lanjut yang akan dilaksanakan oleh pemerintah daerah pada tahun 2010 dan 2011 adalah meliputi:
- Menyusun rencana aksi percepatan pencapaian sasaran MDGs daerah yang lebih operasional berdasarkan karakteristik daerah, kearifan lokal, dan hasil pemetaan kondisi saat ini (*baseline study*).
 - Mengintegrasikan rencana aksi percepatan pencapaian sasaran MDGs ke dalam RPJMD dan RKPD.
 - Memperkuat sistem pemantauan dan evaluasi pencapaian kinerja sasaran MDGs daerah secara berkala dan didukung dengan sistem pendataan serta pelaporan yang handal.

Dengan adanya Inpres Nomor 3 Tahun 2010 tersebut, baik Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah mempunyai tugas yang berat untuk mewujudkan pencapaian MDGs seperti yang sudah ditargetkan bersama. Bagi daerah yang saat ini masih tertinggal dalam pencapaian MDGs, seperti Maluku Utara dan Sulawesi Utara, tentunya perlu upaya khusus untuk melakukan percepatan pencapaian MDGs tersebut. Penelitian ini dimaksudkan untuk mengetahui lebih lanjut upaya atau kebijakan apa yang akan ditempuh daerah untuk mewujudkan percepatan pencapaian MDGs, terutama MDG 6 dan MDG 7 yang menjadi fokus penelitian ini.



BAB III

GAMBARAN UMUM TENTANG *MILLENIUM DEVELOPMENT GOALS (MDGs)*



A. Sejarah Singkat

MDGs (*Millennium Development Goals*) merupakan upaya untuk memenuhi hak-hak dasar kebutuhan manusia yang didasarkan pada komitmen bersama antara 189 negara anggota PBB – termasuk Indonesia – untuk melaksanakan 8 (delapan) tujuan pembangunan, yaitu (1) menanggulangi kemiskinan dan kelaparan, (2) mencapai pendidikan dasar untuk semua, (3) mendorong kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, (4) menurunkan angka kematian anak, (5) meningkatkan kesehatan ibu, (6) memerangi penyebaran HIV/AIDS, malaria, dan penyakit menular lainnya, (7) kelestarian lingkungan hidup, serta (8) membangun kemitraan global dalam pembangunan. Kedelapan tujuan tersebut ditargetkan untuk dicapai pada tahun 2015 didasarkan pada target dan indikator yang sudah ditetapkan bersama dan terukur.

Millenium Development Goals (MDGs) atau Tujuan Pembangunan Milenium (TPM) merupakan paradigma pembangunan global yang disepakati secara internasional oleh 189 negara anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) dalam Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium PBB bulan September tahun 2000. KTT Milenium tersebut melahirkan Deklarasi Milenium yang berisi kesepakatan negara-negara tentang arah pembangunan berikut sasaran-sasarannya yang perlu diwujudkan.³⁰

Secara ringkas, arah pembangunan yang disepakati secara global itu meliputi: (1) menghapus kemiskinan dan kelaparan berat; (2) mewujudkan pendidikan dasar untuk semua orang; (3) mempromosikan

³⁰ Tim Penyusun Laporan Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) Indonesia Tahun 2007, "Laporan Pencapaian Millenium Development Goals Indonesia 2007," Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, November 2007.

kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan; (4) menurunkan kematian anak; (5) meningkatkan kesehatan maternal; (6) melawan penyebaran HIV/AIDS, dan penyakit kronis lainnya (malaria & tuberkulosis); (7) menjamin keberlangsungan lingkungan; dan (8) mengembangkan kemitraan global untuk pembangunan. Tujuan ke-1 hingga ke-7 khusus untuk negara berkembang, sedangkan tujuan ke-8 untuk negara maju, yaitu membantu negara-negara berkembang melaksanakan ketujuh target MDGs.

B. MDGs di Indonesia

Sebagai negara yang turut menyepakati KTT Milenium tersebut, Indonesia menetapkan target-target yang ingin dicapai pada tahun 2015³¹, seperti pada tabel 3.1. berikut:

Tabel 3.1. Target MDGS Tahun 2015

Tujuan	Target
Tujuan 1: Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan	Target 1: Menurunkan proporsi penduduk yang tingkat pendapatannya di bawah US \$ 1 per hari menjadi setengahnya dalam kurun waktu 1990-2015. Indikatornya (a) persentase penduduk dengan pendapatan di bawah US \$ 1 per hari; (b) persentase penduduk dengan tingkat konsumsi di bawah garis kemiskinan nasional; (c) indeks kedalaman kemiskinan; (d) indeks keparahan kemiskinan; (e) proporsi konsumsi penduduk termiskin (kuantil pertama) Target 2: Menurunkan proporsi penduduk yang menderita kelaparan menjadi setengahnya dalam kurun waktu 1990-2015. Indikatornya: (a) persentase anak usia di bawah 5 tahun yang mengalami gizi buruk; dan (b) persentase anak usia di bawah 5 tahun yang mengalami

³¹ Ibid.

Tujuan	Target
	gizi kurang
Tujuan 2: Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua	Target 3: Menjamin pada tahun 2015, semua anak (laki dan perempuan) dapat menyelesaikan pendidikan dasar. Indikatornya: (a) angka partisipasi murni (APM) sekolah dasar/ madrasah ibtidaiyah (7-12 tahun); (b) angka partisipasi murni (APM) sekolah menengah pertama/madrasah tsanawiyah (13-15 tahun); dan (c) angka melek huruf usia 15-24 tahun
Tujuan 3: Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan	Target 4: Menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005 dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015. Indikatornya: (a) 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; (b) rasio melek huruf perempuan terhadap anak laki-laki usia 15 – 24 tahun yang diukur melalui angka melek huruf perempuan/laki-laki (indeks paritas melek huruf gender); (c) tingkat partisipasi angkatan kerja (TPAK) perempuan; (d) tingkat pengangguran terbuka (TPT) perempuan; (e) kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan; (f) tingkat daya beli pada kelompok perempuan; dan (g) proporsi perempuan dalam lembaga-lembaga publik (legislatif, eksekutif, yudikatif)
Tujuan 4: Menurunkan Angka Kematian Anak	Target 5: Menurunkan angka kematian Balita sebesar duapertiganya dalam kurun waktu 1990-2015. Indikatornya: (a) angka kematian bayi (AKB) per 1000 kelahiran hidup; (b) angka kematian Balita (AKBA) per 1000 kelahiran hidup; (c) anak usia 12-23 bulan yang

Tujuan	Target
	diimunisasi campak (persen)
Tujuan 5: Meningkatkan Kesehatan Ibu	Target 6: Menurunkan angka kematian ibu sebesar tiga perempatnya dalam kurun waktu 1990-2015. Indikatornya: (a) angka kematian ibu melahirkan (AKI) per 100.000 kelahiran hidup; (b) proporsi kelahiran yang ditolong oleh tenaga kesehatan; dan (c) proporsi wanita 15-49 tahun berstatus kawin yang sedang menggunakan atau memakai alat keluarga berencana
Tujuan 6: Memerangi HIV/AIDs, Malaria, dan Penyakit Menular Lainnya	Target 7: Mengendalikan penyebaran HIV dan AIDs dan mulai menurunnya jumlah kasus baru pada tahun 2015. Indikatornya: (a) prevalensi HIV dan AIDs; (b) penggunaan kondom pada hubungan seks beresiko tinggi; (c) penggunaan kondom pada pemakai kontrasepsi; dan (d) persentase penduduk usia muda 15-24 tahun yang mempunyai pengetahuan komprehensif tentang HIV/ AIDs Target 8: Mengendalikan penyakit malaria dan mulai menurunnya jumlah kasus malaria serta penyakit lainnya pada tahun 2015. Indikatornya: (a) prevalensi malaria per 1.000 penduduk; (b) prevalensi tuberkulosis per 100.000 penduduk; (c) angka penemuan pasien tuberkulosis BTA positif baru (persen); dan (d) angka keberhasilan pengobatan pasien tuberkulosis (persen).
Tujuan 7: Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup	Target 9: Memadukan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumber daya lingkungan yang hilang. Indikatornya: (a) rasio luas kawasan tertutup pepohonan

Tujuan	Target
	<p>berdasarkan hasil pemotretan Satelit Landsat terhadap luas daratan; (b) rasio luas kawasan tertutup pepohonan berdasarkan luas kawasan hutan, kawasan lindung, dan kawasan konservasi termasuk kawasan perkebunan dan hutan rakyat terhadap luas daratan; (c) rasio luas kawasan lindung terhadap luas daratan; (d) rasio luas kawasan lindung perairan; (e) jumlah emisi karbondioksida (metrik/ton); (f) jumlah konsumsi bahan perusak ozon (ton); (g) rasio jumlah emisi karbondioksida terhadap jumlah penduduk Indonesia; (h) jumlah penggunaan energi (total) dari berbagai jenis; (i) rasio penggunaan energi dari berbagai jenis terhadap Produk Domestik Bruto; (j) penggunaan energi dari berbagai jenis secara absolut (metrik/ton).</p> <p>Target 10:</p> <p>Menurunkan proporsi penduduk tanpa akses terhadap sumber air minum yang aman dan berkelanjutan serta fasilitas sanitasi dasar sebesar separuhnya pada 2015. Indikatornya: (a) proporsi rumah tangga terhadap penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (total); (b) proporsi rumah tangga/ penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (perdesaan); (c) proporsi rumah tangga/ penduduk dengan berbagai kriteria sumber air (perkotaan); (d) cakupan pelayanan perusahaan daerah air minum (KK); (e) proporsi rumah tangga dengan akses pada fasilitas sanitasi yang layak (total, perdesaan, perkotaan)</p> <p>Target 11:</p> <p>Mencapai perbaikan yang berarti dalam kehidupan penduduk miskin di pemukiman kumuh pada tahun 2020. Indikatornya proporsi rumah tangga yang memiliki atau menyewa rumah (persen).</p>

Menurut Laporan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Indonesia berhasil mencapai sejumlah target Tujuan Pembangunan Milenium (*Millenium Development Goals/MDGs*) pada tahun 2010. Target MDGs yang telah dicapai mencakup:³²

- MDG 1: Terkait tingkat kemiskinan ekstrim, yaitu proporsi penduduk yang hidup dengan pendapatan perkapita kurang dari satu dolar AS per hari, telah menurun dari 20,6 persen pada 1990 menjadi 5,9 persen pada 2008. Sementara itu capaian yang telah menunjukkan kemajuan signifikan mencakup MDG1, yaitu prevalensi balita kurang gizi berkurang hampir setengahnya dari 31 persen pada 1989 menjadi 18,4 pada 2007. Target 2015 sebesar 15,5 persen diperkirakan akan tercapai.
- MDG 2: Target untuk kesetaraan gender dalam semua jenis pendidikan diperkirakan akan tercapai. Selain itu, angka partisipasi murni untuk pendidikan dasar mendekati 100 persen dan tingkat melek huruf penduduk melebihi 99,47 persen pada 2009.
- MDG 3: Rasio angka partisipasi murni (APM) perempuan terhadap laki-laki di SMA/MA/Paket C dan pendidikan tinggi pada 2009 adalah 96,16 persen dan 102,95. Dengan demikian target 2015 sebesar 100 persen diperkirakan akan tercapai. Rasio APM perempuan terhadap laki-laki di SD/MI/Paket A dan SMP/MTs/Paket B berturut-turut sebesar 99,73 persen dan 101,99 persen pada 2009, dan rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki pada kelompok usia 15-24 tahun telah mencapai 99,85 persen.
- MDG 4: Angka kematian balita telah menurun dari 97 per 1.000 kelahiran pada 1991 menjadi 44 per 1.000 kelahiran pada 2007 dan diperkirakan target 32 per 1.000 kelahiran pada 2015 akan tercapai.
- MDG 6: Terjadi peningkatan penemuan kasus tuberkulosis dari 20 persen pada 2000 menjadi 73,1 persen pada 2009 dari target 70 persen, dan penurunan prevalensi tuberkulosis dari 443 kasus pada 1990 menjadi 244 kasus per 100.000 penduduk pada 2009.

³² —, Indonesia Berhasil Capai Sejumlah Target MDGs, <http://www.antaranews.com/news/237516/indonesia-berhasil-capai-sejumlah-target-mdgs>, Senin, 13 Desember 2010, diakses Rabu, 6 Juli 2011.

- MDG 8: Indonesia berhasil mengembangkan perdagangan serta sistem keuangan yang terbuka, berdasarkan aturan, bisa diprediksi dan non diskriminatif terbukti dengan adanya kecenderungan positif dalam indikator yang berhubungan dengan perdagangan dan sistem perbankan nasional.

Sementara target MDGs yang telah menunjukkan kecenderungan pencapaian yang baik namun masih memerlukan kerja keras mencakup:

- MDG 1: Indonesia telah menaikkan ukuran untuk target pengurangan kemiskinan dan akan memberikan perhatian khusus mengurangi tingkat kemiskinan yang diukur terhadap garis kemiskinan nasional dari 13,33 persen (2010) menjadi 8-10 persen pada 2014.
- MDG 5: Angka kematian ibu menurun dari 390 pada 1991 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada 2007. Diperlukan upaya keras untuk mencapai target pada 2015 sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup.
- MDG 6: Jumlah penderita HIV/AIDS meningkat, khususnya di antara kelompok risiko tinggi pengguna narkoba suntik dan pekerja seks. Tingkat kenaikan juga sangat tinggi di beberapa daerah di mana kesadaran tentang penyakit ini rendah.
- MDG 7: Indonesia memiliki target emisi gas rumah kaca yang tinggi, namun tetap berkomitmen untuk meningkatkan tutupan hutan, memberantas pembalakan liar dan mengimplementasikan kerangka kerja kebijakan untuk mengurangi emisi CO₂ paling tidak 26 persen selama 20 tahun ke depan. Selain itu saat ini hanya 47,73 persen rumah tangga yang memiliki akses berkelanjutan terhadap air minum layak dan 51,19 persen yang memiliki akses sanitasi yang layak. Ini diperlukan perhatian khusus untuk mencapai target MDG pada 2015.

C Pengarusutamaan MDGs dalam Perencanaan Pembangunan

Karena sedemikian pentingnya MDGs, maka perlu dilakukan pengarusutamaan MDGs dalam setiap perencanaan pembangunan di Indonesia. Pengarusutamaan ini sangat penting, mengingat MDGs yang memenuhi hajat hidup masyarakat luas serta target waktu yang telah ditetapkan di tingkat internasional, yaitu tahun 2015 yang kini tinggal

tersisa 5 tahun lagi bagi Indonesia untuk menyelesaikan dan mengupayakan pencapaian 8 Tujuan Pembangunan Milenium yang terkait dengan pengurangan kemiskinan, pencapaian pendidikan dasar, kesetaraan gender, perbaikan kesehatan ibu dan anak, pengurangan prevalensi penyakit menular, pelestarian lingkungan hidup, dan kerjasama global.

Pengarusutamaan MDGs melibatkan banyak pihak terkait dalam penyelenggaraan pembangunan di Indonesia. Unsur legislatif, eksekutif, dan yudikatif semuanya perlu terlibat dalam penyelenggaraan pembangunan yang berorientasi MDGs. Selain itu masyarakat melalui berbagai bentuk kegiatan juga perlu berpartisipasi dalam pengarusutamaan MDGs dalam setiap proses penyelenggaraan pembangunan. Untuk kesuksesan MDGs sebagaimana telah ditetapkan, maka pengarusutamaan MDGs merupakan sesuatu yang harus dipahami dan mengikat pemerintah dan masyarakat dalam rangka pembangunan di Indonesia. Pengarusutamaan MDGs membutuhkan komitmen yang kuat baik pihak penyelenggara negara maupun masyarakat.

Indonesia telah mempunyai komitmen yang kuat atas MDGs dalam rangka meningkatkan kesejahteraan rakyat. Oleh karena itu MDGs merupakan acuan penting dalam penyusunan Dokumen Perencanaan Pembangunan Nasional. Pemerintah telah mengarusutamakan MDGs dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN 2005-2025), Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN 2005-2009 dan 2010-2014), Rencana Pembangunan Tahunan Nasional (RKP), serta dokumen Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN).³³ Untuk mencapai kesuksesan MDGs, maka komitmen terhadap misi MDGs melalui pengarusutamaan MDGs harus menjadi pedoman dan diimplementasikan dalam kehidupan berbangsa dan bernegara setiap hari. Implementasi dari komitmen tersebut harus tercermin dalam segala kegiatan pembangunan yang dilakukan oleh para pemangku kepentingan pembangunan di Indonesia. Dalam hal ini diperlukan kekompakan dari para penyelenggara negara yang terkait dengan pembangunan.

³³ Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia.

Langkah-langkah untuk mempercepat pencapaian MDGs selama lima tahun ke depan sebagaimana diamanatkan oleh Inpres No. 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan, meliputi:³⁴

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

Langkah-langkah untuk mempercepat pencapaian MDGs tersebut harus diwujudkan dalam kehidupan berbangsa dan bernegara. Jika langkah-langkah tersebut diabaikan, maka bukan tidak mungkin upaya percepatan MDGs tak akan mencapai targetnya, atau bahkan sia-sia. Padahal kerja

³⁴ *Ibid.*

keras untuk mencapai tujuan MDGs telah diupayakan sejak beberapa tahun terakhir, dengan melibatkan berbagai sumber daya yang ada.

Dalam rangka percepatan Pencapaian MDGs tahun 2015, diperlukan persiapan dokumen dan kegiatan yang terkait dengan target yang ditetapkan. Untuk tahun 2010-2011, dokumen dan kegiatan tersebut meliputi:³⁵

1. Peta jalan (*roadmap*) Percepatan MDGs (2010) yang mencakup: Analisa situasi pencapaian MDGs; Tantangan; serta prioritas dan strategi.
2. Pencapaian MDGs Tahun 2010 yang mencakup: Pencapaian MDGs nasional; dan upaya percepatan pencapaian MDGs (*next step*).
3. Pedoman Rencana Aksi Daerah Percepatan Pencapaian Target MDGs di Daerah (2010).
4. Sosialisasi dan fasilitasi Penyusunan RAD (2010).
5. Rencana Aksi Percepatan Pencapaian MDGs di Daerah (2011) yang mencakup: Pencapaian MDGs di Daerah; Kebijakan dan Strategi; serta program, kegiatan, sasaran, indikator, pembiayaan.
6. Monitoring dan Evaluasi.

Keenam dokumentasi tersebut akan menjadi pedoman dan petunjuk arah yang jelas dalam penyelenggaraan pembangunan yang mengarusutamakan MDGs. Oleh karena itu, para penyelenggara negara yang terkait dengan pembangunan perlu memahami keenam dokumen tersebut untuk diterjemahkan dalam kegiatan tugas-tugasnya sehari-hari di lapangan. Bagaimanapun dokumentasi merupakan petunjuk yang sangat berarti bagi implementasi program di lapangan yang tak jarang mengandung situasi-situasi khusus yang memerlukan penyesuaian.

D. Peran Daerah

Sebagai proyek besar tingkat dunia, MDGs di Indonesia bukanlah monopoli tanggung jawab pemerintah pusat saja, namun juga membutuhkan peran pemerintah daerah dan partisipasi masyarakat dalam implementasinya di lapangan. MDGs adalah kesepakatan tingkat dunia,

³⁵ Ibid.

dimana banyak negara anggota PBB yang telah menandatangani kesediaan untuk mewujudkannya, sehingga Indonesia perlu mengoptimalkan setiap sumber daya yang ada untuk mewujudkan MDGs. Untuk mencapai target MDGs nasional, tak mungkin dicapai tanpa menyukseskan MDGs di tingkat daerah, karena daerah merupakan ujung tombak pencapaian target tersebut. Kesuksesan MDGs tingkat nasional akan sangat ditentukan oleh capaian MDGs di setiap daerah di Indonesia. Oleh karena itu, peran daerah sangat diperlukan mengingat, berbagai persoalan masyarakat yang terkait dengan MDGs terdapat di setiap daerah. Daerah adalah ujung tombak pelaksanaan pembangunan, oleh karena itu setiap daerah harus mempersiapkan diri dan berpartisipasi dalam implementasi MDGs.

Dalam rangka mencapai target MDGs, diperlukan pemahaman terhadap relevansi antara MDGs dengan pembangunan daerah. Sebagaimana tercantum dalam “Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia”, kaitan antara MDGs dan Pembangunan Daerah adalah:³⁶

- Pengarusutamaan MDGs harus dilakukan dalam proses perencanaan daerah dan diarahkan untuk dapat 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 Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RJPMD).
- Upaya pencapaian MDGs diterjemahkan melalui penetapan program, kegiatan, indikator, dan target termasuk pembiayaannya.
- Di tingkat provinsi, penerjemahan upaya pencapaian MDGs lebih operasional, juga perlu dilakukan di tingkat kabupaten.

Dengan demikian, MDGs merupakan sesuatu yang mau tidak mau harus ada dalam proses pembangunan di daerah. Dalam hal ini tentu saja diperlukan kemampuan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya yang ada di daerah, di mana berbagai sumber tersebut harus dimanfaatkan

³⁶ *Ibid.*

secara optimal. Diperlukan kemampuan manajemen di tingkat daerah untuk mencapai target MDGs di wilayah masing-masing.

Dokumen yang perlu diperhatikan dalam penyusunan RAD Percepatan Pencapaian MDGs:³⁷

1. Dokumen RPJMN 2010-2014.
2. RKP Tahun 2011.
3. Inpres Nomor 3 Tahun 2010.
4. Peta Jalan (*Road Map*) Percepatan Pencapaian MDGs.



Keempat dokumen tersebut sangat penting dalam penyusunan Rencana Aksi Daerah dalam rangka percepatan MDGs, di mana keempat dokumen tersebut akan menjadi pedoman dan titik awal berpijak bagi pemerintah daerah untuk menjalankan pembangunan di wilayahnya. Dengan memperhatikan RPJMN 2010-2014, maka pemerintah daerah dapat membuat rencana yang matang untuk aksi percepatan pencapaian MDGs, karena program-program akan dilokasikan pada waktu yang tepat dan anggaran yang memadai. Dengan melihat RKP 2011, maka pemerintah daerah dapat merencanakan pembangunan dalam upaya pencapaian MDGs hingga tahun 2015. Dengan memahami Inpres No. 3 Tahun 2010, maka pemerintah daerah dapat menyusun rencana aksi yang relevan dengan kondisi lapangan, yang diharapkan mampu mencapai target MDGs dengan lebih cepat. Dengan memahami peta jalan (*road map*) maka pemerintah daerah akan lebih mudah menyusun dan melaksanakan program-program pembangunan dalam rangka percepatan pencapaian MDGs.

Penyusunan Rencana Aksi Daerah dalam rangka percepatan pencapaian MDGs membutuhkan langkah-langkah teknis, dikarenakan langkah-langkah teknis tersebut akan mempermudah para penyusun dalam menjalankan tugasnya.

Langkah-langkah Teknis Penyusunan Rencana Aksi Daerah (RAD) Percepatan Pencapaian Target MDGs dapat dilihat pada tabel 3.2.³⁸

³⁷ *Ibid.*

³⁸ *Ibid.*

Tabel 3.2. Langkah Teknis Penyusunan RAD

Langkah 1	Penetapan Tim Pengarah dan Kelompok Kerja (Pokja)
Langkah 2	Masing-masing Pokja menyusun Draft Rencana Aksi Daerah (RAD) Percepatan Pencapaian MDGs, yang mencakup: 1. Identifikasi tujuan, target dan indikator masing-masing dalam MDGs. 2. Menetapkan program dan kegiatan prioritas terkait dengan pencapaian masing-masing target MDGs. 3. Menetapkan indikator dan target pencapaiannya terkait dengan program dan kegiatan dalam pencapaian masing-masing target MDGs. 4. Menetapkan alokasi anggaran yang dibutuhkan dan sumber pendanaan dalam pelaksanaan program, kegiatan dan tindakan yang dilakukan.
Langkah 3	Sidang Pleno Antar Pokja (Workshop)
Langkah 4	Penyempurnaan Draft RAD
Langkah 5	Pengesahan Rencana Aksi Daerah oleh Kepala Daerah
Langkah 6	Sosialisasi Rencana Aksi Daerah

Dengan langkah-langkah teknis tersebut diharapkan penyusunan Rencana Aksi Daerah akan berjalan baik dan mampu menampung berbagai aspirasi yang terkait dengan percepatan pencapaian MDGs di daerah.



BAB IV

KEBIJAKAN NASIONAL



A. Kebijakan Nasional Pencapaian Tujuan Keenam MDGs

A. 1. Pencapaian MDGs 6

Tujuan pembangunan milenium atau *Millennium Development Goals* (MDGs) merupakan cita-cita mulia dari hampir semua negara di dunia yang dituangkan ke dalam Deklarasi milenium (*millenium Declaration*). Cita-cita ini didasari kenyataan bahwa pembangunan yang hakiki adalah pembangunan manusia. ini merupakan paradigma yang harus menjadi landasan pelaksanaan pembangunan negara-negara di dunia yang telah menyepakati Deklarasi milenium perserikatan bangsa-bangsa tersebut.

Cita-cita pembangunan manusia mencakup semua komponen pembangunan yang tujuan akhirnya ialah kesejahteraan masyarakat. Masyarakat sejahtera adalah masyarakat yang dapat menikmati kemakmuran secara utuh, tidak miskin, tidak menderita kelaparan, menikmati pelayanan pendidikan secara layak, mampu mengimplementasikan kesetaraan gender, dan merasakan fasilitas kesehatan secara merata. Kehidupan sejahtera ditandai pula dengan berkurangnya penyakit berbahaya dan menular, masyarakat hidup dalam kawasan lingkungan yang lebih ramah dan hijau, memiliki fasilitas lingkungan dan perumahan yang sehat, dan senantiasa mempunyai mitra dalam menjaga keberlanjutannya.

Untuk tujuan keenam MDGs, terdapat beberapa target dan indikator pencapaian seperti terlihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1. Target dan Indikator Pencapaian MDGs

Target	Indikator capaian yang dimonitor
Target 6A: Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV/AIDS hingga tahun 2015	6.1. Prevalensi HIV/AIDS (persen) dari total populasi 6.2. Penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi terakhir 6.3. Proporsi jumlah penduduk usia 15-24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS
Target 6B: Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai tahun 2010	6.5. Proporsi penduduk terinfeksi HIV lanjut yang memiliki akses pada obat-obatan antiretroviral
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 tidur dengan kelambu berinsektisida 6.9. Angka kejadian, prevalensi dan tingkat kematian akibat Tuberkulosis 6.10. Proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dan diobati dalam program DOTS

Dengan mengacu pada target dan indikator tersebut, maka pencapaian Indonesia pada tujuan keenam MDGs saat ini adalah:

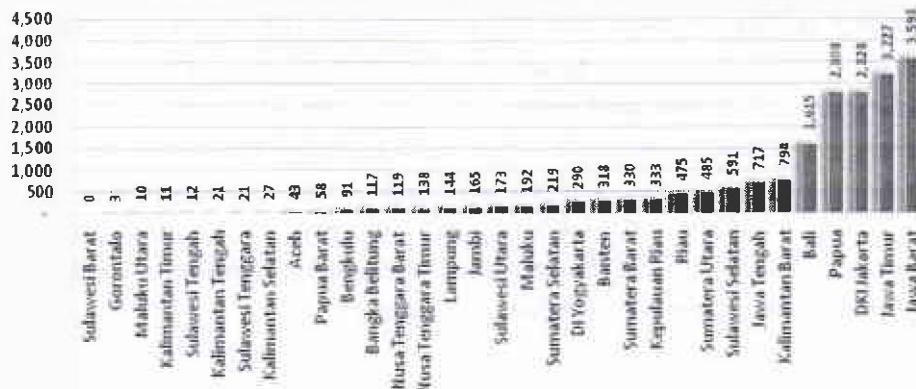
A.1.1. HIV/AIDS

Kondisi saat ini, untuk jumlah infeksi HIV baru di Indonesia menunjukkan adanya peningkatan. Sepanjang periode 1996 sampai dengan 2006, angka kasus HIV meningkat sebesar 17,5 persen dan diperkirakan bahwa ada sekitar 193.000 orang yang saat ini hidup dengan HIV di

Indonesia. Epidemi AIDS umumnya terkonsentrasi pada populasi berisiko tinggi di sebagian besar wilayah Indonesia dengan prevalensi orang dewasa dengan AIDS menurut estimasi nasional 0,22 persen pada tahun 2008. Dua provinsi di Tanah Papua (Papua dan Papua Barat) mengalami pergeseran ke *generalized epidemic* dengan prevalensi 2,4 persen pada populasi umum usia 15-49 (STHP, Kemkes, P2PM, 2007).

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

Grafik 4.1. Jumlah Kasus AIDS di Indonesia, Menurut Provinsi Tahun 2009



Sumber: Kemkes, Ditjen P2PL, 2009

Cara penularan HIV/AIDS. Untuk kasus AIDS sampai dengan Desember 2009 menunjukkan bahwa infeksi HIV/AIDS sebagian besar ditemukan pada kelompok heteroseksual (50,3 persen), pada kelompok homoseksual (3,3 persen), penularan dari ibu ke anak menyebabkan 2,6 persen kasus pada perinatal, dan infeksi HIV yang ditularkan melalui transfusi darah sekitar 0,1 persen. Jika dilihat berdasarkan penularan kasus AIDS, sebagian besar (91 persen) kasus AIDS diderita oleh kelompok usia 15-49 tahun (Kemkes, 2009). Penularan HIV di Indonesia cenderung akan

meningkat dalam lima tahun mendatang dengan semakin banyaknya orang yang melakukan hubungan seks tanpa pelindung dan meningkatnya penyebaran HIV melalui pemakaian narkoba dengan jarum suntik.

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

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

A.1.2. Malaria

Pengendalian penyakit malaria semakin membaik. Angka kesakitan malaria selama tahun 2000-2009 cenderung menurun yaitu dari 3,62 pada tahun 2000 menjadi 1,85 per 1.000 penduduk pada tahun 2009³⁹. API malaria secara nasional berdasarkan hasil pemeriksaan darah sebesar 2,89 persen (Risksdas, 2007). Angka ini menurun menjadi 2,4 persen pada tahun 2010.

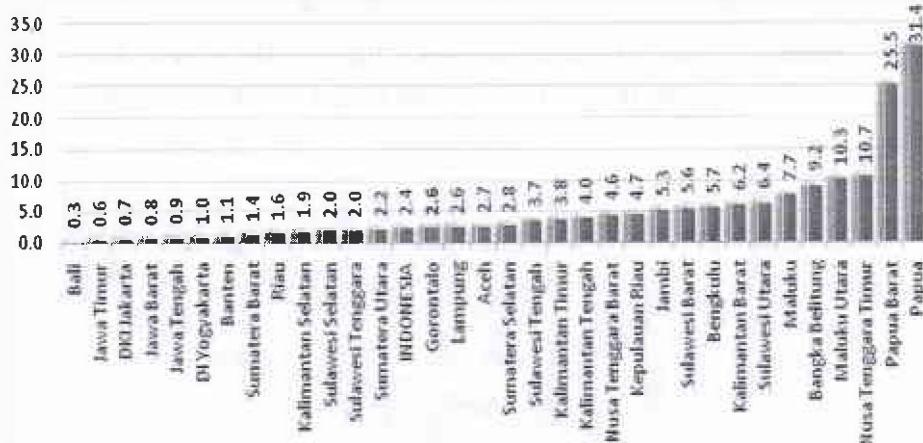
³⁹ Pada tahun 2007, Kementerian Kesehatan menerbitkan kebijakan mengenai penggunaan satu indikator untuk mengukur angka kejadian malaria, yaitu dengan API. Kebijakan ini mensyaratkan bahwa setiap kasus malaria harus dibuktikan dengan hasil uji apus darah dan semua kasus positif harus diobati dengan pengobatan kombinasi berbasis artemisinin atau ACT (*Artemisinin-based Combination Therapies*).

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

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

Proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida terus membaik. Cakupan anak balita yang menggunakan kelambu berinsektisida pada tahun 2007 sebesar 7,7 persen, angka ini meningkat menjadi 16,0 persen pada tahun 2010. Pada tahun 2007 sekitar 32 persen rumah tangga memiliki kelambu anti nyamuk, namun demikian hanya 4 persen rumah tangga memiliki kelambu berinsektisida⁴⁰. Rumah tangga di perdesaan memiliki kelambu berinsektisida lebih tinggi, dibandingkan rumah tangga di perkotaan (SDKI, 2007).

Grafik 4.2. API Malaria Menurut Provinsi, tahun 2010



Sumber: Kemkes, 2010

⁴⁰ ITN yang memenuhi syarat adalah: 1) kelambu berinsektisida buatan pabrik yang tidak membutuhkan perawatan lanjut; atau 2) kelambu dengan perlakuan khusus yang didapat dalam kurun 12 bulan terakhir, atau 3) kelambu yang telah dicelup dalam insektisida dalam kurun 12 bulan terakhir.

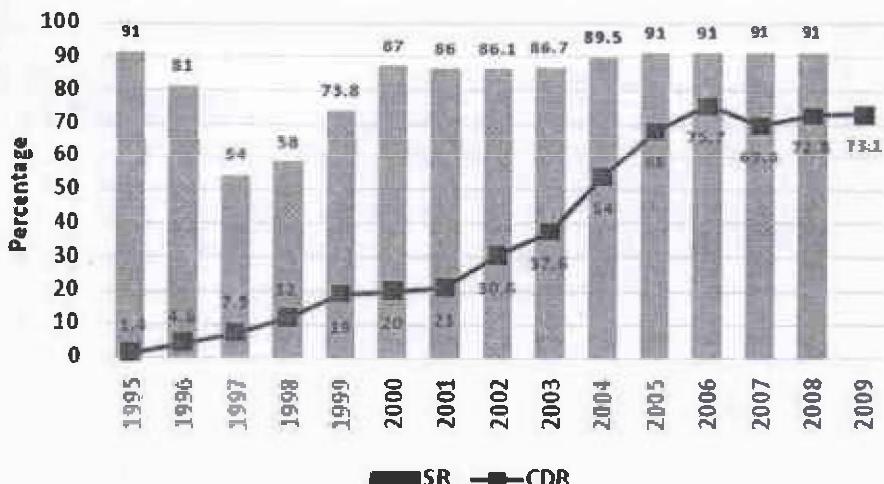
A.1.3. Tuberkulosis (TB)

Pengendalian penyakit TB semakin membaik. Angka penemuan kasus (CDR) meningkat dari 54,0 persen tahun 2004 menjadi 73,1 persen pada tahun 2009. Demikian pula angka keberhasilan pengobatan (SR) pada tahun yang sama meningkat dari 89,5 persen menjadi 91 persen. Kedua sasaran ini telah melampaui target MDGs (masing-masing 70 dan 85 persen).

Indonesia adalah negara pertama yang memiliki beban TB tinggi di wilayah WHO Asia Tenggara yang mencapai target global untuk pendeksteksian kasus (70 persen) dan keberhasilan pengobatan (85 persen). Pada tahun 2010 pemanfaatan obat anti TB/OAT *Directly Observed Treatment Short Course* (DOTS) mencapai sebesar 83,2 persen.

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

Grafik 4.3. Angka Penemuan Kasus (CDR) dan Angka Keberhasilan Pengobatan (SR) Nasional untuk TB(%), Tahun 1995-2009



Sumber: Kemkes, Ditjen P2PL, berbagai tahun

A.2. Kebijakan Nasional Terkait MDGs 6

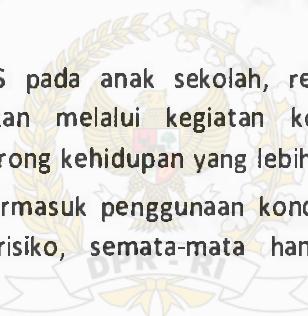
A.2.1. HIV/AIDS

Pembangunan kualitas hidup dan produktifitas manusia di Indonesia saat ini sedang mengalami ancaman nyata. Hal ini ditunjukkan oleh tingginya tingkat penularan penyakit yang disebabkan oleh virus HIV. Kasus AIDS telah dilaporkan oleh semua provinsi dan 214 kabupaten/kota, dengan kemungkinan akan terus bertambah jika epidemi ini tidak ditangani dengan lebih serius.

Untuk menghadapi epidemi HIV tersebut perlu dilakukan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS yang lebih intensif, menyeluruh, terpadu dan terkoordinasi, untuk menghasilkan program yang cakupannya tinggi, efektif dan berkelanjutan.

Dengan latar belakang pemikiran tersebut, maka kebijakan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia disusun sebagai berikut:

- 1) Upaya penanggulangan HIV dan AIDS harus memperhatikan nilai-nilai agama dan budaya/norma kemasyarakatan dan kegiatannya diarahkan untuk mempertahankan dan memperkokoh ketahanan dan kesejahteraan keluarga;
- 2) Upaya penanggulangan HIV dan AIDS diselenggarakan oleh masyarakat, pemerintah, dan LSM berdasarkan prinsip kemitraan. Masyarakat dan LSM menjadi pelaku utama sedangkan pemerintah berkewajiban mengarahkan, membimbing dan menciptakan suasana yang mendukung terselenggaranya upaya penanggulangan HIV dan AIDS;
- 3) Upaya penanggulangan harus didasari pada pengertian bahwa masalah HIV dan AIDS sudah menjadi masalah sosial kemasyarakatan serta masalah nasional dan penanggulangannya melalui “Gerakan Nasional Penanggulangan HIV and AIDS”;
- 4) Upaya penanggulangan HIV and AIDS diutamakan pada kelompok masyarakat berperilaku risiko tinggi tetapi harus pula memperhatikan kelompok masyarakat yang rentan, termasuk yang berkaitan dengan pekerjaannya dan kelompok marginal terhadap penularan HIV and AIDS;

- 
- 5) Upaya penanggulangan HIV and AIDS harus menghormati harkat dan martabat manusia serta memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender;
 - 6) Upaya pencegahan HIV and AIDS pada anak sekolah, remaja dan masyarakat umum diselenggarakan melalui kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi guna mendorong kehidupan yang lebih sehat;
 - 7) Upaya pencegahan yang efektif termasuk penggunaan kondom 100% pada setiap hubungan seks berisiko, semata-mata hanya untuk memutus rantai penularan HIV;
 - 8) Upaya mengurangi infeksi HIV pada pengguna napza suntik melalui kegiatan pengurangan dampak buruk (*harm reduction*) dilaksanakan secara komprehensif dengan juga mengupayakan penyembuhan dari ketergantungan pada napza;
 - 9) Upaya penanggulangan HIV and AIDS merupakan upaya-upaya terpadu dari peningkatan perilaku hidup sehat, pencegahan penyakit, pengobatan dan perawatan berdasarkan data dan fakta ilmiah serta dukungan terhadap ODHA;
 - 10) Setiap pemeriksaan untuk mendiagnosa HIV and AIDS harus diadului dengan penjelasan yang benar dan mendapat persetujuan yang bersangkutan (*informed consent*). Konseling yang memadai harus diberikan sebelum dan sesudah pemeriksaan, dan hasil pemeriksaan diberitahukan kepada yang bersangkutan tetapi wajib dirahasiakan kepada pihak lain;
 - 11) Diusahakan agar peraturan perundang-undangan harus mendukung dan selaras dengan Strategi Nasional Penanggulangan HIV and AIDS disemua tingkat;
 - 12) Setiap pemberi pelayanan berkewajiban memberikan layanan tanpa diskriminasi kepada ODHA dan OHIDA.

Untuk mencapai tujuan Strategi Nasional (STRANAS), ditetapkan strategi sebagai berikut:

1. Meningkatkan dan memperluas upaya pencegahan yang nyata efektif dan menguji coba cara-cara baru;

- 
2. Meningkatkan dan memperkuat sistem pelayanan kesehatan dasar dan rujukan untuk mengantisipasi peningkatan jumlah ODHA yang memerlukan akses perawatan dan pengobatan;
 3. Meningkatkan kemampuan dan memberdayakan mereka yang terlibat dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di pusat dan di daerah melalui pendidikan dan pelatihan yang berkesinambungan;
 4. Meningkatkan survei dan penelitian untuk memperoleh data bagi pengembangan program penanggulangan HIV dan AIDS;
 5. Memberdayakan individu, keluarga dan komunitas dalam pencegahan HIV dilingkungannya;
 6. Meningkatkan kapasitas nasional untuk menyelenggarakan monitoring dan evaluasi penanggulangan HIV dan AIDS
 7. Memobilisasi sumberdaya dan mengharmonisasikan pemamfaatannya di semua tingkat.

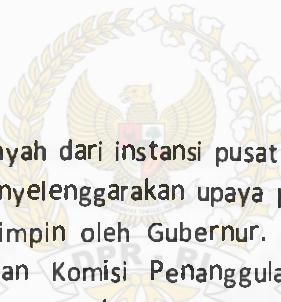
Upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS diselenggarakan oleh masyarakat dan pemerintah bersama-sama dibantu oleh mitra internasional. Pemerintah meliputi departemen, kementerian, lembaga non-departemen dan dinas-dinas daerah serta TNI dan POLRI. Masyarakat meliputi LSM, swasta dan dunia usaha, civil society lainnya dan masyarakat umum. KPA di semua tingkat berfungsi sebagai koordinator.

Para pemangku kepentingan mempunyai peran dan tanggung jawab masing-masing dan bekerja sama dalam semangat kemitraan. Pokok-pokok tugas dan tanggung jawab masing-masing penyelenggara adalah sebagai berikut:

1) Pemerintah Pusat

Departemen, Kementerian, Lembaga Non-Departemen, TNI dan POLRI membentuk Kelompok Kerja Penanggulangan HIV dan AIDS dan membuat rencana pencegahan dan penanggulangan yang selaras dengan Stranas HIV dan AIDS 2007–2010 sesuai dengan area kegiatan instansi

bersangkutan. KPAN mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan dari unsur pemerintah pusat.



2) Pemerintah Provinsi

Dinas-dinas Provinsi, Kantor Wilayah dari instansi pusat di provinsi, komando TNI dan POLRI di provinsi menyelenggarakan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS dipimpin oleh Gubernur. Pemerintah Provinsi membentuk dan memfungsikan Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan menyediakan sumberdaya untuk kegiatan pencegahan dan penanggulangan di provinsi.

3) Pemerintah Kabupaten/Kota

Dinas-dinas Kabupaten/Kota, Kantor Departemen dari instansi pusat di kabupaten/kota, komando TNI dan POLRI di kabupaten/kota menyelenggarakan upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS dipimpin oleh Bupati/ Walikota. Pemerintah Kabupaten/Kota membentuk dan memfungsikan Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten/Kota dan menyediakan sumberdaya untuk kegiatan pencegahan dan penanggulangan di kabupaten/kota.

4) Pemerintah Kecamatan dan Kelurahan/Desa

Di wilayah kecamatan dan kelurahan/desa yang berpotensi adanya penularan HIV, dapat dibentuk Satuan Tugas Pencegahan dan Penanggulangan HIV dan AIDS yang masing-masing dipimpin oleh Camat dan Lurah/Kepala Desa. Tugas utama adalah menggerakkan masyarakat untuk ikut serta dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS yang dirancang oleh KPA Kabupaten/Kota.

5) Dewan Perwakilan Rakyat, Dewan Perwakilan Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat di Daerah

DPR, DPD, DPRD Provinsi dan DPRD Kabupaten/Kota dengan kepedulian yang tinggi menampung informasi dari masyarakat tentang situasi HIV dan AIDS di wilayah urusannya dan sesuai dengan tugas dan fungsinya membantu upaya pencegahan dan penanggulangan. Bersama dengan KPAN/KPA di daerah dapat membentuk Forum Komunikasi.

6) Komisi Penanggulangan AIDS Nasional

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional sebagai penanggung jawab upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di Indonesia mempunyai tugas yang sangat berat sehingga memerlukan kewenangan yang jelas untuk dapat melaksanakan tugas pokok dan fungsinya dengan efektif.

Tugas pokok dan fungsi KPA Nasional sebagaimana tercantum dalam Perpres No. 75 Tahun 2006 adalah sebagai berikut:

- i. Menetapkan kebijakan dan rencana strategis nasional serta pedoman umum pencegahan, pengendalian dan penanggulangan AIDS;
- ii. Menetapkan langkah-langkah strategis yang diperlukan dalam pelaksanaan kegiatan;
- iii. Mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan penyuluhan, pencegahan, pelayanan, pemantauan, pengendalian dan penanggulangan AIDS;
- iv. Melakukan penyebarluasan informasi mengenai AIDS kepada berbagai media massa, dalam kaitan dengan pemberitaan yang tepat dan tidak menimbulkan keresahan masyarakat;
- v. Melakukan kerjasama regional dan internasional dalam rangka pencegahan dan penanggulangan AIDS;
- vi. Mengkoordinasikan pengelolaan dan informasi yang terkait dengan masalah AIDS;
- vii. Mengendalikan, memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pencegahan, pengendalian dan penanggulangan AIDS; dan
- viii. Memberikan arahan kepada Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan Kabupaten/Kota dalam rangka pencegahan, pengendalian dan penanggulangan AIDS.

7) Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan Kabupaten/ Kota

Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dan Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten/Kota dibentuk dan dipimpin masing-masing oleh Gubernur dan Bupati/ Walikota. KPA di daerah membantu kelancaran pelaksanaan tugas KPA Nasional.

Tugas pokok dan fungsi KPA Provinsi dan KPA Kabupaten/ Kota adalah sebagai berikut adalah merumuskan kebijakan, strategi dan langkah-langkah yang diperlukan dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS di wilayahnya sesuai dengan kebijakan, strategi dan pedoman yang ditetapkan oleh KPA nasional. Implementasi dari tugas pokok tersebut meliputi fungsi-fungsi sebagai berikut:

- a) Memimpin, mengelola dan mengkoordinasikan kegiatan pencegahan, pengendalian dan penanggulangan HIV dan AIDS di wilayahnya;
- b) Menghimpun, menggerakkan dan memanfaatkan sumber daya yang berasal dari pusat, daerah, masyarakat dan bantuan luar negeri secara efektif dan efisien;
- c) Melakukan bimbingan dan pembinaan kepada pemangku kepentingan dalam pencegahan, pengendalian dan penanggulangan HIV dan AIDS di wilayah kerjanya; dan
- d) Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS dan menyampaikan laporan berkala secara berjenjang kepada KPA Nasional.

8) Masyarakat Sipil (*Civil Society*)

Civil society merupakan mitra kerja yang penting dalam upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Lembaga Swadaya Masyarakat dan Organisasi Non-Pemerintah lainnya seperti Kelompok Dukungan Sebaya telah memberikan kontribusi yang bermakna karena mampu menjangkau sub-populasi berperilaku berisiko dan menjadi pendamping dalam proses perawatan dan pengobatan ODHA. *Civil Society* berperan dalam penyuluhan, pelatihan, pendampingan ODHA, pemberian dukungan dan konseling serta melakukan pelayanan VCT.

Dimasa mendatang peran ini diharapkan lebih meningkat dan merata di seluruh wilayah Indonesia. Komisi Penanggulangan AIDS di semua

tingkat menciptakan lingkungan yang kondusif sehingga *civil society* dapat menjalankan perannya dengan tenang dan aman.

9) Dunia Usaha dan Sektor Swasta

Jenis pekerjaan, lingkungan dan tempat kerja berpotensi bagi pekerja untuk terpapar HIV. Organisasi Perburuhan Internasional (ILO) telah mengakui bahwa HIV dan AIDS sebagai persoalan dunia kerja. Prinsip-prinsip utama Kaidah ILO tentang HIV dan AIDS dan Dunia Kerja perlu ditingkatkan implementasinya di dunia kerja Indonesia melalui kesepakatan tripartit. Implementasi Kaidah ILO tersebut dijabarkan dalam program penanggulangan HIV dan AIDS di dunia kerja dan dilaksanakan dengan penuh kesungguhan.

10) Tenaga Profesional, Organisasi Profesi dan Lembaga Pendidikan Tinggi

Upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS memerlukan pelibatan tenaga profesional baik secara individu maupun melalui organisasi profesi dan lembaga pendidikan tinggi. Para profesional berperan dalam perumusan kebijakan, penelitian, riset operasional.

11) Keluarga dan Masyarakat Umum

Upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS memerlukan dukungan masyarakat luas. Keluarga sebagai unit terkecil masyarakat mempunyai tugas penting dan sangat mulia sebagai benteng pertama dalam pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS. Ketahanan keluarga dalam arti yang sesungguhnya perlu tetap diupayakan dan ditingkatkan. Selain itu keluarga mampu memberikan lingkungan yang kondusif bagi ODHA dengan berempati dan menjauhkan sikap diskriminatif terhadap mereka.

Masyarakat Umum berperan membantu upaya pencegahan dan penanggulangan HIV dan AIDS di lingkungan masing-masing dengan memberikan kemudahan dan menciptakan lingkungan yang kondusif. Untuk

menjalankan fungsi tersebut, masyarakat berhak menerima informasi yang benar tentang masalah HIV dan AIDS.

12) Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA)

Peranan ODHA dalam upaya pencegahan dan penanggulangan AIDS di masa mendatang semakin penting. Selaras dengan prinsip *Greater Involvement of People with AIDS* (GIPA) ODHA berhak berperan pada semua tingkat proses pencegahan dan penanggulangan mulai dari tingkat perumusan kebijakan sampai pada monitoring dan evaluasi. Untuk dapat menjalankan peran tersebut, ODHA baik secara individual maupun organisasi meningkatkan persiapan diri. Seimbang dengan hak-haknya, ODHA bertanggung jawab untuk mencegah penularan HIV kepada pasangannya dan orang lain.

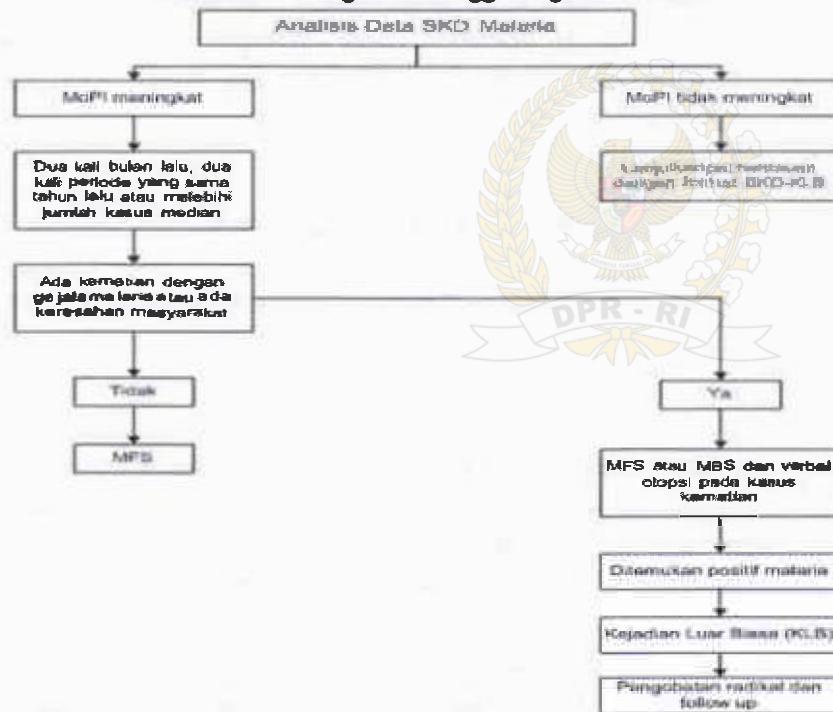
13) Kerjasama Internasional

Kerjasama internasional dengan para mitra bilateral dan multilateral adalah suatu komponen yang bermakna dalam penanggulangan masalah HIV dan AIDS dan telah dirasakan manfaatnya. Bantuan telah diberikan antara lain bagi program peningkatan kapasitas kelembagaan baik di pusat maupun di daerah, program perawatan, pengobatan dan dukungan pada ODHA, program pengurangan dampak buruk di kalangan penasun, program pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak dan program penanggulangan HIV dan AIDS di Tempat Kerja.

A.2.2. Malaria

Dalam proses pemberantasan penyakit malaria, terdapat alur proses penanggulangan yang harus diikuti. Hal ini dilakukan agar wabah malaria yang terjadi tidak berkepanjangan dan cepat teratas dengan baik. Instansi yang bertanggung jawab dalam pelaksanaan alur pemberantasan ini adalah instansi Dinas Kesehatan. Adapun alur penanggulangan malaria ditunjukkan pada gambar 4.1. berikut:

Gambar 4.1. Bagan Penanggulangan Malaria



Catatan:

MoPI: *monthly parasite incidence* (jumlah penderita dalam 1 bulan x 1000 dibagi jumlah penduduk)

SKD: sistem kewaspadaan dini

MFS: *mass fever survey* (pengambilan sediaan darah pada semua penderita demam)

MBS: *mass blood survey pengambilan sediaan darah pada semua penduduk*

IRS: *indoor residual spraying* (penyemprotan dalam rumah dengan cakupan 90%)

Indeks Mopi (*monthly parasite incidence*) digunakan untuk mendekripsi bagaimana situasi wabah di suatu daerah. Apabila indeks Mopi menunjukkan peningkatan penderita malaria sebesar dua kali lipat di bulan yang lalu atau dua kali lipat di bulan yang sama pada tahun lalu ditambah dengan adanya kematian disebabkan malaria dan adanya kerohanian

masyarakat, maka status daerah tersebut akan ditetapkan menjadi status Kejadian Luar Biasa (KLB). Jika tidak, maka ketetapan status daerah akan menjadi status kewaspadaan dini atau bersiaga dalam menghadapi kemungkinan terjadinya KLB.

BOX.1

Kejadian Luar Biasa (KLB) Malaria

Sebelum KLB terjadi, maka Sistem Kewaspadaan Dini (SKD-KLB) malaria melalui kegiatan pengamatan penyakit (surveilans) dilakukan terus menerus untuk memantau terjadinya kenaikan kasus malaria. SKD merupakan kegiatan mendasar bagi pencegahan dan penanggulangan KLB. Pemantauan tidak hanya dilakukan terhadap malaria tetapi terhadap perubahan lingkungan fisik, serta timbulnya genangan air, penebangan hutan, sosial ekonomi, masuknya penduduk yang rentan dan pelayanan keselamatan yang tidak berfungsi.

Kegiatan-kegiatan pemantauan tersebut diatas bertujuan untuk mengetahui lebih dini kemungkinan terjadinya wabah malaria, sehingga dapat diambil tindakan yang cepat dan tepat untuk mecegah terjadinya KLB malaria.

Dalam periode tersebut ada beberapa hal yang harus diperhatikan yaitu pemantauan terus menerus terhadap indikator SKD-KLB sebagai berikut:

1. Naiknya jumlah penderita malaria dua kali lipat atau lebih dibanding tahun lalu di bulan yang sama; atau
2. Naiknya jumlah penderita malaria dua kali lipat atau lebih dibanding satu bulan yang lalu.
3. Adanya kematian yang dikarenakan oleh kasus malaria.
4. Adanya keressahan masyarakat dikarenakan wabah malaria.

Apabila hal-hal diatas terjadi di suatu daerah, maka daerah tersebut dapat dipastikan mengalami situasi **Kejadian Luar Biasa (KLB)**.

Pada saat situasi dinyatakan sebagai KLB, maka ada beberapa tindakan atau langkah yang harus dilakukan sebagai berikut:

a. Konfirmasi KLB malaria

Untuk mendapatkan kejelasan tentang terjadinya KLB, maka perlu dilakukan konfirmasi/kebenaran ke lapangan untuk menetapkan status KLB. Konfirmasi ke lapangan dilakukan oleh petugas Puskesmas agar memperoleh informasi yang lebih jelas dengan melakukan kegiatan sebagai berikut:

- ➔ Pengambilan dan pemeriksaan SD terhadap semua kelompok umur (jumlah SD disesuaikan dengan kemampuan mikroskopis yang pemeriksaannya dilakukan di lapangan) semua penderita malaria klinis. Unduh metode pengambilan survey darah.
- ➔ Pengobatan malaria klinis dengan klorokuin selama 3 hari dan primakuin satu hari terhadap penderita.
- ➔ Penyelidikan epidemiologi yang dilaksanakan berdasarkan aspek tempat, waktu dan orang disertai pengumpulan dan pencatatan penderita malaria klinis dan kematian dengan gejala klinis.
- ➔ Pengamatan epidemiologi yang meliputi jenis vector dan kepadanya oleh tenaga entomologi tingkat Puskesmas.

b. Analisis Keputusan KLB malaria

Bila dari hasil penyelidikan epidemiologi diperoleh data penderita malaria yaitu:

- ➔ Proporsi kenaikan dua kali atau lebih dari kasus dibanding dengan bulan yang sama pada tahun sebelumnya atau bulan sebelumnya pada tahun yang sama.
- ➔ Dominasi penderita malaria *P.falciparum* > 50%.
- ➔ Adanya indikator kematian karena malaria.
- ➔ Adanya keresahan masyarakat karena malaria

Apabila hasil penyelidikan epidemiologi mengarah pada ciri-ciri diatas maka telah terjadi **Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit malaria di daerah tersebut**

Pemerintah telah membuat kebijakan ketika terjadi KLB. Adapun kegiatan yang harus dilakukan dalam penanggulangan ketika terjadi KLB Malaria:

1. Pengobatan
 - Pengobatan massal (MDA) dengan klorokuin selama 3 hari ditambah primakuin dosis tunggal (cakupan pengobatan massal > 80%)
 - Pengobatan penderita klinis malaria, dilakukan 2 minggu setelah MDA dan diteruskan setiap 2 minggu sekali sampai pelaksanaan penyemprotan rumah selesai.
2. Pemberantasan vektor, penyemprotan rumah dengan insektisida dengan cakupan >90% diusahakan agar lama penyemprotan lebih pendek.
3. Pemolesan kelambu
4. Penyelidikan larvisida
5. Penyelidikan epidemiologi
6. Pengamatan entomologi

Menyusun rencana kebutuhan:

1. Obat (Klorokuin, Primakuin, Sulfasferrosus, Multivitamin)
2. Badan pembantu survey
3. Peralatan mikroskop, peralatan laboratorium sederhana
4. Kebutuhan kelambu
5. Insektisida
6. Perlengkapan penyemprotan:
 - Pakaian penyemprotan berlengan panjang dua stel
 - Masker, sarung tangan, sepatu lars, topi bertepi lebar.

Bila dari hasil konfirmasi telah terjadi KLB malaria, maka kegiatan segera dilaksanakan untuk menekan kenaikan penderita penanggulangan dini perlu segera dilaksanakan untuk menekan kenaikan penderita dan kematian. Kegiatan ini dilakukan unit pelayanan kesehatan (UPK) tingkat:

1. Puskesmas

Kegiatan penanggulangan dilakukan oleh Puskesmas tersedia obat,

bahan dan peralatan yang dibutuhkan, kegiatan yang harus dilakukan adalah:

- *Mass Drug Administration* (pengobatan massal) dengan pengobatan malaria klinis (dengan klorokuin tiga hari dan primakuin 1 hari dengan cakupan pengobatan >80%) terhadap semua penderita klinis, bila obat tidak mencukupi, maka dilakukan pengobatan malaria klinis terhadap semua penderita demam malaria.
- Melaksanakan penyelidikan epidemiologi (orang, tempat, dan waktu)
- Menentukan batas wilayah penanggulangan
- Menentukan dan menyiapkan sarana yang dibutuhkan.
- Membuat laporan kejadian dan tindakan penanggulangan yang telah dilaksanakan ke Dinas Kesehatan Dati II Kabupaten/Kodya, dalam tempo 24 jam.

Catatan:

Apabila tidak tersedia obat, bahan dan peralatan dan peralatan segera mengajukan permohonan bantuan ke tingkat Kabupaten.

2. Dinas Kesehatan Kabupaten

Berdasarkan laporan dari Puskesmas petugas Kabupaten segera melakukan kunjungan lapangan untuk mengkonfirmasi kejadian dengan memebawa kebutuhan (obat, bahan, peralatan, dll) dan memerlukan bimbingan dan melakukan kegiatan bersama-sama petugas Puskesmas sebagai berikut:

- *Mass Drug Administration* (pengobatan massal) dan *Mass Fever Treatment* bila belum dilaksanakan oleh Puskesmas.
- Penyemprotan rumah dengan insektisida dengan cakupan bangunan disemprot >90%, cakupan permukaan disemprot >90%.
- Larviciding (bila diketahui tempat perindukan).
- Penyuluhan kesehatan masyarakat.
- Membuat laporan kejadian dan tindakan penanggulangan yang telah dilaksanakan ke Dinas Kesehatan dalam tempo 24 jam.

Catatan:

Apabila tidak tersedia obat, bahan dan peralatan dan peralatan segera mengajukan permohonan bantuan ke tingkat Provinsi.

3. Dinas Kesehatan Provinsi

- Menganalisa laporan yang diterima dari Dinas Kesehatan Dati II.
- Melakukan kunjungan lapangan untuk konfirmasi kejadian.
- Melaksanakan kegiatan pengawasan dan bimbingan teknis di dalam penanggulangan KLB yang dilaksanakan oleh Kabupaten dan Puskesmas.
- Melaporkan hasil kegiatan penanggulangan dan mengirimkan SPJ biaya operasional yang sudah digunakan.

Penanganan KLB Malaria tidak hanya sebatas itu, paca KLB masih perlu dilakukan berbagai tindakan, antara lain:

- a. Untuk mencegah timbulnya KLB di waktu yang akan datang, perlu dilakukan berbagai upaya dan peningkatan kegiatan sistem kewaspadaan dini KLB dengan melakukan kegiatan survailans yang lebih intensif sehingga KLB dapat dideteksi sebelum terjadinya wabah.
- b. Penyemprotan lanjutan dilakukan pada siklus berikutnya hingga *Annual Paracite Incidence (API) < 1 per 1000 penduduk (Jawa-Bali) atau PR < 2% (Luar Jawa Bali).*
- c. MS evaluasi dilakukan pada musim penularan berikutnya.
- d. Dinas Kesehatan Dati II mengirimkan laporan hasil kegiatan setelah tindakan penanggulangan selesai dilakukan.

Selain itu, peran *Stakeholders* pada penanggulangan masalah Malaria juga sangat penting, seperti:

a. Dinas Kesehatan

Dinas kesehatan dapat berperan dalam menentukan kebijakan, penyuluhan dan tindakan terkait masalah malaria yang ada. Kebijakan bisa berupa penggunaan kelambu, kerjasama dengan sektor lain, membina desa siaga, pelaksanaan 3M Plus teratur, penyediaan

informasi malaria di setiap layanan kesehatan, serta kegiatan lainnya yang bersifat pencegahan maupun penanggulangan.

- Pelaporan kejadian malaria
- Pengobatan Menggunakan Combination Therapy/ACT
- Pencegahan penularan malaria dan pengendalian vektor
- Pelatihan petugas dan penelitian
- Program promosi kesehatan beserta penyuluhan kesehatan (memberikan informasi tentang malaria, penularan serta pencegahannya)
- Lokakarya penanggulangan malaria
- P2P (Program Pemberantasan Penyakit)
- Melakukan survei jentik dan kontainer

b. Dinas Pendidikan

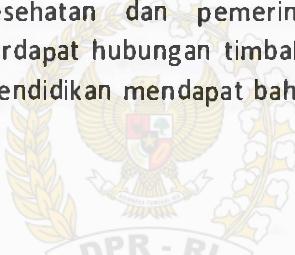
Dinas pendidikan dapat menyumbang pengaruh yang besar dalam upaya penanggulangan penyakit ini. Dengan pendidikan dan penyuluhan informasi di sekolah-sekolah dapat membantu pemberantasan masalah. Di pendidikan sekolah-sekolah yang ada dapat diimbau untuk menjaga lingkungan sekolah dan rumah para siswa, menjaga kebersihan diri, juga pencegahan dengan anjuran pemakaian anti nyamuk. Peranan lainnya berupa:

- Sarana menginformasikan masalah kesehatan yang terjadi sehingga timbul kesadaran
- Lokakarya serta penyuluhan tentang malaria bagi para guru penjaskes dan UKS
- Penambahan draft pendidikan dengan muatan lokal kesehatan
- Pelaksanaan lomba sekolah sehat
- Pelatihan dokter kecil

c. Institusi Pendidikan

Peranan institusi pendidikan dengan adanya kegiatan penelitian tentang malaria serta kegiatan pengabdian pada masyarakat yang meliputi penyuluhan serta kemandirian masyarakat terhadap masalah malaria.

Institusi pendidikan merupakan mitra sektor kesehatan dan pemerintah untuk bersama-sama mengatasi masalah. Hasil-hasil dari penelitian yang ada bermanfaat bagi sektor kesehatan dan pemerintah untuk menentukan kebijakan yang ada. Terdapat hubungan timbal balik yang saling bermanfaat dimana institusi pendidikan mendapat bahan ajar dan praktik dari masalah dimasyarakat.



d. Pihak Swasta

Pihak swasta yang merupakan mitra diperlukan dalam upaya penyelenggaraan dana dari suatu program pemerintahan. Banyaknya pihak swasta yang ada membantu pula dalam penyadaran masalah yang terjadi dengan mengadakan penyuluhan dan pemberian informasi kepada para pekerjanya.

e. Pemerintah Daerah

Pemerintah daerah merupakan penyelenggara pemerintah pada daerah bersangkutan memiliki peranan untuk menentukan segala kebijakan serta menciptakan kondisi daerah yang baik bagi masyarakat. Berhubungan dengan semua dinas dan pihak yang ada untuk melakukan kebijakan. Pemerintah dapat mengatur tentang persebaran pemukiman yang dapat mengurangi perkembangan nyamuk, penyediaan sarana dan prasarana, pensosialisasian kedaerah-daerah, penataan kota, lapangan pekerjaan dan pangan.

A.2.3. TBC

Pada awal tahun 1990-an WHO dan IUATLD telah mengembangkan strategi penanggulangan TB yang dikenal sebagai strategi DOTS (*Directly ObservedTreatment Short-course*) dan telah terbukti sebagai strategi penanggulangan yang secara ekonomis paling efektif (*cost-effective*). Strategi ini dikembangkan dari berbagai studi, uji coba klinik (*clinical trials*), pengalaman-pengalaman terbaik (*best practices*), dan hasil implementasi program penanggulangan TB selama lebih dari dua dekade. Penerapan strategi DOTS secara baik, disamping secara cepat menekan penularan, juga mencegah berkembangnya MDR-TB.

Fokus utama DOTS adalah penemuan dan penyembuhan pasien, prioritas diberikan kepada pasien TB tipe menular. Strategi ini akan memutuskan penularan TB dan dengan demikian menurunkan insidens TB di masyarakat. Menemukan dan menyembuhkan pasien merupakan cara terbaik dalam upaya pencegahan penularan TB.

Strategi DOTS terdiri dari 5 komponen kunci: 1) Komitmen politisi. 2) Pemeriksaan dahak mikroskopis yang terjamin mutunya. 3) Pengobatan jangka pendek yang standar bagi semua kasus TB dengan tatalaksana kasus yang tepat, termasuk pengawasan langsung pengobatan. 4) Jaminan ketersediaan OAT yang bermutu. 5) Sistem pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program secara keseluruhan.

Strategi DOTS di atas telah dikembangkan oleh Kemitraan global dalam penanggulangan TB (*stop TB partnership*) dengan memperluas strategi dots sebagai berikut: 1) Mencapai, mengoptimalkan dan mempertahankan mutu DOTS; 2) Merespon masalah TB-HIV, MDR-TB dan tantangan lainnya; 3) Berkontribusi dalam penguatan sistem kesehatan; 4) Melibatkan semua pemberi pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta; 5) Memberdayakan pasien dan masyarakat; 6) Melaksanakan dan mengembangkan riset.

Rencana kerja strategi 2006-2010, merupakan kelanjutan dari Renstra sebelumnya, yang mulai difokuskan pada perluasan jangkauan pelayanan dan kualitas DOTS. Untuk itu diperlukan suatu strategi dalam pencapaian target yang telah ditetapkan, yang dituangkan pada tujuh strategi utama pengendalian TB, yang meliputi:

- **Ekspansi "Quality DOTS"**

- 1) Perluasan dan Peningkatan pelayanan DOTS berkualitas
- 2) Menghadapi tantangan baru, TB-HIV, MDR-TB dll
- 3) Melibatkan Seluruh Penyedia Pelayanan
- 4) Melibatkan Penderita dan Masyarakat

- **Didukung dengan Penguatan Sistem Kesehatan**

- 1) Penguatan kebijakan dan kepemilikan Daerah

- 2) Kontribusi terhadap Sistem Pelayanan Kesehatan
- 3) Penelitian Operasional

a. Tingkat Pusat

Upaya penanggulangan TB dilakukan melalui Gerakan Terpadu Nasional Penanggulangan Tuberkulosis (Gerdunas-TB) yang merupakan forum lintas sektor di bawah koordinasi Menko Kesra, Menteri Kesehatan RI sebagai penanggung jawab teknis upaya penanggulangan TB. Dalam pelaksanaan program TB secara Nasional dilaksanakan oleh Direktorat Pengendalian Penyakit Menular Langsung, cq. Sub Direktorat Tuberkulosis.

b. Tingkat Provinsi

Di tingkat provinsi dibentuk Gerdunas-TB Provinsi yang terdiri dari Tim Pengarah dan Tim Teknis. Bentuk dan struktur organisasi disesuaikan dengan kebutuhan daerah. Dalam pelaksanaan program TB di tingkat provinsi dilaksanakan Dinas Kesehatan Provinsi

c. Tingkat Kabupaten/Kota

Di tingkat kabupaten/kota dibentuk Gerdunas-TB kabupaten/kota yang terdiri dari Tim Pengarah dan Tim Teknis. Bentuk dan struktur organisasi disesuaikan dengan kebutuhan Kabupaten/Kota. Dalam pelaksanaan program TB di tingkat Kabupaten/Kota dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

d. Unit Pelayanan Kesehatan

Dilaksanakan oleh Puskesmas, Rumah Sakit, BP4/Klinik dan Praktek Dokter Swasta.

• **Puskesmas**

Dalam pelaksanaan di Puskesmas, dibentuk kelompok Puskesmas Pelaksana (KPP) yang terdiri dari Puskesmas Rujukan Mikroskopis (PRM), dengan dikelilingi oleh kurang lebih 5 (lima) Puskesmas

Satelit(PS). Pada keadaan geografis yang sulit, dapat dibentuk Puskesmas Pelaksana Mandiri (PPM) yang dilengkapi tenaga dan fasilitas pemeriksaan sputum BTA.

- **Rumah Sakit Umum,**

Rumah Sakit Paru (RSP) dan Balai PengobatanPenyakit Paru-Paru (BP4). Rumah Sakit dan BP4 dapat melaksanakan semua kegiatan tatalaksana pasien TB.

- **Balai Pengobatan,**

Klinik dan Dokter Praktek Swasta (DPS). Secara umum konsep pelayanan di Balai Pengobatan dan DPS sama dengan pelaksanaan pada rumah sakit dan BP4.

A.3. Upaya Percepatan

Upaya pemerintah untuk memerangi HIV/AIDS dilaksanakan oleh Komisi Nasional Pemnanggulangan AIDS (KPA), sebuah badan nasional yang dibentuk untuk mendukung pelaksanaan kampanye dan pemberian informasi yang benar mengenai HIV/AIDS, penyebarannya dan apa saja yang dapat dilakukan oleh setiap orang untuk menghindari dan melindungi diri mereka dari tertular penyakit tersebut. KPA juga membentuk masyarakat untuk mengerti bagaimana hidup bersama ODHA dan untuk tetap hidup secara produktif. Upaya peningkatan pemantauan dan peningkatan fasilitas kesehatan dan perawatan untuk ODHA juga perlu dilakukan. Setiap warga negara dapat membantu menghentikan penyebaran HIV dengan mengurangi resiko penularan dengan melakukan praktik seksual yang aman dan menggunakan kondom secara teratur.

Kebijakan lainnya adalah, meningkatkan akses pelayanan kesehatan untuk mengantisipasi dan menghadapi epidemi yang ada, melalui: (i) peningkatan jumlah fasilitas perawatan, pengobatan serta konseling dan testing HIV yang berkelanjutan; (ii) penguatan kemampuan menerapkan upaya pencegahan, dan (iii) peningkatan cakupan seluruh program pencegahan dan pengobatan; (iv) mengembangkan panduan nasional untuk pengarusutamaan HIV/AIDS, dan penyesuaian terhadap kondisi setempat;

(v) peningkatan kapasitas sumber daya manusia dalam pengendalian HIV/AIDS.

Meningkatkan mobilisasi masyarakat dalam upaya pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV/AIDS pada populasi rentan, melalui: (i) penyediaan layanan KIE; (ii) pelaksanaan penjangkauan terhadap masyarakat pada kelompok paling berisiko; (iii) peningkatan cakupan penggunaan kondom; (iv) mengurangi prasangka di lingkungan para petugas kesehatan, di masyarakat, dan di antara para pasien; (v) pengembangan lingkungan yang lebih kondusif untuk mengurangi stigma dan diskriminasi.

Mobilisasi sumber dana untuk penanggulangan HIV/AIDS, melalui: (i) pengintegrasian program penanggulangan HIV/AIDS ke dalam program-program pembangunan; (ii) mobilisasi sumber dana tambahan dalam pengendalian HIV/AIDS, dan (iii) pengembangan *public private partnership* (PPP).

Meningkatkan koordinasi lintas sektor dan *good governance*, melalui: (i) penguatan organisasi dan kelembagaan untuk berkontribusi terhadap sebuah strategi terpadu; (ii) penguatan peran KPAN dan KPA provinsi; (iii) penguatan kemitraan dengan berbagai sektor; (iv) menetapkan peran pemerintah pusat, daerah, dan kabupaten dalam menangani HIV/AIDS; (v) merumuskan pedoman nasional untuk pengarusutamaan HIV/AIDS; dan (vi) mengupayakan pendekatan inklusif.

Memperkuat sistem informasi dan sistem monitoring dan evaluasi, melalui: (i) pelaksanaan monitoring dan analisis kesehatan, khususnya surveilans generasi kedua; (ii) menyediakan informasi kepada para pembuat kebijakan.

Kampanye mengenai *Roll Back Malaria* dan DOTS juga termasuk usaha yang secara periodik dilakukan untuk memerangi Malaria dan TBC.

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

- a. Mobilisasi sosial yang berfokus pada meningkatkan kesadaran masyarakat tentang intervensi pencegahan dan pengendalian malaria,

- melalui: (i) pengembangan KIE dan pesan BCC disesuaikan dengan kondisi spesifik daerah dan situasi masyarakat, (ii) pengembangan strategi mobilisasi sosial; (iii) penguatan sistem informasi malaria; (iv) penguatan pemantauan kemajuan di tingkat lokal; (v) penyediaan dan promosi penggunaan kelambu berinsektisida; (vi) peningkatan pengendalian vektor; (vii) penguatan sistem *surveilans epidemiologis* dan kontrol wabah; (viii) pengembangan model intervensi lintas sektoral seperti *larvaciding* maupun *biological control*, dan (ix) pengembangan kapasitas untuk menilai efektivitas upaya pengendalian malaria.
- b. Memperkuat pelayanan kesehatan dalam pencegahan, pengendalian dan pengobatan, melalui: (i) promosi pencegahan dan pengendalian malaria pada masyarakat, (ii) deteksi dini dan akses perawatan ke fasilitas kesehatan; (iii) manajemen kasus yang tepat waktu, (iv) penguatan pos malaria desa; (v) integrasi program malaria dengan program kesehatan ibu dan anak; (vi) penguatan diagnosis yang akurat dan cepat; dan (vii) pengobatan malaria yang efektif.
 - c. Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia di semua aspek. Untuk dapat mengimplementasikan strategi pengendalian malaria, tenaga kesehatan perlu ditingkatkan kapasitasnya dalam hal advokasi, deteksi malaria dan pengobatan tepat dan cepat serta manajemen logistik.
 - d. Meningkatkan struktur manajemen dan tata kelola yang meliputi strategi, program kerja, dan sistem informasi melalui: (i) penguatan mekanisme sistem monitoring dan evaluasi; (ii) pengembangan kerja sama antara instansi publik serta sinergi pemerintah-swasta; (iii) peng-alokasian bantuan donor dengan lebih baik; dan (iv) peningkatan kontrol kualitas dan penggunaan obat-obatan.
 - e. Peningkatan dukungan pendanaan jangka panjang untuk mempertahankan keberlanjutan program, melalui kemitraan dengan sektor swasta dan komunitas internasional.

Sedangkan untuk Tuberkulosis, dilakukan peningkatan cakupan DOTS, melalui: (i) peningkatan advokasi, komunikasi dan mobilisasi sosial; (ii) peningkatan dukungan politik dan desentralisasi program;

(iii) peningkatan akses pada layanan kesehatan dan obat-obatan gratis; (iv) peningkatan sistem penyediaan dan manajemen obat yang efektif; (v) peningkatan promosi aktif dalam pengendalian TB; (vi) peningkatan komunikasi efektif kepada penderita TB, provider dan stakeholder; dan (vii) peningkatan sistem pengawasan dan evaluasi serta pengukuran dampak pengobatan melalui DOTS.

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

Penguatan kebijakan dan peraturan dalam pengendalian TB, melalui: (i) penguatan sistem kesehatan untuk mencegah dan mengendalikan penyakit; (ii) pengkajian dan penyesuaian pengendalian TB sesuai dengan kondisi lokal; (iii) peningkatan layanan konsultasi untuk mendorong pencegahan dan pengobatan yang tepat; (iv) penilaian secara periodik di tingkat nasional dan daerah; (v) survei periodik untuk mengidentifikasi risiko-risiko khusus; (vi) pengendalian mutu obat-obatan; (vii) pembinaan kerja sama antara sektor publik-swasta; dan (viii) peningkatan kapasitas pengendalian TB di tingkat kabupaten.

Penguatan sistem informasi untuk mendukung monitoring dan evaluasi program TB, melalui: (i) peningkatan penelitian TB; (ii) peningkatan jaringan uji mikroskopis; dan (iii) pelaksanaan surveilans.

Mobilisasi alokasi sumber daya secara tepat, baik di tingkat pusat maupun daerah, melalui: (i) peningkatan komitmen pembiayaan pemerintah dalam APBN untuk program TB; dan (ii) peningkatan komitmen pembiayaan pemerintah daerah dalam APBD untuk program TB sebagai bagian dari pelaksanaan Standar Pelayanan Minimum (SPM).

B. Kebijakan Nasional Pencapaian Tujuan Ketujuh MDGs

B.1. Kondisi Lingkungan Hidup Indonesia Saat Ini

Indonesia adalah negara kepulauan terbesar di dunia, terdiri dari 17.408 pulau dengan luas wilayah mencapai 5,2 juta km² yang terdiri dari 1,9 juta km² wilayah daratan dan 3,3 juta km² wilayah lautan. Indonesia memiliki iklim tropis, cuaca dan musim yang menghasilkan kondisi alam yang tinggi nilainya termasuk kekayaan keanekaragaman hayati serta sumber daya alam yang terkandung dalam perut bumi dan lautnya.

Sebagai negara yang berpenduduk terbesar keempat di dunia yaitu 237.556.363 jiwa dengan laju pertumbuhan penduduk 1,49% per tahun⁴¹, telah memberi tekanan yang tinggi terhadap kondisi sumber daya alam dan lingkungan hidup yang ada. Berikut adalah kondisi sumber daya alam dan lingkungan hidup Indonesia saat ini berdasarkan Status Lingkungan Hidup Indonesia 2009.

a. Air

Indonesia memiliki 6% dari persediaan air dunia, namun pada kenyataannya dari tahun ke tahun di berbagai daerah selalu terjadi kelangkaan dan kesulitan air. Kecenderungan konsumsi air naik secara eksponensial, sedangkan ketersediaan air bersih cenderung berkurang. Padahal konsumsi air minum untuk rumah tangga di Indonesia pada tahun 2007 sebagian besar dipenuhi dari air tanah (58%), dan sisanya dari ledeng (Perusahaan Air Minum) sekitar 16%, air sungai 3%, air hujan 2,6%, air kemasan 7,2%, mata air 12,6%, dan lainnya 0,4%.

Penurunan kuantitas air lebih banyak disebabkan oleh rusaknya daerah tangkapan air sehingga pada musim hujan air tidak sempat meresap ke dalam tanah dan terjadi banjir, pada musim kemarau persediaan air berkurang karena suplai air dari mata air juga berkurang. Sementara itu penurunan kualitas lebih banyak disebabkan oleh pencemaran berbagai limbah dari industri, rumah tangga dan kegiatan pertanian.⁴²

⁴¹ BPS, 2010, *Hasil Sensus Penduduk 2010 Data Agregat per Provinsi*.

⁴² Penggunaan pupuk dan insektisida di sektor pertanian dan perkebunan juga berpotensi mencemari air terutama air permukaan. Berdasarkan data yang ada, pada tahun 2006

b. Udara dan atmosfer

Efek rumah kaca (Gas Rumah Kaca/GRK) seperti CO_2 dan CH_4 sebenarnya merupakan proses alam dimana atmosfer memantulkan kembali sebagian radiasi panas yang berasal dari permukaan bumi sehingga bumi menjadi terasa hangat. Masalahnya pada saat ini konsentrasi GRK di atmosfer sudah melebihi keadaan normal sehingga radiasi panas yang dipantulkan ke permukaan bumi menjadi lebih banyak dan akibatnya adalah meningkatnya suhu bumi. Pengaruh dari meningkatnya suhu udara ini antara lain adalah meningkatnya penyakit malaria dan demam berdarah yang disebabkan oleh nyamuk.

Sektor energi merupakan penyumbang terbesar GRK khususnya CO_2 . Penyumbang tertinggi CO_2 adalah dari konsumsi energi rumah tangga yang berasal dari penggunaan biomassa. Penyumbang tertinggi kedua adalah dari kegiatan industri yang mengkonsumsi energi dari biomassa, batubara, dan gas. Kegiatan lain yang juga menyumbang peningkatan emisi CO_2 adalah transportasi.

c. Lahan dan hutan

Luas seluruh hutan di Indonesia saat ini adalah 135.902.374 ha yang mencakup kawasan suaka alam, taman buru, hutan lindung, dan hutan produksi.⁴³ Ini merupakan data berdasarkan SK Penunjukan Kawasan Hutan dan Perairan Provinsi yang dikeluarkan oleh Menteri Kehutanan. Jumlah riil luas hutan di lapangan kemungkinan dapat berbeda karena beberapa SK penunjukan dikeluarkan lebih dari sepuluh tahun silam, dan hingga saat ini belum semua dilakukan revisi. Bahkan hingga 2010, dari 33 provinsi yang ada, baru 10 provinsi yang Rencana Tata Ruang Wilayahnya yang sudah disetujui oleh Kementerian Kehutanan, dengan 2 provinsi di antaranya terjadi perubahan luasan kawasan hutannya.⁴⁴ Di sisi lain laju deforestasi dari tahun 2005 hingga 2010 tercatat 1,175 juta hektar per tahun belum

terjadi peningkatan penggunaan pupuk anorganik dan pestisida sebesar 5 kali lipat dibandingkan penggunaan tahun 2004.

⁴³ Makalah yang disampaikan Menteri Kehutanan dengan judul “*Kehutanan dalam Kebijakan Perubahan Peruntukan dan Fungsi serta Pinjam Pakai Kawasan Hutan*” dalam acara Workshop Kehutanan Komisi IV DPR RI, di Jakarta, 19 Juli 2010.

⁴⁴ *Ibid.*

juga mengalami penurunan. Oleh karena itu, banyak kawasan hutan yang bukan lagi hutan karena sudah beralih fungsi atau telah menjadi kawasan yang hanya ditumbuhi ilalang. Kondisi ini diperkuat dengan adanya data luasan lahan kritis yang terus meningkat setiap tahunnya.

Berdasarkan Statistik Kehutanan Tahun 2009, luas lahan kritis pada tahun 2000 adalah 23.242.881 ha, menjadi 77.806.881 ha pada tahun 2006. Penetapan luasan lahan kritis tersebut mengacu pada lahan yang telah rusak karena kehilangan penutupan vegetasinya, sehingga kehilangan atau berkurang fungsinya sebagai penahan air, pengendali erosi, siklus hara, pengatur iklim mikro dan retensi karbon. Jika berdasarkan vegetasinya, kondisi lahan dapat diklasifikasikan sebagai sangat kritis, agak kritis, potensial kritis, dan kondisi normal. Terus meningkatnya luas lahan kritis yang hanya diimbangi dengan kemampuan Pemerintah melakukan rehabilitasi sebesar 500.000 ha per tahun mengakibatkan bencana banjir, longsor, ataupun kekeringan semakin sering terjadi, terutama ketika terjadi perubahan cuaca ekstrim dengan intensitas tinggi. Bencana ini semakin parah ketika masuk campur tangan manusia. Berdasarkan data Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) tahun 2007 kejadian bencana hanya 888, tahun 2008 meningkat menjadi 1.306 kejadian atau meningkat 46,66%. Demikian juga tahun 2009 terjadi peningkatan kejadian bencana hingga 50%. Bencana banjir menduduki peringkat pertama, disusul bencana kekeringan.⁴⁵

d. Pesisir dan laut

Sebagai negara kepulauan yang memiliki wilayah lautan yang lebih luas daripada daratan, daerah pesisir dan laut menjadi penting dalam kehidupan bangsa Indonesia. Keberadaan wilayah pesisir dan laut juga mengalami tekanan yang sama dengan wilayah daratan. Berdasarkan pemantauan Pusat Penelitian Oseanografi LIPI, untuk tahun 2006, 2007, dan 2009 kondisi terumbu karang di beberapa wilayah barat Indonesia saat ini sudah berada di kondisi yang mengkhawatirkan. Rata-rata persentasenya di bawah 50% (rusak sedang). Berdasarkan penelitian LIPI, banyak faktor yang menjadi penyebab kerusakan terumbu karang. Seperti

⁴⁵ *Data Bencana Tahun 2009*, Badan Nasional Penanggulangan Bencana, Jakarta, 2010.

karena penggunaan bom dan racun untuk menangkap ikan, limbah dari industri dan rumah tangga yang dibuang ke sungai, penggunaan pestisida dan pupuk anorganik dari kegiatan pertanian yang mengalir ke sungai, yang kesemuanya itu pada akhirnya menimbulkan pencemaran/kerusakan lingkungan di kawasan pesisir dan laut. Kerusakan terumbu karang juga ada yang terjadi secara alami seperti akibat gempa bumi, wabah, atau pemanasan global, yang menyebabkan peningkatan suhu air sehingga terjadi *coral bleaching* yang merupakan indikasi terumbu karang itu akan mati. Pada hutan pantai telah terjadi degradasi hutan mangrove karena masih banyaknya masyarakat yang belum memahami pentingnya ekosistem hutan mangrove bagi habitat beberapa komunitas makhluk hidup.

e. Keanekaragaman hayati

Keanekaragaman hayati adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keanekaan bentuk kehidupan di bumi, interaksi di antara berbagai makhluk hidup serta antara mereka dengan lingkungannya. Keanekaragaman hayati mencakup semua bentuk kehidupan di muka bumi, mulai dari makhluk sederhana seperti jamur dan bakteri hingga makhluk yang mampu berpikir seperti manusia. Keanekaragaman hayati mencakup keanekaragaman ekosistem (merupakan keanekaan bentuk dan susunan bentang alam, daratan maupun perairan dimana makhluk atau organism hidup berinteraksi dan membentuk keterkaitan dengan lingkungan fisiknya), keanekaragaman spesies (merupakan keanekaan spesies organism yang menempati suatu ekosistem, baik di darat maupun perairan), dan keanekaragaman genetis (merupakan keanekaan individu di dalam suatu spesies).⁴⁶

Indonesia kaya akan keanekaragaman hayati, baik dari tumbuhan, hewan, hingga jasad renik. Dalam publikasi ilmiah yang ada hingga saat ini Indonesia memiliki 515 spesies mamalia besar (39% *endemic*), 511 spesies reptilia (29% *endemic*), 1531 spesies burung (26% *endemic*), 270 spesies amfibi (37% *endemic*), 35 spesies primata (18% *endemic*), 121 spesies

⁴⁶ *Wilayah Kritis Keanekaragaman Hayati di Indonesia: Instrumen Penilaian dan Pemindaian Indikatif/Cepat bagi Pengambil Kebijakan (Sebuah Studi Kasus Ekosistem Pesisir Laut)*, Bappenas, Deputi Bidang Sumber Daya Alam dan Lingkungan Hidup, Direktorat Pengendalian Sumberdaya Alam dan Lingkungan Hidup, Oktober 2004, h. 6

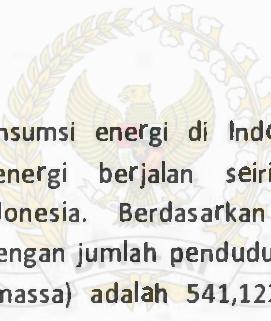
kupu-kupu (44% *endemic*), dan 38.000 spesies tumbuhan (55% *endemic*). Dalam hal peringkat kekayaan spesiesnya, Indonesia memiliki 12% dari mamalia sedunia setelah Brazil.⁴⁷ Indonesia juga kaya akan ekosistem yang terbentang dari gunung sampai laut, seperti ekosistem hutan, lahan basah (gambut), mangrove, terumbu karang, padang lamun, yang menjadi wadah keanekaragaman hayati.

Keanekaragaman hayati memiliki beragam nilai atau arti bagi kehidupan. Ia tidak hanya bermakna sebagai modal untuk menghasilkan produk dan jasa saja (aspek ekonomi), tetapi juga mencakup aspek sosial, lingkungan, sistem pengetahuan, serta etika. Oleh karenanya, keberlangsungan dan keberlanjutan keanekaragaman hayati menjadi penting bagi pembangunan. Namun saat ini diperkirakan sedang mengalami penurunan dan kerusakan. Bahkan Indonesia dikategorikan sebagai negara dengan tingkat keterancaman dan kepunahan spesies tertinggi di dunia dan merupakan *hot spot* kepunahan satwa. Perusakan habitat dan eksploitasi secara berlebihan, termasuk perambahan hutan dan penebangan illegal menyebabkan Indonesia memiliki daftar spesies terancam punah terpanjang di dunia, yaitu 63 jenis mamalia, 126 jenis burung, dan 21 jenis reptile. Fauna yang dipastikan telah punah adalah harimau Jawa, penyu, burung maleo, dan burung kakatua. Sementara burung cendrawasih dalam keadaan terancam punah akibat eksploitasi yang berlebihan. Untuk spesies ikan yang terancam punah antara lain ikan haring cina yang mendominasi pantai timur Sumatera, ikan terbang di wilayah pantai selatan Sulawesi, ikan batak yang merupakan kebanggaan masyarakat sekitar Danau Toba dan sering digunakan untuk upacara adat, ikan bilis yang *endemic* di Danau Singkarak, dan ikan botia yang merupakan ikan hias unik di sungai Batanghari.

Flora yang terancam punah adalah kayu eboni, ulin, cendana. Sementara lebih dari 240 spesies tanaman telah dinyatakan langka, banyak diantaranya merupakan kerabat tanaman budaya, yaitu antara lain 52 spesies anggrek, 11 spesies rotan, 9 spesies bamboo, 9 spesies pinang, 6 spesies durian, 4 jenis pala, 3 jenis mangga. Sayangnya penyusutan

⁴⁷ *Indonesian Biodiversity Strategy and Action Plan 2003 -2020*, Bappenas, Jakarta

keanekaragaman hayati, khususnya spesies fauna dan flora liar, tidak terdokumentasi dengan baik.



f. Energi

Dalam dua decade terakhir, konsumsi energi di Indonesia terus meningkat. Peningkatan konsumsi energi berjalan seiring dengan meningkatnya jumlah penduduk Indonesia. Berdasarkan data dari Kementerian ESDM, pada tahun 2004 dengan jumlah penduduk 218,9 juta jiwa konsumsi energi final (tanpa biomassa) adalah 541,121 ribu SBM. Konsumsi energi meningkat menjadi 632.884 ribu SBM pada tahun 2008 dengan jumlah penduduk 228,5 juta jiwa. Jika situasi seperti ini terus berlanjut, Indonesia akan benar-benar kahabisan cadangan minyak pada tahun 2034, dan hal ini tentu akan mempengaruhi seluruh sendi kehidupan. Harga minyak akan melambung, listrik menjadi langka, dan bisnis akan menghadapi masalah besar.

Saat ini energi fosil seperti batubara, minyak, dan gas telah menjadi sumber daya yang sangat dominan dalam konsumsi energi harian. Sebagai energi yang tidak dapat diperbaharui, sumber energi ini pada akhirnya akan habis jika terus dieksplorasi. Menurut Dirjen Energi Baru Terbarukan dan Konservasi Energi (DJEBTKE) cadangan minyak di Indonesia sendiri diperkirakan akan habis dalam 23 tahun. Sementara itu, sebagian besar energi yang digunakan di Indonesia berasal dari pembakaran bahan bakar fosil yang menyebabkan polusi gas rumah kaca (GRK) yang mempercepat pemanasan global, perubahan iklim serta kerusakan lingkungan. Penelitian menunjukkan 56,6% dari total emisi GRK yang diakibatkan oleh manusia berasal dari pembakaran energi fosil, atau setara dengan 16,9 miliar ton CO₂ (2008). Untuk menyerap gas tersebut sepenuhnya diperlukan hutan seluas 176 miliar ha (atau setara dengan 421 miliar lapangan sepak bola. Sehingga sangat diperlukan penghematan energi.

B.2. Kebijakan Pemerintah

Mengingat kondisi sumber daya alam dan lingkungan hidup yang dari waktu ke waktu terus tergerus seiring meningkatnya jumlah penduduk

Indonesia, Pemerintah menyusun berbagai kebijakan lingkungan hidup dengan mengacu pada indikator-indikator yang sudah ditetapkan dalam pencapaian tujuan ketujuh MDGs. Kebijakan lingkungan hidup Indonesia dalam rangka pencapaian tujuan ketujuh MDGs ini telah dituangkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional 2004 – 2024, yang kemudian dijabarkan lebih dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2004 – 2009 serta 2010 – 2014, dan dalam Rencana Kerja Pemerintah (rencana kerja tahunan). Dalam RPJPN maupun RPJMN tersebut telah mengaruskamakan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dalam semua aspek kebijakan dan program pembangunan nasional.⁴⁸ Adapun kebijakan nasional dalam pencapaian tujuan ketujuh MDGs adalah:

B.2.1. Pencapaian Target 7a: memadukan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumber daya lingkungan yang hilang.

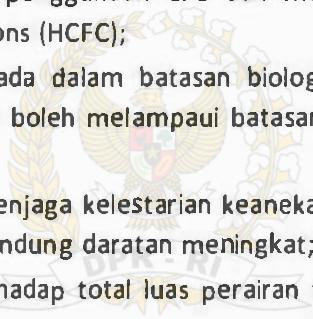
Untuk mencapai target 7a ada beberapa indikator yang harus dipenuhi oleh pemerintah Indonesia, yaitu:

- 1) Rasio luas kawasan tertutup pepohonan berdasarkan hasil pemotretan citra satelit dan survey foto udara terhadap luas daratan (%) meningkat;
- 2) Jumlah emisi karbon dioksida (metric ton) menurun setidaknya 26% jika dibandingkan ketentuan *Business as Usual* (BAU) pada tahun 2020;

Penurunan emisi karbon diukur dari :

- Penurunan jumlah konsumsi energi primer per kapita;
- Penurunan intensitas energi;
- Penurunan elastisitas energi;
- Adanya bauran energi untuk energi terbarukan paling tidak sebesar 17% pada tahun 2025; dan
- Penurunan proporsi penduduk yang menggunakan bahan bakar padat.

* Hasil wawancara dengan Arum Kartawikarta, Sekretaris MDGs Nasional, Jakarta, 28 Maret 2011.

- 
- 3) Jumlah konsumsi bahan perusak ozon (ton) menurun. Pada tahun 2015 paling tidak sudah tidak ada lagi penggunaan CFC dan mengurangi penggunaan Hydrochlorofluorocarbons (HCFC);
 - 4) Proporsi persediaan ikan yang berada dalam batasan biologis aman. Maksudnya perikanan tangkap tidak boleh melampaui batasan biologis aman;
 - 5) Rasio luas kawasan lindung untuk menjaga kelestarian keanekaragaman hayati terhadap total luas kawasan lindung daratan meningkat;
 - 6) Rasio kawasan lindung perairan terhadap total luas perairan territorial meningkat.

Untuk memenuhi target 7a tersebut, Pemerintah menyusun berbagai macam kebijakan melalui kementerian terkait. Kebijakan yang disusun oleh Pemerintah dalam rangka pencapaian MDGs ini pada hakekatnya sama dengan kebijakan yang telah disusun Pemerintah selama ini. Maksudnya, tidak ada kebijakan yang khusus disusun oleh Pemerintah untuk mencapai target-target dalam MDGs karena sebenarnya permasalahan dalam pembangunan Indonesia selama ini sama dengan permasalahan-permasalahan yang ingin diselesaikan melalui MDGs.⁴⁹

Kebijakan terkait peningkatan rasio luas kawasan tertutup pepohonan berdasarkan hasil pemotretan citra satelit dan survey foto udara terhadap luas daratan.

Rasio luas kawasan tertutup pepohonan berdasarkan hasil pemotretan citra satelit dan survey foto udara terhadap luas daratan tercatat 52,43 % pada tahun 2008, turun secara signifikan bila dibandingkan dengan acuan dasar tahun 1990 saat kawasan tertutup pepohonan mencapai 59,97 %. Upaya pelestarian dan pemulihian hutan telah ditingkatkan sejak tahun 2002, yaitu dengan perbaikan kebijakan perlindungan hutan dan penurunan industri kayu gelondongan.⁵⁰ Perbaikan

⁴⁸ Ibid

⁵⁰ *Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia*, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Jakarta, 2010, h. 188-189

kebijakan tersebut antara lain dilakukan dengan (1) melakukan pemberantasan pencurian kayu di hutan negara dan perdagangan kayu illegal (*illegal logging*); (2) revitalisasi sektor kehutanan khususnya industri kehutanan; (3) rehabilitasi hutan dan konservasi sumber daya alam; (4) pemberdayaan ekonomi masyarakat di dalam dan sekitar kawasan hutan; (5) pemantapan kawasan hutan. Kebijakan-kebijakan ini dilakukan selama periode 2005–2009. Dasarnya adalah Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2004-2009.

Dalam bagian ini hanya akan diuraikan terkait upaya perlindungan hutannya saja, sedangkan upaya konservasi akan diuraikan lebih lanjut dalam kebijakan pemerintah terkait pencapaian target 7b (mengurangi laju kehilangan keragaman hayati).

- 1) ***Kebijakan pemberantasan illegal logging***, dilakukan melalui Program Pemantapan Keamanan Dalam Negeri dan Program Pemantapan Pemanfaatan Potensi Sumberdaya Hutan. Program pemantapan keamanan dalam negeri dilakukan dengan melakukan pengamanan hutan. Penekanannya pada penguatan kelembagaan pengamanan hutan dan operasi-operasi pengamanan hutan. Oleh karena, untuk melaksanakan program ini Pemerintah Mengembangkan kemampuan personil pengaman hutan dengan menambah polisi hutan sebanyak 7.519 orang. Bahkan 1000 orang dari polisi hutan ini dilatih khusus menjadi personel Satuan Polisi Kehutanan Reaksi Cepat (SPORC) yang ditempatkan di daerah yang rawan kejadian kehutanan. Sementara Program Pemantapan Pemanfaatan Potensi Sumberdaya Hutan dilakukan melalui kegiatan pelaksanaan penatausahaan hasil hutan (PUHH) guna menjamin hak-hak negara atas hasil hutan. Kegiatan pengendalian peredaran hasil hutan ini dilakukan melalui (1) pembuatan dan pengendalian distribusi dokumen Surat Keterangan Sahnya Kayu Bulat (SKSKB) di seluruh provinsi; (2) pembuatan dan operesionalisasi sistem informasi penatausahaan hasil hutan (PUHH) dan iuran kehutanan secara *on-line* antara perusahaan pemegang izin, instansi kehutanan mulai dari kabupaten, provinsi sampai dengan nasional; (3) pembentukan dan penyegaran tenaga teknis penguji dan pengawas hasil hutan baik kayu maupun non kayu yang dilakukan melalui pendidikan dan pelatihan, serta pembinaan tenaga teknis

pengujian baik yang berasal dari unsur masyarakat, perusahaan, maupun pengawas penguji pada instansi kehutanan di tingkat kabupaten/ kota, provinsi, dan pusat; (4) pengawasan pengukuran dan pengujian atas seluruh hasil hutan berupa kayu bulat, kayu olahan dan non kayu di seluruh provinsi; dan (5) penyempurnaan peraturan perundang-undangan di bidang penata-usahaan hasil hutan.

- 2) ***Kebijakan revitalisasi sektor kehutanan khususnya Industri Kehutanan***, dilaksanakan melalui Program Pemantapan Potensi Sumberdaya Hutan. Kegiatannya antara lain adalah pengelolaan hutan produksi yang tidak dibebani hak/izin pemanfaatan, pengembangan pengelolaan pemanfaatan hutan alam, pengembangan hutan tanaman dan hutan tanaman rakyat (HTR), dan restrukturisasi industri primer kehutanan.
- 3) ***Kebijakan rehabilitasi hutan dan konservasi sumberdaya alam***, dilaksanakan melalui Program Rehabilitasi dan Pemulihan Cadangan Sumberdaya Alam dan Program Perlindungan dan Konservasi Sumberdaya Alam. Program Rehabilitasi dan Pemulihan Cadangan Sumberdaya Alam ditujukan untuk meningkatkan fungsi dan daya dukung Daerah Aliran Sungai (DAS) melalui kegiatan pengelolaan DAS yang utamanya berupa pemantapan perencanaan, monitoring dan evaluasi, koordinasi dan sinkronisasi tata guna lahan DAS, serta peningkatan kelembagaan pengelolaan DAS. Sedangkan Program Perlindungan dan Konservasi Sumberdaya Alam diarahkan untuk meningkatkan upaya-upaya konservasi melalui kegiatan perlindungan, pelestarian, dan pemanfaatan sumber daya alam. Untuk program yang pertama dikenal Gerakan Rehabilitasi Hutan dan Lahan (Gerhan) yang dilakukan dicanangkan Pemerintah sejak 2003 dan sampai tahun 2008 telah melakukan penanaman pada kawasan hutan seluas 906.969 ha dan di luar kawasan hutan seluas 1.102.912 ha. Namun menurut CIFOR, kegiatan Rehabilitasi Hutan dan Lahan yang telah dilakukan pemerintah ini tidak tepat sasaran untuk mengatasi lahan kritis yang

ada, karena rehabilitasi hutan dan lahan lebih banyak dilakukan di luar kawasan hutan dibandingkan di dalam kawasan hutan.⁵¹

Sementara untuk Program Perlindungan dan Konservasi Sumberdaya Hutan dilakukan Pemerintah melalui kegiatan pengendalian kebakaran hutan dan lahan, pengelolaan taman nasional (termasuk taman nasional model dan kawasan konservasi lainnya), pengelolaan keanekaragaman hayati, dan pengembangan jasa lingkungan dan wisata alam. Upaya pengendalian kebakaran lahan dan hutan dilakukan melalui pemantauan *hot spot* di seluruh Indonesia, selain dilakukan penguatan kelembagaan pengendalian kebakaran dengan peningkatan kapasitas dan pemantapan kelembagaan brigade pengendalian kebakaran hutan Manggala Agni, pencegahan kebakaran, dan pemadaman kebakaran hutan yang dilakukan pada daerah-daerah rawan kebakaran hutan. Untuk meningkatkan efektivitas penekanan jumlah *hotspot*, peran serta dan pemberdayaan masyarakat dibentuk Masyarakat Peduli Api yang keberadaannya mendukung Brigade Manggala Agni dalam mengendalikan kebakaran lahan dan hutan. Disamping itu dilakukan penyebaran informasi dan penyuluhan kepada masyarakat untuk tidak melakukan pembukaan lahan dengan pembakaran, serta mengintensifkan kesiapan penanggulangan kebakaran hutan dan lahan oleh berbagai pihak. Untuk pengelolaan kawasan konservasi telah dilakukan pemantapan kelembagaan, kegiatan restorasi ekosistem di beberapa kawasan konservasi, dan penghapusan utang melalui skema *Debt for Nature Swap* (DNS). Untuk pengelolaan keanekaragaman hayati akan diuraikan lebih lanjut dalam bagian pencapaian target 7b (mengurangi laju kehilangan keragaman hayati). Terkait pengembangan jasa lingkungan dan wisata alam, hingga 2009 telah terdapat 25 unit izin Pengusahaan Pariwisata Alam yang berada di beberapa kawasan konservasi. Pemanfaatan jasa lingkungan selain wisata alam, belum berkembang sebagaimana diharapkan.

⁵¹ Ani Adiwinata Nawir, Murniati, Lukas Rumboko, *Rehabilitasi Hutan di Indonesia: Akan Kemanakah Arahnya Setelah Lebih dari Tiga Dasawarsa?*, Center for International Forestry Research (CIFOR), Bogor, 2008

- 4) **Kebijakan Pemberdayaan Ekonomi Masyarakat di Dalam dan Sekitar Kawasan Hutan**, dilakukan melalui pengembangan dan pemberdayaan perekonomian masyarakat melalui pengembangan hutan kemasyarakatan, hutan rakyat, hutan desa, dan pengembangan desa konservasi. Disamping itu peningkatan usaha perekonomian masyarakat dilakukan melalui pengembangan komoditas kehutanan berupa kayu dan non kayu (HHBK) seperti rotan, getah-getahan, buah-buahan, umbi-umbian, serta usaha jasa pariwisata alam. Kegiatan pengembangan ekonomi masyarakat terkait dengan kegiatan usaha pemanfaatan hutan produksi dilakukan melalui Pengelolaan Hutan Bersama Masyarakat (PHBM) dan bina desa hutan yang dilakukan melalui kemitraan dengan perusahaan pengelolaan dan pemegang izin pemanfaatan hutan produksi.
- 5) **Kebijakan Pemantapan Kawasan Hutan**, dilaksanakan melalui Program Pemantapan Potensi Sumberdaya Hutan dan Program Peningkatan Kualitas dan Akses Informasi Sumberdaya Alam dan Lingkungan Hidup. Kegiatan yang terkait dengan pelaksanaan Program Pemantapan Pemanfaatan Potensi Sumberdaya Hutan adalah pengukuhan dan penatagunaan kawasan hutan dan pembentukan wilayah pengelolaan dan perubahan kawasan hutan dengan kegiatan utama pembangunan kesatuan pengelolaan hutan (KPH). Sedangkan kegiatan yang merupakan pelaksanaan Program Peningkatan Kualitas dan Akses Informasi Sumberdaya Alam dan Lingkungan Hidup, meliputi pengembangan rencana dan statistic kehutanan, inventarisasi hutan dan pengembangan informasi sumber daya alam dan lingkungan hidup serta perencanaan dan pembinaan prakondisi pengelolaan hutan. Dalam rangka meningkatkan rasio luasan areal yang berhutan (terututp pepohonan) ini, Pemerintah telah mengeluarkan peraturan Menteri Kehutanan terkait penetapan kawasan hutan. Total luas lahan yang ditetapkan secara hukum oleh Pemerintah sebagai lahan hutan dan diatur oleh Menteri Kehutanan adalah 136,88 juta ha termasuk kawasan konservasi air. Atau sekitar 70 % dari total luas lahan Indonesia.⁵² Namun banyak kalangan yang meragukan luasan hutan

⁵² Lampiran Peraturan Menteri Kehutanan Republik Indonesia No. P.51/Menhut-II/2010, *Ibid.*, h. 17-18.

Indonesia yang sebenarnya saat ini. Mengingat laju deforestasi di 7 pulau besar di Indonesia (Sumatera, Kalimantan, Sulawesi, Maluku, Papua, Jawa, Bali dan Nusa Tenggara) pada tahun 2000 – 2005 rata-rata diperkirakan mencapai 1,089 juta hektar per tahun.⁵³ Sementara luas areal hutan yang terdegradasi berdasarkan data Direktorat Jenderal Rehabilitasi Lahan dan Perhutanan Sosial, luasan lahan kritis per tahun 2006 adalah 77,8 juta ha dengan perbandingan luas lahan dalam kondisi sangat kritis 9 %, kritis 30 %, dan agak kritis 61%.⁵⁴

Kebijakan terkait penurunan emisi sebesar 26 % pada tahun 2020

Jumlah emisi karbon Indonesia tidak juga mengalami penurunan. Sebaliknya telah terjadi kenaikan jumlah emisi karbon dioksida, yang pada tahun 2000 hanya 1.416.047 Gg CO₂e menjadi 1.711.626 Gg CO₂e pada tahun 2008. Pemerintah menyadari bahwa meningkatnya jumlah emisi karbon dioksida yang dilepas ke atmosfer bumi akan semakin berpengaruh terhadap naiknya suhu bumi (pemanasan global). Meningkatnya suhu bumi akan berdampak pada munculnya perubahan iklim yang semakin ekstrim.

Perubahan iklim yang ekstrim ini berdampak negative bagi kehidupan bangsa Indonesia. Sebagai negara kepulauan, perubahan iklim menimbulkan banyak dampak negative baik bagi pertumbuhan ekonomi, kehidupan sosial, maupun keberlanjutan lingkungan hidup di Indonesia. Oleh karenanya Pemerintah memberikan prioritas tertinggi pada program mitigasi perubahan iklim dan adaptasi terhadap dampak perubahan iklim. Untuk itulah Pemerintah membentuk Dewan Nasional Perubahan Iklim (DNPI) pada tahun 2008, kemudian meluncurkan *Indonesia Climate Change Trust Fund* (ICCTF) tahun 2009 sebagai cerminan komitmen Indonesia untuk membangun mekanisme pendanaan yang lebih efisien, transparan, dan terpercaya dalam menangani dampak negative perubahan iklim. Selain itu, pada September 2009 Pemerintah Indonesia mengumumkan target pengurangan emisi secara mandiri sebesar 26% dari *Business as Usual* (BAU) pada 2020 dan 41% dengan dukungan internasional. Untuk menindak-lanjuti komitmen tersebut, Maret 2010 Pemerintah kemudian

⁵³ *Statistik Kehutanan Indonesia 2008*, Departemen Kehutanan, Jakarta: 2009, h. 19

⁵⁴ *Ibid*, h. 109.

meluncurkan Peta Jalan Sektoral Perubahan Iklim Indonesia (*Indonesia Climate Change Sectoral Roadmap/ICCSR*), yang mengarusutamakan perubahan iklim dalam perencanaan pembangunan nasional.

Pemerintah menyadari bahwa jumlah pemakaian energi di Indonesia meningkat dua kali lipat dari tahun 1990 yang hanya 479.489.781 SBM (Setara Barrel Minyak) menjadi 1.033.769 SBM di tahun 2008. Bahan bakar berbasis minyak yang merupakan kelompok energi bahan bakar fosil masih paling banyak digunakan, yaitu 400.289.000 SBM di tahun 2008. Selanjutnya, gas alam sebesar 43,94 juta SBM, dan batu bara. Untuk mengurangi ketergantungan terhadap minyak bumi, Pemerintah melakukan pengembangan energi baru terbarukan (*renewable energy*). Pemerintah berupaya meningkatkan proporsi penggunaan energi baru terbarukan menjadi 17% di tahun 2025, dan penggunaan minyak bumi menurun menjadi 20%. Lebih lanjut, untuk mendukung peningkatan penggunaan energi baru terbarukan sebagaimana diamanatkan UU No. 30 Tahun 2007 tentang Energi, kemudian, Pemerintah mengeluarkan kebijakan pemberian insentif fiscal dan non fiscal untuk penggunaan energi baru dan terbarukan. Insentif fiscal berupa pemberian subsidi bunga pinjaman untuk kegiatan pengembangan bahan bakar hayati (*biofuel*) serta insentif pajak untuk investasi bahan bakar hayati. Sedangkan untuk insentif non fiscal berupa pengaturan khusus bagi penjualan listrik yang dihasilkan dari energi terbarukan, termasuk penentuan harga jual/beli serta mekanisme pengadaannya. Pemerintah juga menyediakan insentif bagi pembangkit listrik berbasis energi terbarukan skala kecil dan menengah agar dapat terhubung dengan jaringan listrik PLN. Untuk mendukung kebijakan tersebut, Pemerintah juga menjalankan Program Listrik Pedesaan dan Program Desa Mandiri Energi dan Program 10.000 MW Tahap II yang sumber energi utamanya dari energi terbarukan (terutama panas bumi dengan persentase 39 %), serta mewajibkan penggunaan bahan bakar hayati di sektor transportasi, industri, dan pembangkit tenaga listrik.⁵⁵

⁵⁵ *Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia*, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional / Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS), Jakarta, 2010, h. 193 – 195.

Kebijakan terkait penurunan konsumsi Bahan Perusak Ozon (BPO)

Pemerintah Indonesia telah meratifikasi Protokol Montreal melalui Keputusan Presiden Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang Penghapusan Konsumsi Bahan Perusak Ozon, dan mengeluarkan peraturan yang melarang impor BPO (UU No. 10 Tahun 1995 tentang Kepabeanan yang telah diperbarui dengan UU No. 17 Tahun 2006). Sejauh ini Indonesia telah melarang impor lima jenis BPO yaitu CFC, Halon, CTC, TCA, dan Metil Bromida untuk nonkarantina dan prapengapalan. Berbagai upaya juga telah dilakukan untuk mencegah emisi BPO –terutama CFC— ke atmosfer selama perawatan dan perbaikan sistem pendingin. Pencegahan emisi CFC telah berhasil melalui ditegakkannya peraturan terkait kewajiban sertifikasi kompetensi tenaga pelaku *retrofit* dan *reuse* sistem pendingin. Selain itu, pengawasan penggunaan BPO telah dilakukan oleh Kementerian Perindustrian. Upaya meningkatkan kesadaran publik tentang isu perlindungan ozon telah memberikan kontribusi pada keberhasilan inisiatif ini. Fasilitasi destruksi CFC telah dibangun di fasilitas salah satu perusahaan semen terbesar di Indonesia, dalam bentuk sistem pembakaran bersuhu tinggi.

Pada tahun 2007, konsumsi CFC di Indonesia telah turun sampai ke tingkat minimum. Telah terjadi penggantian BPO yang mempunyai *ozone depleting potential* (ODP) tinggi seperti Halon, CTC, dan TCA dengan BPO pengganti sementara yang nilai ODP-nya rendah, seperti senyawa *hydraflearafluora fluorocarbon* (HFCF) dan/atau bahan-bahan non-BPO. Namun Indonesia masih dihadapkan masalah dengan impor illegal BPO, meskipun pelarangan impor BPO telah dilakukan sejak 1 Juli 2008.⁵⁶

Kebijakan terkait persediaan ikan yang berada dalam batasan biologis aman

Tangkapan maksimum lestari (*maximum sustainable yield/MSY*) perikanan tangkap Indonesia diperkirakan mencapai kurang lebih 6,4 juta ton per tahun, sedangkan tangkapan total yang diizinkan (*totally allowable*

⁵⁶ Jawaban tertulis Asdep Urusan Pengendalian Dampak Perubahan Iklim, Kementerian Lingkungan Hidup, 26 Mei 2011.

*catch /TAC) adalah 80 % dari MSY atau sekitar 5,12 juta ton per tahun. Pada tahun 2008, total produksi perikanan tangkap Indonesia adalah 4,7 juta ton (masih di bawah TAC). Meskipun total produksi perikanan tangkap Indonesia masih di bawah TAC, tetapi ada beberapa wilayah dalam Wilayah Pengelolaan Perikanan (WPP) yang sudah mengalami *over exploitation*, yaitu WPP Samudera Hindia bagian Barat Sumatera. Di daerah WPP tersebut telah mengalami *overexploitation* produksi ikan demersial dan pelagis kecil. Selama ini, Pemerintah menggunakan prinsip kehati-hatian dan berkelanjutan dalam pemanfaatan sumber daya perikanan, khususnya sumber daya dari laut.⁵⁷ Namun *overexploitation* masih juga terjadi.*

Kebijakan terkait peningkatan luas kawasan lindung untuk menjaga kelestarian keanekaragaman hayati baik di darat maupun di laut

Indonesia adalah negara yang kaya akan keanekaragaman hayati. Ada dua hal terkait keanekaragaman hayati Indonesia, yaitu keragaman (*diversity*) dan endemic (*endemism*). Namun keberadaannya terancam dari kepunahan. Indonesia adalah negara dengan tingkat keterancaman terhadap kepunahan spesies dan genetic yang sangat tinggi.⁵⁸ Penyebab utama keterancaman terhadap bahaya kepunahan spesies adalah kerusakan habitat disamping pemanfaatan yang tidak terkendali. Hutan adalah habitat tumbuhan dan satwa dapat tumbuh kembang dan lestari. Dalam UU No. 41 Tahun 1999 tentang Kehutanan, hutan yang berfungsi menjaga kelestarian tumbuhan ataupun satwa adalah hutan konservasi. Hutan konservasi ini – lebih lanjut dalam UU No. 5 tahun 1990 tentang Konservasi Sumberdaya Alam Hayati dan Ekosistemnya – dapat berupa kawasan hutan suaka alam (cagar alam dan suaka marga satwa), kawasan hutan pelestarian alam (taman nasional, taman hutan raya, dan taman wisata alam), dan hutan buru. Luas kawasan konservasi Indonesia dari tahun ke tahun tidak mengalami kenaikan (lihat tabel 1). Bahkan pada tahun 2009 terjadi penurunan luasan kawasan konservasi, dari

⁵⁷ *Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia*, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional / Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Jakarta, 2010, h. 195.

⁵⁸ Lampiran Keputusan Direktur Jenderal Perlindungan Hutan dan Konservasi Alam Nomor: SK.181/IV-Set/2010 tentang Rencana Strategis (Renstra) Direktorat Jenderal Perlindungan Hutan dan Konservasi Alam Tahun 2010 – 2014.

28.234.207,17 ha (22.811.070,17 ha kawasan konservasi daratan dan 5.423.137,00 ha kawasan konservasi perairan) pada tahun 2008 menjadi 25.463.264,71 ha (20.040.048,01 ha kawasan konservasi daratan dan 5.423.216,70 ha kawasan konservasi perairan). Penurunan luasan kawasan konservasi ini seiring dengan menurunnya luasan kawasan hutan yang ada. Pada tahun 2008, luasan kawasan hutan Indonesia berdasarkan keputusan Menteri Kehutanan tentang Penunjukan Kawasan Hutan dan Perairan serta Tata Guna Hutan Kesepakatan (TGHK) adalah 137.090.468,18 ha menjadi tinggal 136.645.269,91 ha pada tahun 2009 (lihat tabel 4.2.).⁵⁹

Tabel 4.2. Luasan Kawasan Konservasi Indonesia

Tahun	Luas kawasan konservasi		Total
	Daratan	Perairan	
2004	22.715.279,35	5.370.026,47	28.085.305,82
2005	22.703.151,16	5.556.999,40	28.260.150,56
2006	22.702.527,17	5.556.999,40	28.259.526,57
2007	22.812.318,32	5.429.117,00	28.241.435,32
2008	22.811.070,17	5.423.137,00	28.234.207,17
2009	20.040.048,01	5.423.216,70	25.463.264,71

Sumber: Ditjen Planologi, Kementerian Kehutanan, 2009.

Untuk mempertahankan luasan kawasan konservasi, Pemerintah pernah melakukan perubahan kawasan hutan. Perubahan kawasan hutan adalah berubahnya luas kawasan hutan sebagai akibat dari adanya pelepasan kawasan hutan (untuk keperluan non kehutanan, adanya tukar menukar kawasan atau adanya perubahan fungsi hutan). Pada tahun 2003 hingga 2005 terjadi perubahan kawasan hutan karena adanya perubahan fungsi hutan, yaitu dari kawasan hutan produksi dan hutan lindung menjadi kawasan hutan konservasi (lihat tabel 4.3.). Namun kebijakan tersebut tidak berlanjut.

⁵⁹ Sumber data dari Ditjen Planologi Kementerian Kehutanan, diolah dari buku Statistik Kehutanan Indonesia 2008 dan Eksekutif Data Strategis Kehutanan 2009.

Tabel 4.3. Perkembangan Perubahan Kawasan Hutan Produksi Terbatas, Hutan Produksi Tetap, dan Hutan Lindung menjadi Hutan Konservasi

Tahun	Hutan Produksi Terbatas (Ha)	Hutan Produksi Tetap (Ha)	Hutan Lindung (Ha)	Jumlah (Ha)
2003	40.156,75	24.142,80	17.185,70	81.485,25
2004	50.299,81	587.966,00	282.472,02	920.737,83
2005	3.200,00	-	-	3.200,00

Sumber: Badan Planologi Kehutanan, 2007.

B.2.2. Pencapaian Target 7b: mengurangi laju kehilangan keragaman hayati, dan mencapai pengurangan yang signifikan pada 2010

Sebagai negara yang kaya akan keanekaragaman hayati, selama ini sumberdaya alam tersebut telah digunakan untuk menunjang mata pencarian dan pertumbuhan ekonomi. Namun pemanfaatannya belum berkelanjutan (tidak lestari). Jasa ekosistem dan manfaat keanekaragaman hayati kurang mendapatkan perhatian terlepas dari arti penting yang dimilikinya. Walaupun perubahan iklim menunjukkan peran penting ekosistem dan spesies tanaman dalam sekuestrasi dan penyerapan karbon, peran lainnya seperti untuk tujuan pengobatan, perlindungan dan siklus air masih dianggap kurang signifikan.

Upaya Pemerintah untuk melakukau pengelolaan keanekaragaman hayati yang ada pada tingkat nasional sudah dilakukan sejak dikenarkannya UU No. 5 Tahun 1990 tentang Konservasi Sumber daya Hayati dan Ekosistemnya. Meskipun cakupan dari UU tersebut baru sebatas konservasi ekosistem dan spesies terutama di kawasan lindung, dan cakupannya masih berbasis kehutanan dan pelestarian hanya di kawasan lindung. Padahal di luar kawasan lindung masih banyak ekosistem yang mengalami ancaman yang setara.

Untuk di tingkat Internasional Pemerintah telah menandatangi kesepakatan internasional CITES (Konvensi Perdagangan Internasional

Spesies Flora dan Fauna Liar yang Terancam/*Convention on International Trade in Endangered Species of Wild Flora and Fauna*) melalui Keppres No. 43/1978 dan Konvensi Ramsar mengenai Lahan Basah melalui Keppres No. 48/1991. Selain itu, Pemerintah juga telah meratifikasi Konvensi PBB mengenai Keanekaragaman Hayati (*United Nations Conventions on Biological Diversity*) dalam bentuk UU No. 5 Tahun 1994. Kementerian Lingkungan Hidup sebagai fokal point nasional pelaksanaan dari konvensi keanekaragaman hayati tersebut. Tujuan utama dari pelaksanaan konvensi tersebut adalah (1) konservasi keanekaragaman hayati; (2) pemanfaatan berkelanjutan dari komponennya; dan (3) pembagian keuntungan yang adil dan merata dari penggunaan sumber daya genetis termasuk akses yang memadai serta alih teknologi, dan melalui sumber pendanaan yang sesuai.

Kemudian pada tahun 1993, Kementerian Lingkungan Hidup menerbitkan Strategi Pengelolaan Keanekaragaman Hayati, dan diwaktu bersamaan Bappenas menerbitkan Rencana Aksi Keanekaragaman Hayati untuk Indonesia (*Biodiversity Action Plan for Indonesia 1993- BAPI 1993*). Dua dokumen ini tadinya diharapkan dapat menjadi panduan komprehensif bagi pengelolaan keanekaragaman hayati. Namun dalam prakteknya masih belum dapat mengurangi laju kehilangan keanekaragaman hayati yang ada. Hingga kemudian pada tahun 2003, dokumen BAPI direvisi menjadi dokumen *Indonesia Biodiversity Strategy and Action Plan (IBSAP)*.

Di luar itu masih banyak peraturan perundangan yang lain, yang juga mengatur bagaimana pengelolaan sumberdaya hayati seharusnya dilakukan, seperti UU No. 41 Tahun 1999 tentang Kehutanan, UU No. 23 Tahun 1997 tentang Pengelolaan Lingkungan Hidup yang telah diperbarui dengan UU No. 32 Tahun 2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup, UU No. 12 Tahun 1992 tentang Sistem Budidaya Tanaman, dan UU No. 24 Tahun 1992 tentang Penataan Ruang yang telah diperbarui dengan UU No. 26 Tahun 2007 tentang Penataan Ruang.

Namun kekayaan hayati Indonesia saat ini telah mengalami penurunan dan kerusakan yang disebabkan oleh banyak faktor, yaitu faktor teknis dan faktor struktural.⁶⁰ Yang masuk ke dalam faktor teknis antara lain rendahnya kesadaran, pemahaman, dan kepedulian manusia atas

⁶⁰ Wilayah Kritis Keanekaragaman Hayati di Indonesia...Op.Cit, h. 12

keanekaragaman hayati; pemanfaatan yang berlebihan; pemungutan dan perdagangan illegal; adanya konversi habitat alami; pola monokultur dalam budidaya; tekanan penduduk; kemiskinan dan keserakahan manusia; penggunaan teknologi yang merusak lingkungan; dan perubahan iklim. Yang masuk ke dalam faktor struktural seperti kebijakan pembangunan yang eksploratif, sentralistik, sektoral, dan tidak partisipatif; sistem kelembagaan yang lemah; dan penegakan hukum yang lemah.

Akibatnya keanekaragaman hayati Indonesia tidak hanya berkurang di tingkat ekosistem, tetapi juga hingga tingkat spesies dan genetik. Seperti yang diungkapkan IUCN pada tahun 1988 yang mengeluarkan daftar 126 spesies burung, 63 spesies mamalia, 21 spesies reptil, dan 65 spesies hewan lainnya dinyatakan diambang kepunahan. Kemudian 4 tahun kemudian IUCN mengeluarkan *Red Data List IUCN* yang menunjukkan 772 spesies flora dan fauna terancam punah, yang terdiri dari 147 spesies mamalia, 114 burung, 28 reptil, 68 ikan, 3 moluska, 28 spesies fauna lainnya, dan 384 spesies flora. Bahkan ramin (*Gonystylus Bancanus*) saat ini dimasukkan ke dalam Apendiks III CITES (tidak dilarang dari perdagangan internasional, namun negara anggota harus memiliki izin dan memantau perdagangan spesies tersebut).⁶¹ Bahkan dalam Moge (2001) dinyatakan bahwa rentang sebaran kayu eboni (*Diospyros celebica*) dan ulin (*Eusideroxylon Zwageri*), cendana (*Santalum Album*) semakin berkurang; 240 spesies tanaman telah dinyatakan langka, banyak diantaranya merupakan kerabat tanaman budidaya; kurang lebih 52 spesies anggrek (*Orchidaceae*) juga dinyatakan langka; 11 spesies rotan, 9 spesies bamboo, 9 spesies pinang, 6 jenis durian, 4 jenis pala, 3 jenis mangga juga dinyatakan langka. Beberapa spesies ikan juga terancam punah, seperti ikan haring cina (*clupea toil*) yang mendominasi pantai timur Sumatera dan ikan terbang (*cypselurus spp*) di wilayah pantai selatan Sulawesi, ikan batak (*neolissochilus sp.*) di sekitar Danau Toba, bilik (*mystcoleucus padangensis*) yang endemic di Danau Singakarak, botia (*botia macraranthus*), dan ikan hias unik yang ditemukan di Sungai Bahari yang biasanya dikonsumsi oleh penduduk setempat. Sayangnya, penyusutan keanekaragaman hayati ini tidak terdokumentasi dengan baik.

⁶¹ *Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia*, Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS), Jakarta, 2010, h. 211.

Sebenarnya pemerintah telah mengeluarkan berbagai kebijakan untuk melindungi keanekaragaman hayati yang ada, antara lain dengan (1) kebijakan peningkatan pelestarian keanekaragaman hayati melalui pemantauan dan memfasilitasi pengembangan Taman Keanekaragaman Hayati; (2) kebijakan pembangunan kawasan konservasi dan ekosistem esensial melalui upaya mengurangi konflik dan tekanan terhadap taman nasional dan kawasan konservasi lainnya, perbaikan pengelolaan ekosistem esensial, peningkatan manajemen penanganan gangguan dari pihak-pihak yang memasuki kawasan konservasi tanpa izin dan pemulihian kawasan konservasi; (3) kebijakan penyelidikan dan perlindungan keamanan hutan melalui upaya mengurangi tindak pidana kehutanan dan finalisasi kasus kejahatan di kawasan konservasi; (4) kebijakan pengembangan konservasi spesies dan keanekaragaman hayati genetic melalui peningkatan keanekaragaman hayati dan populasi spesies yang terancam punah, penangkaran dan kerjasama internasional dan regional; (5) kebijakan pengendalian kebakaran hutan melalui upaya mengurangi titik panas, mengurangi luas area yang terbakar dan meningkatkan kapasitas sumber daya manusia dalam mengendalikan kebakaran hutan; dan (6) kebijakan pengembangan jasa lingkungan dan ekowisata melalui pengelolaan dan pengembangan konservasi ekosistem dan spesies di wilayah pesisir dan laut seperti peningkatan pengelolaan ekosistem terumbu karang, bakau, lamun, dan lain-lain, serta melakukan identifikasi dan pemetaan kawasan konservasi dan spesies laut yang dilindungi.⁶² Namun upaya ini belum dapat mengatasi penyusutan keanekaragaman hayati yang ada, khususnya spesies satwa dan tumbuhan liar yang tidak terdokumentasi dengan baik.

B.2.3. Pencapaian Target 7c: menurunkan hingga separuhnya proporsi penduduk tanpa akses terhadap air minum yang layak dan sanitasi layak pada 2015

Ada dua indikator yang digunakan untuk mengukur keberhasilan pencapaian target 7c, yaitu (1) peningkatan proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sumber air minum layak baik di perkotaan dan pedesaan; dan (2) peningkatan proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi layak baik diperkotaan maupun perdesaan.

⁶² Jawaban tertulis Ditjen PHKA, Kementerian Kehutanan, atas daftar pertanyaan penelitian, 20 Mei 2011.

Masyarakat miskin seringkali tidak memiliki akses ke sumber air minum and sanitasi layak. Minimnya akses tersebut berdampak buruk terhadap kesehatan dan mata pencaharian mereka. Studi Bank Dunia 2006 mengungkapkan bahwa biaya kesehatan yang ditimbulkan akibat kondisi air dan sanitasi yang buruk adalah sebesar Rp.133 ribu per kapita, dan kurang lebih 30 % penduduk Indonesia terkena penyakit yang diakibatkan kondisi air dan sanitasi yang buruk ini, selain juga karena rendahnya kesadaran masyarakat terhadap perilaku hidup bersih dan sehat. Masyarakat miskin seringkali harus menghabiskan banyak waktu untuk mengambil air dari sumber air yang jauh atau memanfaatkan sumber daya keuangan mereka yang terbatas untuk membeli air "bersih" yang mahal atau membeli bahan bakar untuk memasak air. Kondisi ini akan semakin memperpuruk kemiskinan pada masyarakat miskin.

Kebijakan terkait peningkatan proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum yang layak baik di perkotaan maupun perdesaan.

Indonesia menggolongkan air minum dalam dua kategori, yaitu air minum yang terlindungi dan tidak terlindungi. Air minum terlindungi meliputi air minum perpipaan dan air minum terlindungi non perpipaan yang berasal dari sumber air berkualitas. Sumber air terlindungi meliputi (1) sistem perkotaan yang menyalurkan air perpipaan ke rumah atau rumah petak; (2) air dari keran air di tempat umum atau pipa tegak (*standpipes*); (3) air dari sumur galian yang terlindung; (4) sumur tabung (*tubewell*) atau lubang bor; (5) air dari mata air yang dilindungi; (6) air hujan yang ditampung. Air kemasan tidak termasuk sebagai sumber air terlindungi karena air kemasan tidak dikategorikan sebagai akses berkelanjutan terhadap air yang terlindungi. Air minum tidak terlindungi adalah sumber air dimana jarak antara sumber air dan tempat pembuangan kotoran kurang dari 10 meter dan/atau tidak terlindungi dari kontaminasi lainnya. Contohnya air yang diangkut dengan tangki/drum kecil, air permukaan dari sungai, danau, kolam, saluran irigasi/drainase.

Tahun 2009 proporsi rumah tangga yang mempunyai akses terhadap sumber air terlindungi di perkotaan adalah 47,71 % dan di perdesaan

adalah 45,72 %. Sementara target MDG adalah pada tahun 2015 proporsi rumah tangga yang mempunyai akses terhadap sumber air terlindungi adalah 75,30% di perkotaan dan 65,80% di perdesaan. Permasalahan yang dihadapi Indonesia adalah adanya kesenjangan yang cukup besar antar daerah dalam hal akses terhadap air minum yang terlindungi. Untuk akses penduduk ke air minum perpipaan dari tahun 1992 hingga 2000 terus terjadi peningkatan. Namun pada tahun 2006 hingga 2009 terjadi penurunan sebagai akibat dari laju pertumbuhan penduduk telah melampaui laju perbaikan infrastruktur air bersih dan terjadinya pergeseran layanan pelanggan ke sumber air non perpipaan karena pasokan air yang mengalir dari sistem perpipaan yang ada kurang memadai. Akses terhadap air minum perpipaan selalu lebih tinggi di wilayah perkotaan.

Dalam upaya mencapai target 7c terkait peningkatan akses masyarakat terhadap keberlanjutan air minum yang layak ini, Pemerintah (dalam hal ini Kementerian Pekerjaan Umum) mengeluarkan kebijakan yang dituangkan dalam Peraturan Menteri No. 20/PRT/M/2006 tentang Kebijakan dan Strategi Nasional Pengembangan Sistem Penyediaan Air Minum (KSNP-SPAM). Kebijakan tersebut adalah (1) meningkatkan cakupan dan kualitas air minum bagi seluruh masyarakat Indonesia; (2) mengembangkan pendanaan untuk penyelenggaraan SPAM dari berbagai sumber secara optimal; (3) mengembangkan kelembagaan, peraturan, dan perundang-undangan; (4) meningkatkan penyediaan Air Baku secara berkelanjutan; dan (5) meningkatkan peran dan kemitraan dunia usaha, swasta, dan masyarakat. Namun dalam melaksanakan kebijakan tersebut, Pemerintah menghadapi beberapa kendala, antara lain (1) masih rendahnya tingkat kesadaran masyarakat akan pentingnya penghematan air minum (air masih dipandang sebagai benda sosial dan merupakan urusan pemerintah); (2) belum memadainya kapasitas kelembagaan terkait penyelenggaraan SPAM (70% PDAM selaku lembaga yang melayani air minum yang layak di daerah dalam kondisi tidak sehat sehingga tidak mampu memberikan pelayanan kepada masyarakat sesuai target RPJMN 2005-2009 sebesar 66 % untuk masyarakat perkotaan dan 30 % untuk masyarakat perdesaan); (3) semakin terbatasnya daya dukung air baku akibat pengelolaan daerah tangkapan air yang kurang baik; (4) masih tingginya tingkat kehilangan air (rata-rata tingkat kehilangan air secara

nasional adalah 33 %); dan (5) belum optimalnya pemanfaatan sumber pendanaan dari masyarakat dan dunia usaha.⁶³

Kebijakan terkait peningkatan proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi layak baik diperkotaan maupun perdesaan

Di Indonesia, fasilitasi sanitasi yang baik didefinisikan sebagai sarana yang aman, higienis, dan nyaman yang dapat menjauhkan pengguna dan lingkungan di sekitarnya dari kontak dengan kotoran manusia. Fasilitasi sanitasi yang layak ini antara lain toilet dengan leher angsa, tanki septik (*septic tank*)/Sistem Pengolahan Air Limbah (SPAL) baik yang digunakan sendiri maupun komunal.

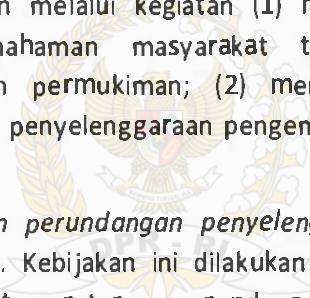
Persentase penduduk Indonesia yang memiliki akses ke fasilitasi sanitasi yang layak hingga tahun 2009 hanya 51 % dari seluruh penduduk Indonesia yang memiliki akses ke fasilitas sanitasi memadai dengan capaian untuk perkotaan sebesar 69,51% dan di pedesaan mencapai 33,96%. Sementara target MDG untuk akses sanitasi dasar adalah 62,37% dari total penduduk pada tahun 2015, dengan target untuk perkotaan sebesar 76,8 % dan pedesaan sebesar 55,54%.⁶⁴ Untuk mencapai target tersebut, beberapa kebijakan dilakukan oleh Pemerintah, yaitu:⁶⁵

- a) *Peningkatan akses prasarana dan sarana air limbah baik sistem on site maupun off site di perkotaan dan perdesaan untuk perbaikan kesehatan masyarakat.* Kebijakan ini dilakukan melalui kegiatan (1) peningkatan akses masyarakat terhadap prasarana dan sarana air limbah sistem setempat (on site) di perkotaan dan di perdesaan melalui sistem komunal; (2) peningkatan akses masyarakat terhadap prasarana dan sara air limbah sistem terpusat (off site) di kawasan perkotaan metropolis dan besar.

⁶³ Jawaban tertulis Kementerian Pekerjaan Umum atas pertanyaan penelitian, 4 April 2011.

⁶⁴ BPS, Susenas dalam Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia, 2010.

⁶⁵ Jawaban tertulis Direktorat Pengembangan Penyehatan Lingkungan Permukiman, Direktorat Jenderala Cipta Karya, Kementerian Pekerjaan Umum, 4 April 2011

- 
- b) *Peningkatan peran masyarakat dan dunia usaha/swasta dalam penyelenggaraan pengembangan sistem pengelolaan air limbah permukiman.* Kebijakan ini dilakukan melalui kegiatan (1) merubah perilaku dan meningkatkan pemahaman masyarakat terhadap pentingnya pengelolaan air limbah permukiman; (2) mendorong partisipasi dunia usaha/swasta dalam penyelenggaraan pengembangan pengelolaan air limbah permukiman.
 - c) *Pengembangan perangkat peraturan perundangan penyelenggaraan pengelolaan air limbah permukiman.* Kebijakan ini dilakukan melalui kegiatan (1) penyusunan perangkat peraturan perundangan yang mendukung penyelenggaraan pengelolaan air limbah permukiman; (2) penyebarluasan informasi peraturan perundangan terkait penyelenggaraan pengelolaan air limbah permukiman; (3) penerapan peraturan perundangan.
 - d) *Penguatan kelembagaan dan peningkatan kapasitas personil pengelolaan air limbah permukiman.* Kebijakan ini dilakukan melalui kegiatan (1) fasilitasi pembentukan dan penguatan kelembagaan pengelola air limbah permukiman di tingkat masyarakat; (2) mendorong pembentukan dan penguatan institusi pengelola air limbah permukiman di daerah; (3) meningkatkan koordinasi dan kerjasama antar lembaga; (4) Mendorong peningkatan kemauan politik para pemangku kepentingan untuk memberikan prioritas yang lebih tinggi terhadap pengelolaan air limbah permukiman.
 - e) *Peningkatan dan pengembangan alternatif sumber pendanaan pembangunan prasarana dan sarana air limbah permukiman.* Kebijakan ini dilakukan melalui kegiatan (1) mendorong berbagai alternatif sumber pembiayaan untuk penyelenggaraan air limbah permukiman; (2) pembiayaan bersama pemerintah pusat dan daerah dalam mengembangkan sistem air limbah perkotaan dengan proporsi pembagian yang disepakati bersama.

Namun upaya peningkatan akses masyarakat terhadap sanitasi yang layak terkendala oleh tingginya laju pertumbuhan penduduk, terutama di daerah perkotaan yang laju pertumbuhan penduduknya lebih tinggi

disusun Pemerintah dalam rangka percepatan pencapaian tujuan ketujuh MDGs adalah:

B.3.1. Kebijakan percepatan dalam pencapaian target 7a: Memadukan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumber daya lingkungan yang hilang

Upaya percepatan dalam pencapaian target 7a ini antara lain dilakukan dengan:⁶⁹

- 1) Memperkuat kelembagaan dan meningkatkan kesadaran serta partisipasi masyarakat dalam proses rehabilitasi dan konservasi sumberdaya alam dan pengelolaan lingkungan alam lestari;
- 2) Menjaga keanekaragaman hayati yang unik dari sumber daya alam Indonesia dengan kontribusi pada pembangunan ekonomi nasional;
- 3) Memperkuat kapasitas kelembagaan pada semua tingkat pemerintahan untuk mengantisipasi dan mengelola bencana alam dan menyesuaikan diri dengan perubahan iklim;
- 4) Melaksanakan inisiatif untuk mencapai pembangunan berkelanjutan di semua sektor.

Untuk sektor kehutanan, pemerintah (melalui Kementerian Kehutanan) memprioritaskan upaya untuk mempertahankan peran penting hutan dalam menjaga keseimbangan siklus hidrologi. Rehabilitasi kawasan hutan dan lahan kritis serta perlindungan dan konservasi sumber daya hutan di daerah aliran sungai akan dijadikan prioritas nasional. Hal ini diperlukan untuk menjamin keberlangsungan fungsi Daerah Aliran Sungai (DAS) dalam memasok air bagi penduduk Indonesia yang terus bertambah. Kebijakan konservasi dan rehabilitasi sumber daya hutan akan diarahkan untuk (1) memperkuat kerangka hukum dan kelembagaan untuk pengelolaan hutan; (2) memperkuat pengelolaan sumber daya hutan secara kelembagaan; (3) menjaga dan meningkatkan daya dukung dan fungsi lingkungan; (4) memperkuat fungsi konservasi dengan memperbaiki kualitas pengelolaan taman dan kawasan lindung lainnya untuk mempertahankan

⁶⁹ Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional 2010-2014, Bappenas.

keanekaragaman hayati; (5) meningkatkan pemanfaatan lingkungan hutan alam untuk wisata alam; (6) meningkatkan perlindungan hutan melalui pencegahan dan pengendalian kebakaran hutan dan lahan gambut serta penegakan hukum terhadap pembalakan liar, peranmbahan lahan hutan, perdagangan illegal spesies yang terancam punah; (7) meningkatkan akses publik dan hubungan dengan kegiatan konservasi melalui pengelolaan dan pemberdayaan bersama masyarakat di sekitar hutan; dan (8) meningkatkan daya dukung dan fungsi DAS untuk menjamin ketersediaan air.

Untuk sektor kelautan, pemerintah akan meningkatkan peran sektor kelautan dalam penyerapan karbon. Kegiatan yang dilakukan mencakup penanaman kembali bakau, rumput laut, dan vegetasi penutup lainnya di daerah pesisir. Selain itu dilakukan upaya rehabilitasi terumbu karang. Dalam hal ini, Indonesia akan menjalin kerjasama dengan Malaysia, Papua Nugini, Filipina, Kepulauan Salomon dan Timor Leste untuk melaksanakan *Coral Triangle Initiative*, sebuah upaya untuk melestarikan kekayaan sumber daya laut di kawasan tersebut. Upaya rehabilitasi kawasan pesisir dilakukan dengan memperhatikan keseimbangan ekosistem dan/atau keanekaragaman hayati setempat, dan dilakukan dengan cara antara lain: pengayaan sumberdaya hayati, perbaikan habitat, perlindungan spesies biota laut agar tumbuh dan berkembang secara alami dan ramah lingkungan. Untuk itu, pemerintah (melalui Kementerian Kelautan dan Perikanan) merencanakan upaya rehabilitasi wilayah pesisir melalui beberapa fokus kegiatan, yaitu (1) membuat habitat baru untuk menggantikan atau sebagai kompensasi habitat yang sudah rusak atau terusak oleh kegiatan lain; (2) mendukung kawasan-kawasan pemijahan dan asuhan ikan dan spesies ekonomi penting perikanan lainnya melalui perbaikan kondisi estuaria-estuaria yang menjadi kawasan pemijahan dan asuhan ikan; (3) mencegah dan memperbaiki kerusakan ekosistem pesisir karena kegiatan pembangunan dan (4) proteksi lingkungan pesisir terhadap ancaman bencana alam (tsunami dan sebagainya). Fokus kegiatan ini dilakukan antara lain melalui penanaman *mangrove* sebagai habitat, *pollution trap*, pencegahan abrasi, serta penciptaan kawasan pemijahan dan kawasan asuhan bagi ikan dan udang di pesisir dan estuaria.

Berdasarkan Inpres No. 3 Tahun 2010, Pemerintah akan memberikan prioritas pada provinsi yang mempunyai kawasan konservasi perairan

seperti Taman Nasional Perairan Laut Sawu dan Laut sekitarnya di NTT untuk tahun 2010, Taman Nasional Perairan Pulau Pieh Sumatera Barat, Taman Nasional Perairan Pulau Kapoposang Sulawesi Selatan, Taman Nasional Perairan Laut Banda Maluku, Taman Nasional Perairan Gili Maira NTB, dan Taman Nasional Perairan Padaido untuk tahun 2011.

Untuk sektor energi dan transportasi, akan diarahkan untuk menurunkan tingkat emisi Gas Rumah Kaca, dengan rincian sebagai berikut:

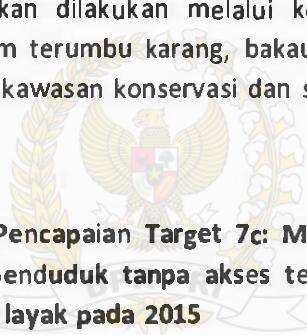
- a. **Pembangkit listrik** – Pemerintah mendorong penerapan teknologi rendah emisi di pembangkit listrik dan mendukung pembangunan pembangkit listrik dengan sumber energi baru dan terbarukan. Diversifikasi sumber energi mencakup pembangunan fasilitas yang memanfaatkan gas alam, energi nuklir, tenaga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

Untuk sektor industri, terutama industri manufaktur, praktik penggunaan HCFC akan dihentikan pada tahun 2013 dan dihapuskan pada tahun 2030. Saat ini Pemerintah sedang dalam proses penyusunan rencana pengelolaan penghapusan HCFC untuk mencapai target pengurangan.

B.3.2. Kebijakan percepatan dalam pencapaian target 7b: mengurangi laju kehilangan keragaman hayati, dan mencapai pengurangan yang signifikan pada 2010

Pelestarian keanekaragaman hayati merupakan salah satu prioritas dalam pengelolaan sumber daya alam sebagaimana tercantum dalam RPJMN 2010-2014. Upaya untuk mengurangi laju kehilangan keragaman melestarikan keanekaragaman hayati dan meningkatkan spesies yang terancam punah dilakukan melalui kebijakan-kebijakan sebagai berikut:

- 1) Peningkatan pelestarian keanekaragaman hayati, yang akan dilakukan melalui kegiatan (1) pelestarian keanekaragaman hayati; (2) memantau pelaksanaan pelestarian keanekaragaman hayati; dan (3) memfasilitasi pengembangan Taman Keanekaragaman Hayati.
- 2) Pembangunan kawasan konservasi dan ekosistem esensial, yang akan dilakukan melalui kegiatan (1) mengurangi konflik dan tekanan terhadap taman nasional dan kawasan konservasi lainnya; (2) perbaikan pengelolaan ekosistem esensial; (3) peningkatan manajemen penanganan gangguan dari pihak-pihak yang memasuki kawasan konservasi tanpa izin; dan (4) pemulihan kawasan konservasi.
- 3) Berdasarkan Inpres No. 3 Tahun 2010 beberapa daerah menjadi prioritas dalam pembangunan kawasan konservasi dan ekosistem esensial, yaitu daerah Sumut, Sumbar, Jambi, Kaltim, Sulut, Sulsel, NTT, Papua Barat, Papua, dan Sulteng.
- 4) Penyidikan dan perlindungan keamanan hutan, yang akan dilakukan melalui kegiatan (1) mengurangi tindak pidana kehutanan; (2) finalisasi kasus kejahatan di kawasan konservasi.
- 5) Pengembangan konservasi spesies dan keanekaragaman hayati genetic, yang akan dilakukan melalui kegiatan (1) peningkatan keanekaragaman hayati dan populasi spesies yang terancam punah; (2) penangkaran; (3) kerjasama internasional dan regional.
- 6) Pengendalian kebakaran hutan, yang akan dilakukan melalui kegiatan (1) mengurangi titik panas (*hot spot*); (2) mengurangi luas area yang terbakar; (3) meningkatkan kapasitas sumber daya manusia dalam mengendalikan kebakaran hutan.
- 7) Pengembangan jasa lingkungan dan ekowisata

- 
- 8) Pengelolaan dan pengembangan konservasi ekosistem dan spesies di wilayah pesisir dan laut, yang akan dilakukan melalui kegiatan (1) peningkatan pengelolaan ekosistem terumbu karang, bakau, dan lain-lain; (2) identifikasi dan pemetaan kawasan konservasi dan spesies laut yang dilindungi.

B.3.3. Kebijakan Percepatan dalam Pencapaian Target 7c: Menurunkan hingga separuhnya proporsi penduduk tanpa akses terhadap air minum yang layak dan sanitasi layak pada 2015

Kebijakan menurunkan proporsi penduduk tanpa akses air minum yang layak dan sanitasi layak ke depan adalah:

- 1) Untuk meningkatkan cakupan pelayanan air minum, Pemerintah (melalui Kementerian Pekerjaan Umum), Pemerintah Daerah, dan Perusahaan Daerah Air Minum (PDAM) melakukan pembangunan dan perbaikan sistem air baku, perbaikan dan pengembangan instalasi serta pengembangan dan perbaikan jaringan transmisi dan distribusi, terutama di kawasan perkotaan. Sementara untuk kawasan perdesaan, Pemerintah (Kementerian Pekerjaan Umum dan Kementerian Kesehatan) akan mengembangkan sistem penyediaan air minum berbasis masyarakat. Alokasi pendanaan diprioritaskan untuk masyarakat miskin antara lain melalui Pamsimas (Program Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat) dan pengembangan sistem air minum Ibu Kota Kecamatan (IKK). Untuk masyarakat menengah ke atas, Pemerintah pusat akan memfasilitasi perbaikan kinerja pelayanan PDAM melalui pemberian bantuan teknis, program, dan keuangan. Untuk mendukung penyediaan layanan air minum perpipaan oleh PDAM, Pemerintah mengeluarkan Peraturan Menteri Keuangan No. 120 tahun 2008 tentang Penyelesaian Piutang Negara yang Bersumber dari Penerusan Pinjaman Luar Negeri, Rekening Dana Investasi, dan Rekening Pembangunan Daerah pada PDAM. Selain itu, untuk meningkatkan akses pendanaan yang bersumber diluar Pemerintah, diterbitkan Peraturan Presiden No. 29 tahun 2009 tentang Pemberian Jaminan dan Subsidi Bunga oleh Pemerintah Pusat dalam rangka Penyediaan Air Minum untuk mendapatkan pinjaman dari bank

komersial, melalui penyediaan subsidi bunga dan penjaminan asset. Kebijakan lainnya adalah melalui program hibah (*matching grants*) air minum dan air limbah bagi pemerintah daerah yang memprioritaskan pembangunan air minum dan sanitasi bagi masyarakat miskin.

- 2) Berdasarkan Inpres No. 3 Tahun 2010, beberapa daerah mendapat prioritas bagi terbangunnya prasarana dan sarana air baku, yaitu provinsi-provinsi dengan prosentase akses rumah tangga terhadap air minum layak di bawah angka rata-rata nasional (< 47,63%). Daerah tersebut antara lain Banten, Aceh, Bengkulu, DKI Jakarta, Papua, Kalteng, Babel, Kepri, Lampung, Jabar, Riau, Sulbar, Malut, Sulteng, Sulut, Gorontalo, NTB, NTT, dan Sumbar.
- 3) Untuk meningkatkan akses penduduk terhadap sanitasi yang layak, Pemerintah (Kementerian Pekerjaan Umum) dan Pemerintah Daerah akan meningkatkan investasi pengelolaan sistem air limbah terpusat dan penyediaan sanitasi berbasis masyarakat dengan fokus pelayanan bagi masyarakat miskin. Investasi tersebut diberikan untuk mengembangkan sistem pengolahan air limbah terpusat skala kota (*off-site*), pembangunan sistem sanitasi setempat (*on-site*) dan juga mengembangkan dan memperbaiki Instalasi Pengolah Lumpur Tinja (IPLT). Untuk mengejar ketertinggalan dalam penyediaan layanan sanitasi, saat ini juga telah dilakukan terobosan melalui peluncuran Program Percepatan Pembangunan Sanitasi Permukiman (PPSP) 2010 - 2014 yang menekankan bahwa sanitasi adalah urusan bersama seluruh pihak baik Pemerintah, swasta, lembaga donor, dan masyarakat.
- 4) Berdasarkan Inpres No. 3 Tahun 2010, pemerintah memberikan prioritas kepada daerah dengan prosentase akses penduduk pada fasilitas sanitasi yang layak di bawah angka rata-rata nasional (<51,02 %), yaitu NTT, Papua, Kalteng, Papua Barat, Bengkulu, Lampung, Maluku, Kalbar, Sumbar, NTB, Jambi, Jalsel, Sumsel, Sulteng, Aceh, Malut, Gorontalo, Sulbar, Kepri, Sultra, Jatim.
- 5) Telah memiliki kesiapan program dan perencanaan yang cukup baik, seperti Provinsi Sumbar, Riau, Kepri, Bengkulu, Sumsel, Babel, Banten, Jabar, Jateng, Jatim, Kalteng, Sulsel, dan Sultra.
- 6) Untuk mendukung pelayanan air minum dan sanitasi yang layak, Pemerintah baik di pusat maupun di daerah akan menyediakan

- perangkat peraturan, baik melalui penambahan, revisi maupun deregulasi peraturan perundang-undangan yang ada.
- 7) Untuk memastikan ketersediaan air baku untuk air minum, Pemerintah akan melakukan pengendalian penggunaan air tanah oleh pengguna domestik maupun industri; perlindungan sumber air tanah dan permukaan dari pencemaran domestik melalui peningkatan cakupan pelayanan sanitasi; serta mengembangkan dan menerapkan teknologi pemanfaatan sumber air alternatif termasuk air reklamasi.
 - 8) Meningkatkan pemahaman masyarakat mengenai pentingnya perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) melalui komunikasi, informasi dan edukasi serta pembangunan sarana dan prasarana air minum dan sanitasi di sekolah sebagai bagian dari upaya peningkatan sosialisasi perilaku yang higienis bagi siswa sekolah dan penerapan praktik perilaku hidup bersih dan sehat oleh masyarakat.
 - 9) Meningkatkan sistem perencanaan pembangunan air minum dan sanitasi yang layak melalui penyusunan rencana induk sistem penyediaan air minum (RIS-SPAM) sesuai prinsip-prinsip pembangunan air minum dan sanitasi berbasis masyarakat maupun lembaga; penyusunan Strategi Sanitasi Kota (SSK) yang selaras dengan RIS-SPAM; serta pemantauan dan evaluasi pelaksanaanya.
 - 10) Meningkatkan kinerja manajemen penyelenggaraan air minum dan sanitasi yang layak melalui (a) penyusunan *business plan*, penerapan korporatisasi, pelaksanaan asset dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia, baik yang dilakukan oleh institusi maupun masyarakat; (b) peningkatan kerja sama antarpemerintah, antara pemerintah dan masyarakat, antara pemerintah dan swasta, ataupun antara pemerintah, swasta, dan masyarakat; (c) peningkatan keterkaitan antara sistem pengelolaan yang dilakukan oleh masyarakat dengan pemerintah; dan (d) optimalisasi pemanfaatan sumber dana.
 - 11) Meningkatkan belanja investasi daerah untuk perbaikan akses air minum dan sanitasi yang difokuskan pada pelayanan bagi penduduk perkotaan terutama masyarakat miskin.
 - 12) Meningkatkan iklim investasi yang mendukung pembangunan guna merangsang partisipasi aktif sektor swasta dan masyarakat melalui KPS

dan CSR; dan juga untuk pengembangan dan pemasaran pilihan sistem penyediaan air minum dan sanitasi yang tepat guna.

B.3.4. Kebijakan Percepatan dalam Pencapaian Target 7d: Mencapai peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di permukiman kumuh pada tahun 2020

Kebijakan yang akan dilakukan oleh Pemerintah dalam percepatan penurunan proporsi rumah tangga kumuh perkotaan adalah melalui:

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



BAB V

PENCAPAIAN MDG 6 DAN MDG 7 DI DAERAH

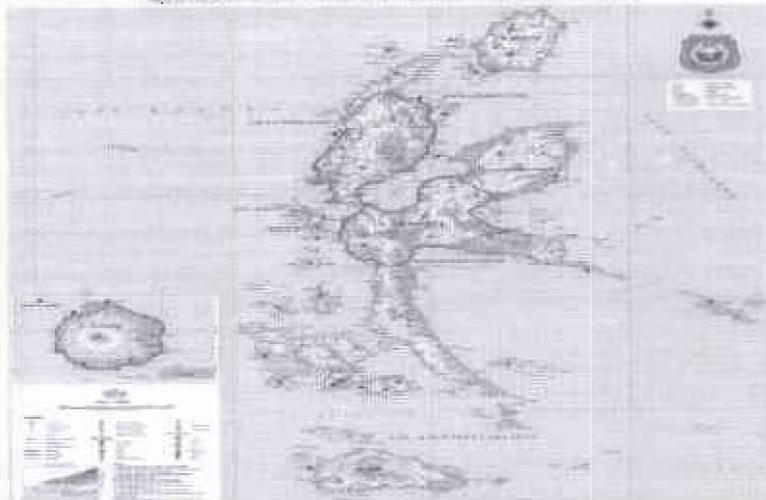


A. Gambaran Umum Daerah Penelitian

A.1. Provinsi Maluku Utara

Provinsi Maluku Utara terletak di antara 3° Lintang Utara - 3° Lintang Selatan dan 124° - 129° Bujur Timur. Berbatasan dengan Samudra Pasifik di sebelah utara, Laut Halmahera di sebelah timur, Laut Maluku di sebelah barat dan Laut Seram di sebelah selatan. Provinsi Maluku Utara merupakan wilayah kepulauan yang terdiri atas 805 pulau baik pulau-pulau besar seperti Pulau Halmahera, Pulau Morotai, Pulau Obi, Pulau Bacan dan Pulau Taliabu maupun pulau-pulau kecil seperti Pulau Ternate, Pulau Tidore, Pulau Makian dan Pulau Kayoa. Di antara 805 pulau, hanya sekitar 10,2% atau 82 pulau yang telah dihuni sedangkan sisanya belum berpenghuni. Luas wilayah Provinsi Maluku Utara adalah $145.801,10 \text{ km}^2$ yang terdiri atas luas lautan $\pm 100.731,44$ atau 69% dan luas daratan $\pm 45.069,66 \text{ km}^2$ atau 31%.

Gambar 5.1. Peta Provinsi Maluku Utara



Provinsi Maluku Utara terbentuk pada tahun 2000 dengan ibu kota bernama Sofifi yang sejak tahun 2010 menggantikan Kota Ternate yang berfungsi sebagai ibu kota sementara selama 11 tahun untuk menunggu kesiapan infrastruktur Sofifi. Ketika Provinsi Maluku Utara dibentuk, terdapat dua kabupaten yaitu Kabupaten Maluku Utara dan Halmahera Tengah dan satu kota yaitu Kota Ternate. Pada tahun 2002 terjadi pemekaran wilayah menjadi 8 kabupaten/kota antara lain Kabupaten Halmahera Barat, Kabupaten Halmahera Utara, Kabupaten Halmahera Selatan, Kabupaten Kepulauan Sula, Kabupaten Halmahera Tengah, Kabupaten Halmahera Timur, Kota Tidore dan Kota Ternate. Pada akhir tahun 2009 terbentuk Kabupaten Pulau Morotai. Sampai tahun 2009, Provinsi Maluku Utara terdiri dari 112 wilayah kecamatan dan 1.063 desa atau kelurahan.

Berikut ini merupakan tabel luas wilayah dan jumlah penduduk berdasarkan kabupaten/kota kecuali Kabupaten Morotai yang baru terbentuk sehingga belum memiliki data:

Tabel 5.1. Luas Wilayah, Jumlah Penduduk, dan Kepadatan Penduduk Provinsi Maluku Utara Tahun 2009

No.	Kabupaten/Kota	Luas Wilayah (km ²)	Jumlah Penduduk (orang)	Kepadatan Penduduk (jiwa/km ²)
1.	Kab. Halmahera Barat	14.235,66	97.971	37,50
2.	Kab. Halmahera Tengah	8.381,48	34.821	15,29
3.	Kab. Kepulauan Sula	24.082,30	130.290	13,53
4.	Kab. Halmahera Selatan	40.263,72	192.312	21,91
5.	Kab. Halmahera Utara	24.983,32	194.778	35,76
6.	Kab. Halmahera Timur	14.202,02	69.912	10,75
7.	Kota Ternate	5.795,40	172.604	688,08
8.	Kota Tidore Kepulauan	13.857,20	82.302	8,61
	Jumlah	145.801,10	974.990	21,63

Sumber: Maluku Utara dalam Angka 2010.

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa kepadatan Provinsi Maluku Utara sebesar 21,63 jiwa/km². Wilayah yang paling padat adalah Kota

Termate sebesar 688,08 jiwa/km². Dari jumlah penduduk tersebut, komposisi penduduk menurut kelompok umur menunjukkan bahwa penduduk yang berusia muda (0-14 tahun) sebesar 34,7%, usia produktif (15-64 tahun) sebesar 62%, dan usia tua (lebih dari 65 tahun) sebanyak 3,4%. Dalam hal ketenagaan, penduduk usia kerja di Provinsi Maluku Utara pada tahun 2009 berjumlah 658.005 jiwa. Dari jumlah tersebut, yang termasuk angkatan kerja berjumlah 422.398 jiwa atau lebih dari 64,19% dari seluruh penduduk usia kerja.

Keadaan pendidikan di Provinsi Maluku Utara menunjukkan bahwa persentase penduduk dengan pendidikan hingga ke jenjang perguruan tinggi diploma atau universitas hanya berkisar 11%. Secara umum tingkat pendidikan perempuan lebih rendah dibanding laki-laki. Persentase penduduk perempuan yang tidak atau belum pernah sekolah dan tidak atau belum tamat sekolah dasar sebesar 29,41% sedangkan laki-laki sebesar 23,57%. Perempuan yang menamatkan pendidikan dasar 9 tahun hanya berkisar 47,55% sedangkan laki-laki 47,98%. Namun demikian, terlihat bahwa perempuan yang menempuh pendidikan hingga ke jenjang diploma atau universitas lebih tinggi dari laki-laki yaitu 2,49% pada perempuan dan 1,95% pada laki-laki. Selain pendidikan, angka buta huruf sebesar 8,13% dengan rincian 5,99% perempuan dan 2,14% laki-laki.

Gambaran keadaan ekonomi Provinsi Maluku Utara terlihat dalam indikator *Product Domestic Regional Bruta* (PDRB), pendapatan daerah per kapita, tingkat inflasi dan laju pertumbuhan perekonomian. Angka PDRB per kapita yang merupakan cerminan tingkat kemakmuran penduduk di suatu daerah, untuk Provinsi Maluku Utara tercatat sebesar Rp.4.018.726. Pendapatan per kapita Provinsi Maluku Utara sebesar Rp.3.785.499. Sedangkan laju inflasi di Kota Ternate sebesar 17,38% dengan kontribusi terbesar kelompok bahan makanan disusul oleh kelompok pendidikan, rekreasi dan olah raga sebesar 13,9% dan inflasi terendah pada kelompok transportasi dan komunikasi hanya berkisar 4,31%.

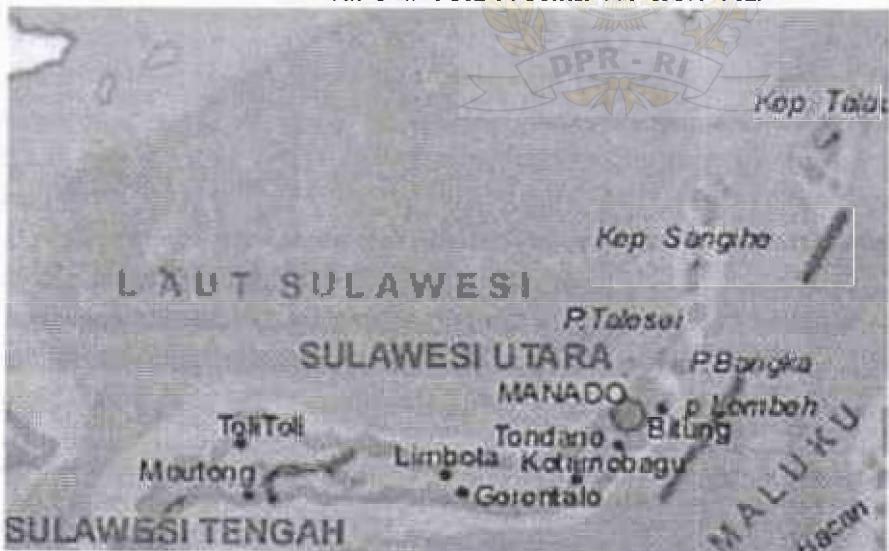
A.2. Provinsi Sulawesi Utara

Provinsi Sulawesi Utara terletak di bagian paling ujung dari Pulau Sulawesi dengan ibu kota Manado. Secara geografis, Provinsi Sulawesi

Utara terletak diantara $0^{\circ}15'$ – $5^{\circ}34'$ Lintang Utara dan $123^{\circ}07'$ – $127^{\circ}10'$ Bujur Timur, berbatasan dengan:

- a. Sebelah utara : Laut Sulawesi, Republik Philipina dan Laut Pasifik
- b. Sebelah timur : Laut Maluku
- c. Sebelah selatan : Teluk Tomini
- d. Sebelah barat : Provinsi Gorontalo

Gambar 5.2. Peta Provinsi Sulawesi Utara



Luas wilayah Provinsi Sulawesi Utara tercatat seluas $15.273,10 \text{ km}^2$ yang meliputi 668 pulau. Bolaang Mongondow merupakan wilayah terluas $3.547,49 \text{ km}^2$ atau 23,22% dari wilayah Provinsi Sulawesi Utara. Dengan adanya otonomi daerah, wilayah Provinsi Sulawesi Utara terbagi menjadi 4 kota dan 11 kabupaten, yaitu Kabupaten Bolaang Mongondow, Kabupaten Minahasa, Kabupaten Kepulauan Sangihe, Kabupaten Kepulauan Talaud, Kabupaten Minahasa Selatan, Kabupaten Minahasa Utara, Kabupaten Kepulauan SITARO, Kabupaten Bolaang Mongondow Utara, Kabupaten Minahasa Tenggara, Kabupaten Bolaang Mongondow Selatan, Kabupaten Bolaang Mongondow Timur, Kota Manado, Kota Bitung, Kota Tomohon, dan Kota Kotamobagu. Kabupaten Bolaang Mongondow Selatan dan Bolaang Mongondow Timur merupakan kabupaten termuda yang terbentuk tahun 2008. Otonomi daerah juga berdampak pada penambahan jumlah kecamatan dan jumlah desa. Pada tahun 2009, jumlah kecamatan

bertambah menjadi 150 kecamatan dan tahun 2010 menjadi 156 kecamatan. Jumlah desa meningkat dari 1.580 pada tahun 2009 dan 1.658 pada tahun 2010.

Tahun 2009, jumlah penduduk Provinsi Sulawesi Utara mencapai 2.228 juta jiwa. Angka ini merupakan peningkatan dari tahun 2000 yang sebesar 2.001 juta jiwa. Sedangkan tingkat pertumbuhan penduduk tergolong rendah yakni 1,21% namun tingkat kepadatan tinggi dari 143 orang/km² tahun 2007 menjadi 146 orang/km² tahun 2009. Komposisi penduduk Provinsi Sulawesi Utara tahun 2009 didominasi oleh penduduk muda 27,47%, usia produktif 66,28% sedangkan usia di atas 65 tahun 6,25%. Secara keseluruhan jumlah penduduk yang berjenis kelamin laki-laki lebih banyak dari pada penduduk yang berjenis kelamin perempuan yang tercermin dari rasio yang lebih besar dari 100 yaitu 103,13 yang menggambarkan penduduk laki-laki 3% lebih banyak dibanding perempuan. Berikut ini adalah tabel luas wilayah, jumlah penduduk dan kepadatan penduduk tiap kabupaten/kota Provinsi Sulawesi Utara:

Tabel 5.2. Luas Wilayah, Jumlah Penduduk, dan Kepadatan Penduduk Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2009

No.	Kabupaten/Kota	Luas Wilayah (km ²)	Jumlah Penduduk (orang)	Kepadatan Penduduk (jiwa/km ²)
1.	Kab. Bolaang Mongondow	3.547,49	196.263	55,3
2.	Kab. Minahasa	1.025,85	300.226	292,7
3.	Kab. Kepulauan Sangihe	625,96	130.449	208,4
4.	Kab. Kepulauan Talaud	1.250,92	74.997	60,0
5.	Kab. Minahasa Selatan	1.368,41	182.818	133,6
6.	Kab. Minahasa Utara	937,65	176.480	188,2
7.	Kab. Kepulauan SITARO	387,07	61.781	159,6
8.	Kab. Bolaang Mongondow Utara	1.696,09	80.508	47,5
9.	Kab. Minahasa Tenggara	710,69	95.525	134,4
10.	Kab. Bolaang Mongondow Selatan	1.783,54	52.122	29,2
11.	Kab. Bolaang Mongondow Timur	899,42	59.401	66,0
12.	Kota Manado	157,91	434.845	2.753,8
13.	Kota Bitung	304	180.618	594,1

14.	Kota Tomohon	146,6	83.718	571,1
15.	Kota Kotamobagu	431,5	119.105	276,0
	Jumlah	15.273,10	2.228.856	145,9

Sumber: Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara 2009.

Dari segi pertumbuhan ekonomi, Provinsi Sulawesi Utara mengalami peningkatan tiap tahunnya. Pada tahun 2008, pertumbuhan ekonomi sebesar 7,56 dan tahun 2009 sebesar 7,85. Dilihat dari sektor perekonomian, urutan paling tinggi ada di sektor pengangkutan dan komunikasi sebesar 16,89% diikuti dengan sektor listrik, gas dan air bersih sebesar 14,89%, sektor perdagangan, hotel dan restoran 12,31%, sektor keuangan persewaan dan jasa perusahaan 7,57%, sektor industri pengolahan 7,02%, sektor jasa-jasa 6,85%, sektor bangunan 6,10%, sektor pertambangan dan penggalian 5,50% dan yang paling kecil adalah sektor pertanian sebesar 2,07%.

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) merupakan ukuran yang dipakai untuk mengetahui dampak kemajuan pembangunan dengan melihat pada empat indikator yaitu Angka Harapan Hidup (AHH), Angka Melek Huruf (AMH), Lama Sekolah dan Pengeluaran per Kapita. Dalam skala nasional, sejak tahun 2002 Provinsi Sulawesi Utara selalu menempati urutan kedua setelah Provinsi DKI Jakarta. Pada tahun 2008, IPM sebesar 75,16 dan pada tahun 2009 naik menjadi 75,68. Jika dilihat dari tiap kabupaten/kota, kota Manado merupakan daerah dengan IPM terbesar yaitu 77,28 tahun 2008 dan 77,79 tahun 2009. Sedangkan daerah dengan IPM terkecil adalah kabupaten Bolaang Mongondow Selatan yaitu sebesar 69,65 tahun 2008 dan 70,03 tahun 2009. Menurut data tahun 2009, secara keseluruhan AHH Provinsi Sulawesi Utara sebesar 72,12 tahun. Sedangkan AMH pada kelompok perempuan sebesar 99,41% dan pada laki-laki sebesar 99,43%. Angka partisipasi sekolah usia 7-12 tahun sebesar 97,82%, usia 13-15 tahun sebesar 88,35% dan 16-18 tahun sebesar 56,53%. Untuk rata-rata lama sekolah sebesar 8,82 tahun. Sedangkan indikator IPM dalam pengeluaran per kapita sebesar Rp.631.000.

Dari ketenagakerjaan, tahun 2010 jumlah penduduk yang masuk ke dalam angkatan kerja sebanyak dua pertiga dari jumlah penduduk usia kerja

(di atas 15 tahun). Penduduk usia kerja yang bekerja hampir mencapai 90% yaitu 89,52%. Angka ini terus meningkat dari tahun-tahun sebelumnya. Sedangkan tingkat pengangguran cenderung menurun tiap tahunnya. Tahun 2010, tingkat pengangguran sebesar 10,48%. Upah Minimum Provinsi (UMP) terus mengalami kenaikan. Tahun 2010 UMP sebesar Rp.1.000.000. Sektor jasa merupakan bidang pekerjaan yang paing banyak mendominasi pasar kerja Provinsi Sulawesi Utara yaitu sebesar 49,72%. Sedangkan sisanya di sektor pertanian 34,63% dan sektor manufaktur 15,66%. Jumlah Pegawai Negeri Sipil di Provinsi Sulawesi Utara tahun 2008 mencapai 68.659 orang. Pegawai golongan III mendominasi dengan jumlah lebih dari setengah yaitu 38.275 orang. Dilihat menurut jenis kepegawaian, lebih dari 75% atau sekitar 54.000 orang adalah PNS daerah sedangkan sisanya PNS pusat.

B. Pencapaian MDG 6 dan Upaya Percepatan

B.1. Provinsi Maluku Utara

Pemerintah Provinsi Maluku Utara telah mengarusutamakan MDGs dalam proses pembangunannya, yaitu dengan menuangkan upaya-upaya pencapaian MDGs dalam RPJPD 2005–2025, RPJMD 2005–2009, dan RPJMD 2010–2014, dan dalam Rencana Kerja Tahunan Daerah berikut dokumen anggarannya (APBD).

Berikut adalah pencapaian MDG 6 Provinsi Maluku Utara beserta upaya-upaya percepatannya.

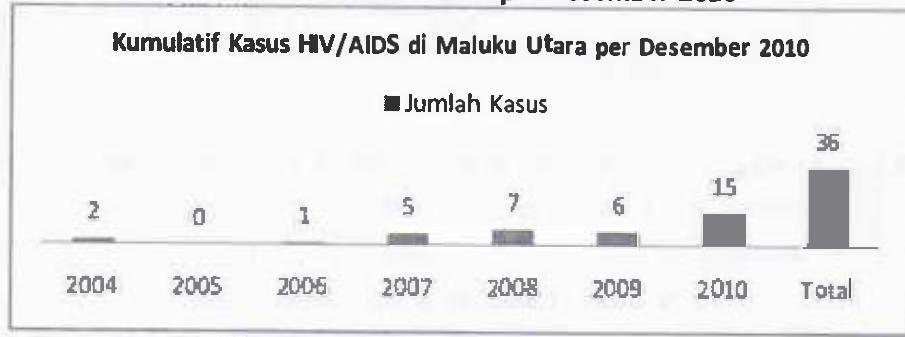
B.1.1. Pencapaian Target 6a: Mengendalikan Penyebaran dan Mulai Menurunkan Jumlah Kasus Baru Hiv/Aids

Indikator dari pencapaian target 6A adalah (1) prevalensi HIV/AIDS (persen) dari total populasi, (2) penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi, dan (3) proporsi jumlah penduduk usia 15–24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS. Berdasarkan indikator-indikator tersebut, capaian target 6A di Provinsi Maluku Utara adalah sebagai berikut:

- **Prevalensi HIV/AIDS dari Total Populasi**

Kasus AIDS di Provinsi Maluku Utara pertama kali disampaikan secara lisan pada tahun 1999. Kasus tersebut tidak sempat direspon dengan baik karena adanya konflik horizontal yang melanda daerah tersebut sehingga Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) yang bersangkutan tidak dapat dijangkau dan didampingi oleh tenaga kesehatan. Tahun 2004 laporan kasus HIV/AIDS di Provinsi Maluku Utara mulai dilakukan secara tertulis. Secara kumulatif, kasus HIV/AIDS di Provinsi Maluku Utara hingga Desember 2010 sebanyak 36 ODHA dimana terdiri dari 25 laki-laki dan 11 perempuan, sebagian besar pada usia produktif 18 ODHA berusia 20-29 tahun dan 10 ODHA berusia 30-39 tahun, dan penularan terbanyak melalui jarum suntik sebanyak 15 ODHA dan heteroseksual sebanyak 13 ODHA. Tren kasus selalu mengalami peningkatan setiap tahun (Gambar 2). Peningkatan tersebut antara lain disebabkan karena sistem penemuan kasus dan penjangkauan kelompok berisiko yang lebih baik. Namun, jumlah kasus yang ditemukan masih jauh dibandingkan estimasi jumlah ODHA di Provinsi Maluku Utara berdasarkan perhitungan populasi estimasi rawan tertular HIV oleh Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2006, yaitu sebanyak 700 ODHA. Artinya, saat ini baru terdapat sekitar 5,14% ODHA dan 94,86% yang tersembunyi dan harus dijangkau.

Grafik 5.1. Kumulatif Kasus HIV/AIDS di Provinsi Maluku Utara per Desember 2010

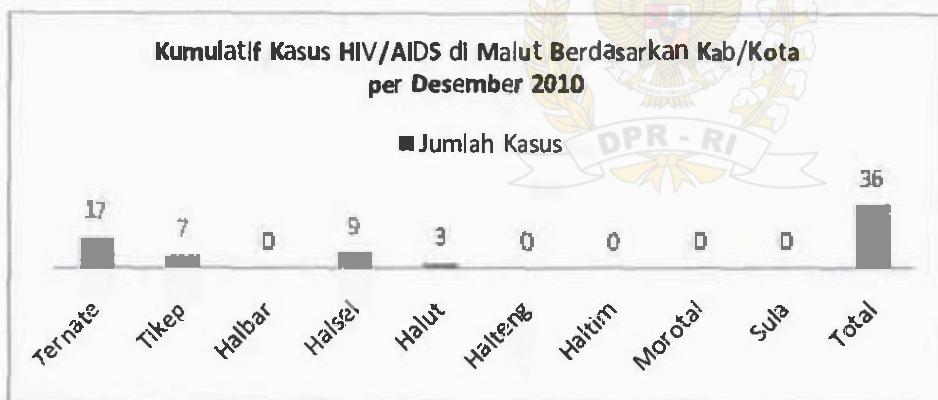


Sumber: Profil Kesehatan Provinsi Maluku Utara.

Dari sembilan kabupaten/kota yang terdapat di Provinsi Maluku Utara, hanya empat kabupaten/kota yang melaporkan adanya kasus (Gambar 3). Kabupaten sisanya belum melaporkan adanya kasus

diantaranya karena di daerah tersebut belum pernah dilakukan kegiatan penjangkauan untuk pemeriksaan HIV/AIDS yang salah satunya disebabkan ketiadaan tenaga penjangkau yang terlatih.

Grafik 5.2. Kumulatif Kasus HIV/AIDS Berdasarkan Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara per Desember 2010



Sumber: Profil Kesehatan Provinsi Maluku Utara

Jika dilihat dari gambaran epidemiologinya berdasarkan hasil *sero survey*⁷⁰ yang dilakukan sejak tahun 2004 pada populasi berisiko tinggi seperti Wanita Pekerja Seksual (WPS), *Injection Drug Users* (IDU), Narapidana pengguna NAPZA, ABK, pasangan pelanggan seks, dan pramupijat, didapatkan hasil bahwa terjadi peningkatan prevalensi setiap tahunnya di enam Kabupaten/Kota (belum dilakukan survey di 3 kabupaten lainnya). Pada sub populasi WPS, ditarik kesimpulan bahwa tingkat epidemi HIV/AIDS di beberapa daerah di Provinsi Maluku Utara sudah pada level epidemi terkonsentrasi dimana prevalensi HIV secara konsisten lebih dari 5% pada subpopulasi WPS.

• Penggunaan Kondom Pda Hubungan Seks Berisiko Tinggi

Keberhasilan program kondomisasi sangat bergantung kepada keterjangkauan pemerintah (atau dalam hal ini Komisi Penanggulangan

⁷⁰ Kegiatan sero survey merupakan kegiatan pengumpulan data HIV melalui pengambilan dan pemeriksaan serum darah. Kegiatan tersebut bersifat unlinked anonymous atau tanpa nama dan tidak dapat dikaitkan dengan pemilik spesimen sehingga hasil yang didapat berupa jumlah positif bukan siapa yang positif sebagai informasi untuk tindakan pencegahan dan pemberantasan.

AIDS atau KPA) terhadap populasi berisiko yang ada di daerah tersebut. Saat ini, di Provinsi Maluku Utara, baru menjangkau kelompok waria 100%, kelompok WPS langsung 40%, dan WPS tidak langsung 10%.⁷¹ Keterjangkauan populasi waria didukung dengan adanya yayasan yang beranggotakan komunitas waria, yaitu Yayasan Srikandi. Pekerja Seks Komersil (PSK) yang terjangkau baru di Tobelo Kabupaten Halmahera Utara, yaitu sebanyak 154 PSK. Di Tobelo, terdapat 9 titik lokalisasi sehingga penjangkauan, pembinaan, sosialisasi, dan distribusi kondom mudah untuk dilakukan. Berbeda dengan Tobelo, di Ternate (dimana kasus HIV-nya terbanyak) sangat sulit untuk menjangkau PSK karena mereka bekerja secara sembuni-sembuni. Peraturan daerah Kota Ternate melarang adanya lokalisasi mengingat Ternate merupakan kota yang berprinsip madani.

Upaya yang telah dilakukan oleh KPA Provinsi bekerjasama dengan KPA Kabupaten/Kota (saat ini baru terdapat di Ternate dan Tobelo) yaitu pendistribusian kondom dan pembentukan outlet kondom. Di Tobelo, kondom telah didistribusikan langsung ke PSK dan mereka telah menerapkan bahwa mereka tidak mau melayani jika tidak menggunakan kondom. Di Kota Ternate, pendistribusian baru dilakukan di tiga outlet kondom dan penggunanya masih didominasi kaum waria. Upaya pembentukan outlet-outlet kondom di tempat yang berpotensi masih terus dilakukan, di antaranya pendekatan dengan pemilik hotel agar disediakan outlet kondom di tempat tersebut. Titik-titik potensi terjadinya transaksi seksual juga sudah terpetakan di Ternate. Pendekatan personal kepada PSK dilakukan bersama Yayasan Srikandi agar untuk pendistribusian kondom. Pada tahun 2009 sampai Desember 2010 yang lalu, kondom yang berhasil terdistribusikan sebanyak 3000 buah. Pemberian kondom disesuaikan dengan jumlah tamu rata-rata per hari. Walaupun sembuni-sembuni, tingkat prostitusi di Ternate sangat tinggi. Dalam satu hari, satu orang PSK bisa mendapatkan lima orang "tamu".

Program kondomisasi yang menjadi ranah KPA ini masih terkendala dana. Dana dari pemda masih minim sekali (lebih banyak dalam bentuk dana hibah), tidak cukup untuk menjangkau seluruh Kabupaten/Kota.

⁷¹ Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Maluku Utara. "Situasi Penanggulangan HIV dan AIDS di Provinsi Maluku Utara Tahun 2010."

Walaupun demikian, KPA menargetkan kondomisasi di Ternate dan Tobelo sebanyak 7000 kondom tahun 2011 dan mengupayakan perluasan ke dua Kabupaten/Kota lain yang berpotensi (Halmahera Selatan dan Tidore Kepulauan). Dengan dana Global Fund yang akan turun pertengahan tahun 2011 ini, Nahdlatul Ulama atau LSM lainnya, Dinas Kesehatan, dan KPA (tiga pilar) akan melakukan penjangkauan kasus secara luas ke masyarakat. Dana Global Fund juga direncanakan untuk menjalankan program penjangkauan IDU.

- **Proporsi Jumlah Penduduk Usia 15 – 24 Tahun yang Memiliki Pengetahuan Komprehensif tentang HIV/AIDS**

Selain pencegahan dengan kondom pada populasi berisiko yang transmisi penyakitnya melalui hubungan seks, pengetahuan akan bahaya penyakit AIDS juga tidak kalah penting sebagai upaya pencegahan penularan karena dapat berpengaruh pada perilaku yang sifatnya berkelanjutan. Belum ada data pasti mengenai persentase tingkat pengetahuan masyarakat mengenai HIV/AIDS. Walaupun demikian, program sosialisasi masih dilaksanakan walaupun bersifat insidental, seperti peringatan hari AIDS sedunia melalui pembagian media komunikasi, informasi dan edukasi kepada masyarakat yang dilakukan atas kerja sama Dinkes, KPA, dan BNN. Sosialisasi lainnya yang juga dilakukan pada 2010 yang lalu diantaranya sosialisasi kepada masyarakat melalui dialog interaktif di RRI, interview dengan media massa, mengisi materi pada pertemuan petugas Rutan/Lapas, Dharma Wanita, dan PKK. Sosialisasi juga dilakukan kepada kelompok berisiko yang telah terjangkau, yaitu pada PSK di Tobelo yang telah terlokalisasi dan PSK dan waria di Kota Ternate yang diantaranya bekerjasama dengan Yayasan Srikandi. Di Kota Ternate, direncanakan sosialisasi selanjutnya akan lebih berfokus pada laki-laki pelanggan.

B.1.2. Pencapaian Target 6B: Mewujudkan Akses terhadap Pengobatan HIV/AIDS Bagi Semua yang Membutuhkan

Indikator yang digunakan untuk mengukur pencapaian target 6B adalah proporsi penduduk terinfeksi HIV lanjut yang memiliki akses pada obat-obatan antiretroviral. Di Provinsi Maluku Utara, dari 36 kasus yang dilaporkan sampai akhir tahun 2010, sebanyak 38,9% telah meninggal.

Penderita umumnya ditemukan pada kondisi terminal akibat berbagai infeksi oportunistik yang diderita terutama penyakit tuberkulosis. Sedangkan sisanya 61,1% ODHA yang masih hidup telah ada yang menggunakan terapi *Anti Retroviral Virus* (ARV), baik kriteria secara klinis menurut WHO maupun kriteria secara imunologis. Sebagai rumah sakit rujukan, berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI, telah ditunjuk RSUD Chasan Boesoerie Ternate sebagai satu dari 75 RS rujukan di Indonesia untuk perawatan dan pengobatan pasien HIV/AIDS. Hanya sebanyak 47,2% ODHA yang masuk dalam perawatan di RS rujukan tersebut, sedangkan sisanya 52,8% tidak mendapat perawatan RS rujukan karena akses yang sulit akibat tersebar di pulau-pulau dan kondisi pasien yang umumnya sudah pada tahap terminal. Stigma masyarakat juga menyebabkan keluarga penderita menyembunyikan status pasien dan lebih memilih untuk melakukan perawatan di rumah. Sedikitnya pasien yang mengakses pengobatan ke rumah sakit ini mengakibatkan sempat terjadi kekosongan (*stock out*) ARV di rumah sakit rujukan akibat sistem pencatatan dan pelaporan rumah sakit yang lemah sehingga Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2008 sempat tidak mengirimkan ARV ke rumah sakit rujukan tersebut karena tidak ada permintaan (pengiriman ARV berdasarkan permintaan dari rumah sakit). Berdasarkan laporan bulanan RSUD Chasan Boesoeri Ternate, dari 47,2% ODHA yang masuk perawatan, 41,2%nya mendapatkan terapi obat ARV. Sebagian besar sisanya belum mulai ARV (58,8%) walaupun dari jumlah tersebut ada yang secara klinis telah memenuhi syarat untuk terapi ARV. Pemantauan atau evaluasi setelah pemakaian ARV secara menyeluruh sampai saat ini belum dilakukan.

B.1.3. Upaya Percepatan Pencapaian Target 6A dan Target 6B dan Kendala Pelaksanaan

Upaya pengendalian HIV/AIDS di Provinsi Maluku Utara didasarkan atas kebijakan yang sudah disusun oleh Pemerintah Pusat (Kementerian Kesehatan) dalam pengendalian penyebaran HIV/AIDS. Namun belum semua kebijakan yang disusun oleh pemerintah pusat dilaksanakan oleh pemerintah daerah provinsi Maluku Utara.

Dari tiga upaya kegiatan yang seluruhnya terdiri dari 23 bentuk kegiatan yang dirancang Kementerian Kesehatan, baru 6 bentuk kegiatan

yang dilaksanakan oleh Provinsi Maluku Utara, yaitu komunikasi informasi edukasi, *Universal Precaution*, pengamanan darah, konseling dan tes, terapi ARV, dan penjangkauan kasus. Beberapa kegiatan tersebut pun lebih bersifat situasional. Kegiatan dilaksanakan bergantung adanya sumbangan sukarela dengan menjalankan proposal permintaan dana karena tidak tersedia alokasi khusus untuk program AIDS dan penyakit penular seksual.

Kegiatan yang bersifat situasional pada tahun 2010 di antaranya *mobile Voluntary Counseling and Testing* (VCT) di Kabupaten Halmahera Utara, dan pelatihan IOMS (*Inventory and Order Management System*). Sedangkan beberapa kegiatan rutin yang masih tetap dilaksanakan, antara lain:

- (1). Pertemuan koordinasi rutin dalam wadah KPA Provinsi guna sinkronisasi kegiatan program dan pertemuan koordinasi rutin dengan pokja HIV/AIDS RSUD dr.H.Chasan Boesoirie Ternate sebagai rumah sakit rujukan penyakit HIV/AIDS di Provinsi Maluku Utara.
- (2). Pelaksanaan HAS (Hari AIDS Sedunia) setiap tanggal 1 Desember sebagai salah satu momentum untuk meningkatkan kesadaran dan kepedulian masyarakat akan bahaya penyakit HIV/AIDS.
- (3). Sero survei untuk penentuan prevalensi penyakit di kabupaten/kota
- (4). Koordinasi dengan mitra potensial yakni Yayasan Hohidai di Halmahera Utara
- (5). Sosialisasi HIV/AIDS pada masyarakat melalui dialog interaktif di RRI, interview dengan media massa, mengisi materi pada pertemuan petugas Rutan/Lapas, Dharma Wanita, dan PKK.

Upaya pengendalian HIV/AIDS di Provinsi Maluku Utara dihadapkan pada banyak kendala. Seperti budaya masyarakat yang “menabukan” untuk mengatur masalah pelacuran menjadikan kendala bagi proses penjaringan data jumlah penderita HIV/AIDS di Provinsi Maluku Utara. HIV/AIDS menjadi fenomena gunung es, yang sewaktu-waktu bila mencair akan sangat sulit ditangani.

Kendala lainnya adalah kurang optimalnya penyelenggaraan kesehatan di Provinsi Maluku Utara karena kurangnya anggaran, sarana prasarana penunjang program, seperti laboratorium, logistik obat dan

reagen, alat kesehatan, serta keterbatasan kualitas dan kuantitas SDM. Ditambah sering terjadi mutasi di Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan puskesmas sehingga dapat mempengaruhi percepatan pencapaian target.

Dalam hal pembiayaan, program masih bergantung pada bantuan luar negeri atau hibah dan dukungan anggaran pusat. Terlebih Provinsi Maluku Utara merupakan provinsi baru dengan pemekaran wilayah di berbagai tempat sehingga pendanaan lebih banyak kepada pembangunan sarana prasarana dari pada pengendalian penyakit. Untuk penyelenggaraan program pemberantasan penyakit HIV/AIDS pada tahun 2011, belum ada anggaran bantuan luar negeri yang diberikan, anggaran yang tersedia berasal dari APBN Rp.40.600.000 dan APBD Provinsi sebesar Rp.50.000.000.

Upaya percepatan pencapaian tujuan memerangi penyakit HIV/AIDS terlihat dalam program jangka panjang yaitu program HIV/AIDS yang tetap berpedoman pada pedoman nasional dan Rencana Aksi Daerah (RAD) untuk target program HIV/AIDS. RAD provinsi telah dalam proses penyusunan. Dalam hal kebutuhan koordinasi dan penyelang-garaan program yang lebih terpadu, telah dibentuk KPA Provinsi Maluku Utara pada tahun 2004 serta pembentukan pokja HIV/AIDS RSUD dr. H. Chasan Boesoirie Ternate sebagai rumah sakit rujukan penyakit HIV/AIDS di Provinsi Maluku Utara berdasarkan SK Menkes tahun 2006. Dalam hal pembiayaan, pada Juli 2011 akan dikucurkan dana dari Global Fund sebagaimana yang diajukan pada tahun sebelumnya. Provinsi Maluku Utara perlu berfokus pada peningkatan jumlah layanan VCT dan *Care Support and Treatment (CST)* di setiap daerah untuk penjaringan kasus dan pencegahan penularan lebih lanjut pada kelompok berisiko lainnya. Selanjutnya, untuk dapat mencapai target kondomisasi dan peningkatan pengetahuan melalui sosialisasi, KPA sebagai pelaku utama penyelenggaraan program tersebut harus dibentuk di setiap Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara, terutama yang sudah ditemukan kasus. Saat ini, KPA baru terdapat di Kabupaten Halmahera Utara (Tobelo) dan Kota Ternate. Mengingat penanggulangan HIV/AIDS membutuhkan koordinasi yang baik dari berbagai sektor, Bappeda Provinsi selaku koordinator perencanaan program di provinsi perlu untuk mengoptimalkan kembali fungsinya. Belum ada koordinasi yang baik antara Bappeda Provinsi dan Bappeda Kabupaten/Kota dalam hal pencapaian target-target MDGs.

B.1.4. Pencapaian Target 6C: Mengendalikan Penyebaran dan Mulai Menurunkan Jumlah Kasus Baru Malaria dan Penyakit Utama Lainnya

Indikator pencapaian target 6C adalah (1) angka kejadian dan tingkat kematian malaria, (2) proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida, (3) angka kejadian, prevalensi dan tingkat kematian akibat Tuberkulosis, (4) proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dan diobati dalam program DOTS.

Adapun pencapaian target 6C Provinsi Maluku Utara berdasarkan indikator-indikator tersebut adalah:

B.1.4.1. Pencapaian Target 6C Terkait Pengendalian Penyebaran Malaria

Indikatornya adalah angka kejadian dan tingkat kematian malaria, serta proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida. Berdasarkan indikator tersebut, Provinsi Maluku Utara memiliki API tinggi yaitu 9,0%. API atau *Annual Parasite Incidence* (Angka Parasit Malaria) merupakan indicator untuk menunjukkan angka penemuan penderita malaria di suatu wilayah atau endemisitasnya. Di Indonesia ada 4 strata endemisitas malaria, yaitu⁷²:

- a. Endemisitas tinggi apabila API lebih besar dari 5 per 1.000 penduduk.
- b. Endemisitas sedang apabila API berkisar antara 1 sampai dengan 5 per 1.000 penduduk.
- c. Endemisitas rendah apabila API 0 sampai dengan 1 per 1.000 penduduk.
- d. Non endemis apabila API sebesar 0 artinya tidak ada penularan malaria.

Berdasarkan strata endemisitas tersebut, maka Provinsi Maluku Utara termasuk wilayah endemis tinggi penyakit malaria. Jika dilihat per kabupaten/kota, wilayah endemis tinggi malaria ada di Kabupaten Halmahera Selatan 22,5 %, Kota Tidore Kepulauan 10,8 %, Kabupaten Halmahera Tengah 8,0 %, Kabupaten Halmahera Utara 7,4 %, Kota Ternate 6,4 %, dan Kabupaten Halmahera Timur 5,7% (lihat tabel 5.3.).

⁷² "Profil Kesehatan Indonesia 2009." Kementerian Kesehatan RI.

Tabel 5.3. Data Jumlah Penduduk dan Penderita Penyakit Malaria Provinsi Maluku Utara Tahun 2010

Kabupaten/Kota	Jumlah Penduduk	Positif	API (%)
Ternate	184.484	1.172	6,4
Tidore Kepulauan	93.829	1.018	10,8
Halmahera Barat	108.439	423	3,9
Halmahera Utara	161.081	1.195	7,4
Halmahera Selatan	191.160	4.310	22,5
Halmahera Tengah	40.979	329	8,0
Halmahera Timur	68.503	390	5,7
Sula Kepulauan	117.431	26	0,2
Morotai	51.398	251	4,9
Jumlah	1.017.304	9.114	9,0

Sumber: Laporan Tahunan Program Pemberantasan Penyakit Malaria Tahun 2010. Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara.

Sementara jumlah kematian akibat malaria di rumah sakit tidak tetap setiap tahunnya. Pada tahun 2007 terdata 15 orang meninggal akibat malaria, dan naik hampir dua kali lipat pada tahun 2008 menjadi 28 orang. Namun pada tahun 2009 kembali turun menjadi 23 orang dan stabil pada tahun 2010.

Indikator lain yang digunakan untuk mengukur pengendalian penyebaran penyakit Malaria adalah proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida. Kelambu diberikan kepada ibu hamil yang berkunjung ke pelayanan kesehatan dan bayi yang telah lengkap imunisasi. Berdasarkan indikator tersebut, capaian provinsi Maluku Utara dalam hal ini hanya 32,4%. Pencapaian pada target bayi adalah 6.489 bayi atau 29% dari 22.584 bayi.

Pengobatan kasus malaria dilakukan di semua kelompok usia penderita. Dari 74.823 sampel darah yang diperiksa pada tahun 2010, sebanyak 20.333 kasus yang positif malaria. Dari jumlah tersebut, 15.567 kasus yang diobati dengan pengobatan *Artemisin-based Combination Therapy (ACT)*.

B.1.4.2. Upaya Percepatan Pencapaian Target 6C Terkait Malaria dan Kendala Pelaksanaan

Penanggulangan penyakit malaria di Provinsi Maluku Utara sudah menjadi fokus utama pemerintah daerah. Hal tersebut dilihat dari adanya *Malaria Center* yang didirikan pada tahun 2003 yang berdasarkan pada acuan program nasional yaitu Gebrak Malaria, Instruksi Gubernur Provinsi Maluku Utara No. 3 tahun 2003 tentang Pembentukan Pusat Pengendalian Malaria (*Malaria Center*), Instruksi Gubernur Provinsi Maluku Utara No. 5 tahun 2003 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Malaria, Keputusan Gubernur Provinsi Maluku Utara No. 10.1/KPTS/MU/2004 tentang Pelimpahan Tugas Koordinator *Malaria Center* dan diikuti dengan keputusan bupati/walikota yang ada di Provinsi Maluku Utara.

Malaria Center merupakan pusat koordinasi, komunikasi dan informasi dalam pengendalian penyakit malaria. Koordinator *Malaria Center* adalah Walikota/Bupati. Keberadaan *Malaria Center* tidak terlepas dari kemitraan dengan dunia usaha seperti swasta seperti adanya kerjasama dalam kegiatan CSR. Dalam hal pengkoordinasian, pengintegrasian dan penyingkronisasian pelaksanaan *Malaria Center* diselenggarakan dalam Muspida. Dinas Kesehatan bersama pokja malaria memiliki peran sebagai sekretaris dan juga pengorganisir pelaksanaan kegiatan *Malaria Center* seperti dalam hal penyediaan logistik, pemberdayaan masyarakat, pengembangan program dan lainnya. Pemberantasan malaria bukan tanggung jawab Dinas Kesehatan saja. Dinas Pendidikan bertanggung jawab dalam memberikan materi penyakit malaria sebagai muatan lokal di sekolah, Dinas Pertanian dalam membina penduduk agar tidak meninggalkan begitu saja lahan pertanian yang sudah tidak digarap lagi, Dinas Lingkungan dalam pemberantasan tempat yang menjadi sarang nyamuk dan dinas lainnya.

Malaria Center merupakan lembaga koordinatif dalam penanggulangan penyakit malaria dengan penanggung jawab kepala daerah baik gubernur dan bupati. *Malaria Center* pada dasarnya merupakan sebuah model penguatan sistem pencegahan dan pengendalian penyakit Malaria yang telah dilakukan oleh pemerintah daerah. Sistem yang diperkuat meliputi sumber daya manusia, anggaran, logistik, laboratorium, dan sistem pencatatan dan pelaporan. Sebelum dibentuk *Malaria Center*

terlebih dahulu Dinas Kesehatan melakukan upaya promosi kesehatan yang meliputi advokasi, kemitraan dan pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat menggunakan pendekatan *Participatory Learning and Action* yang melibatkan partisipasi aktif masyarakat dalam upaya meningkatkan kesadaran masyarakat untuk dapat mengenali kondisi lingkungan seperti kondisi yang memungkinkan sebagai tempat perindukan nyamuk, mengenali gejala-gejala terjangkitnya penyakit malaria, mengenali upaya pencegahan dan upaya penanggulangan malaria. Namun upaya pemberdayaan masyarakat belum berjalan dengan baik, terutama kesadaran akan kebersihan lingkungan masih kurang. Padahal dalam penularan penyakit malaria melibatkan vector nyamuk *Anopheles* sehingga pemberantasan vector ini perlu dilakukan. Selama ini upaya pengendalian lebih fokus pada pengobatan manusianya, sedangkan pendekatan pemberantasan vector jarang dilakukan.⁷³

Dalam hal pendanaan, pada tahun 2003-2009 pengendalian penyakit malaria di Provinsi Maluku Utara menggunakan dana yang berasal dari APBD II 59,0%, Global Fund 27,4%, APBN 1,4%, APBD I 0,3% dan sumber lain 11,9%. Sedangkan pada tahun 2010, menggunakan anggaran yang berasal dari Global Fund 58%, Unicef 37%, APBD Kabupaten/ Kota 3% dan PPDTK 2%. Pada tahun 2011, anggaran bersumber pada bantuan luar negeri seperti *Global Fund* dan *Unicef* sebesar 98% dan sisanya bersumber dari APBN. Besarnya dana luar menyokong upaya pengendalian penyebaran malaria ini dikhawatirkan apabila terjadi penghentian bantuan dari luar, maka upaya-upaya pengendalian yang selama ini dilakukan akan terhenti karena terkendala masalah dana.

Menyadari Provinsi Maluku Utara merupakan wilayah endemisitas tinggi malaria, maka Pemerintah daerah menyusun Rencana Strategis Malaria Provinsi Maluku Utara 2010-2014 dengan poin kebijakan ke depan adalah sebagai berikut:

1. Diagnosa malaria tidak berdasarkan pemeriksaan gejala fisik saja seperti yang dilakukan sebelumnya melainkan harus terkonfirmasi dengan pemeriksaan mikroskop atau *Rapid Diagnostic Test*. Hal ini berguna

⁷³ "Laporan Tahunan Program Pemberantasan Penyakit Malaria Tahun 2010." Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara.

untuk memberikan pengobatan yang tepat sesuai dengan penyakit yang didiagnosa.

2. Pengobatan lini pertama dengan *derivate Artemisin-based Combination Therapy (ACT)*.
3. Pencegahan penularan malaria melalui distribusi kelambu LLIN (*Long Lasting Insecticidal Net*), penyemprotan rumah dan lainnya.
4. Kerjasama dalam Forum Gebrak Masyarakat.
5. Peningkatan peran serta masyarakat dalam pengelolaan lingkungan.

Percepatan pencapaian tujuan memerangi malaria memiliki tujuan menurunkan API menjadi 5% pada tahun 2015. Tujuan yang lebih spesifik antara lain: meningkatkan cakupan pemeriksaan sediaan darah dan pengobatan penderita secara tepat hingga 95%, meningkatkan kemampuan dan keterampilan tenaga pelaksana pengendalian malaria hingga 95%, penyemprotan rumah sebanyak 80% pada desa dengan kategori endemis tinggi, pendistribusian kelambu melalui program integrasi menjadi 80%, pendistribusian kelambu melalui program kampanye pada desa dengan kategori endemis tinggi menjadi 80%, meningkatkan kegiatan *stakeholder* kabupaten yang mengarah kepada kegiatan pengendalian malaria mencapai 75% dan mewujudkan 50% desa memiliki Komite Malaria Desa. Dalam percepatan ini metode yang dipakai adalah advokasi kepada *stakeholder* yang terlibat dalam pengendalian malaria, membangun tim Gebrak Malaria yang solid di tiap kabupaten/kota, meningkatkan kapasitas SDM baik pengelola, tenaga manajemen kasus (dokter, bidan, perawat), pengelola logistik, mikroskopis, dan pelaksana penginput data, meningkatkan kapasitas SDM masyarakat desa dengan pendekatan *Participatory Learning and Action*, advokasi pada *stakeholder* dalam pemanfaatan dana ADD dan dana P2DTK dan pelaksanaan vektor kontrol baik kelambunisasi maupun penyemprotan rumah.

B.1.4.3. Pencapaian Target 6C Terkait Pengendalian Penyebaran Tuberkulosis

Tuberkulosis (TB) menjadi masalah kesehatan masyarakat bukan hanya pada tingkat global dan nasional, tetapi juga tingkat provinsi seperti yang terjadi di Provinsi Maluku Utara. Mudahnya penularan TB membuat jumlah penderita terus meningkat tiap tahunnya. Untuk mengatasi masalah

TB, pemerintah pusat membuat kebijakan pemberantasan TB dengan strategi *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS). Di Provinsi Maluku Utara, strategi DOTS sudah dilaksanakan di semua kabupaten/kota.

Indikator yang digunakan untuk mengukur pencapaian target 6c terkait pengendalian penyebaran Tuberkulosis adalah (1) angka kejadian, prevalensi dan tingkat kematian akibat Tuberkulosis, dan (2) proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dan diobati dalam program DOTS. Berdasarkan indikator tersebut, maka capaian Provinsi Maluku Utara adalah:

- **Angka Kejadian, Tingkat Prevalensi dan Tingkat Kematian TB**

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara, terdapat suspek penderita sebanyak 3.511 orang dari jumlah penduduk sebanyak 1.043.313 orang. Penderita yang diperiksa dahaknya dengan mikroskop dan ditemukan adanya bakteri *Mycobacterium tuberculosis* pada dahak tersebut (TB BTA positif) mencapai 792 orang sedangkan yang tidak ditemukan bakteri *Mycobacterium tuberculosis* pada dahaknya (TB BTA negatif) sebanyak 306 orang. Berikut ini tabel data penderita TB per provinsi tahun 2010.

**Tabel 5.4. Data Jumlah Penduduk dan Penderita TB
Provinsi Maluku Utara Tahun 2010**

Kabupaten/Kota	Jumlah Penduduk	Suspek	TB BTA+	TB BTA-
Ternate	188.174	896	199	91
Tidore Kepulauan	93.291	349	76	38
Halmahera Barat	108.439	389	82	22
Halmahera Selatan	191.170	712	108	66
Halmahera Utara	177.782	486	216	29
Halmahera Tengah	41.651	533	42	33
Kepulauan Sula	122.750	78	43	20
Halmahera Timur	68.658	56	18	4
Morotai	51.398	12	8	3
Jumlah	1.043.313	3.511	792	306

Sumber: *Laporan Pelaksanaan Kegiatan Program Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis di Provinsi Maluku Utara Tahun 2010. Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara.*

B.1.4. Pencapaian Target 6C: Mengendalikan Penyebaran dan Mulai Menurunkan Jumlah Kasus Baru Malaria dan Penyakit Utama Lainnya

Indikator pencapaian target 6C adalah (1) angka kejadian dan tingkat kematian malaria, (2) proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida, (3) angka kejadian, prevalensi dan tingkat kematian akibat Tuberkulosis, (4) proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dan diobati dalam program DOTS.

Adapun pencapaian target 6C Provinsi Maluku Utara berdasarkan indikator-indikator tersebut adalah:

B.1.4.1. Pencapaian Target 6C Terkait Pengendalian Penyebaran Malaria

Indikatornya adalah angka kejadian dan tingkat kematian malaria, serta proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida. Berdasarkan indikator tersebut, Provinsi Maluku Utara memiliki API tinggi yaitu 9,0%. API atau *Annual Parasite Incidence* (Angka Parasit Malaria) merupakan indicator untuk menunjukkan angka penemuan penderita malaria di suatu wilayah atau endemisitasnya. Di Indonesia ada 4 strata endemisitas malaria, yaitu⁷²:

- a. Endemisitas tinggi apabila API lebih besar dari 5 per 1.000 penduduk.
- b. Endemisitas sedang apabila API berkisar antara 1 sampai dengan 5 per 1.000 penduduk.
- c. Endemisitas rendah apabila API 0 sampai dengan 1 per 1.000 penduduk.
- d. Non endemis apabila API sebesar 0 artinya tidak ada penularan malaria.

Berdasarkan strata endemisitas tersebut, maka Provinsi Maluku Utara termasuk wilayah endemis tinggi penyakit malaria. Jika dilihat per kabupaten/kota, wilayah endemis tinggi malaria ada di Kabupaten Halmahera Selatan 22,5 %, Kota Tidore Kepulauan 10,8 %, Kabupaten Halmahera Tengah 8,0 %, Kabupaten Halmahera Utara 7,4 %, Kota Ternate 6,4 %, dan Kabupaten Halmahera Timur 5,7% (lihat tabel 5.3.).

⁷² "Profil Kesehatan Indonesia 2009." Kementerian Kesehatan RI.

Tabel 5.3. Data Jumlah Penduduk dan Penderita Penyakit Malaria Provinsi Maluku Utara Tahun 2010

Kabupaten/Kota	Jumlah Penduduk	Positif	API (%)
Ternate	184.484	1.172	6,4
Tidore Kepulauan	93.829	1.018	10,8
Halmahera Barat	108.439	423	3,9
Halmahera Utara	161.081	1.195	7,4
Halmahera Selatan	191.160	4.310	22,5
Halmahera Tengah	40.979	329	8,0
Halmahera Timur	68.503	390	5,7
Sula Kepulauan	117.431	26	0,2
Morotai	51.398	251	4,9
Jumlah	1.017.304	9.114	9,0

Sumber: Laporan Tahunan Program Pemberantasan Penyakit Malaria Tahun 2010. Dinos Kesehatan Provinsi Maluku Utara.

Sementara jumlah kematian akibat malaria di rumah sakit tidak tetap setiap tahunnya. Pada tahun 2007 terdata 15 orang meninggal akibat malaria, dan naik hampir dua kali lipat pada tahun 2008 menjadi 28 orang. Namun pada tahun 2009 kembali turun menjadi 23 orang dan stabil pada tahun 2010.

Indikator lain yang digunakan untuk mengukur pengendalian penyebaran penyakit Malaria adalah proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida. Kelambu diberikan kepada ibu hamil yang berkunjung ke pelayanan kesehatan dan bayi yang telah lengkap imunisasi. Berdasarkan indikator tersebut, capaian provinsi Maluku Utara dalam hal ini hanya 32,4%. Pencapaian pada target bayi adalah 6.489 bayi atau 29% dari 22.584 bayi.

Pengobatan kasus malaria dilakukan di semua kelompok usia penderita. Dari 74.823 sampel darah yang diperiksa pada tahun 2010, sebanyak 20.333 kasus yang positif malaria. Dari jumlah tersebut, 15.567 kasus yang diobati dengan pengobatan *Artemisin-based Combination Therapy (ACT)*.

B.1.4.2. Upaya Percepatan Pencapaian Target 6C Terkait Malaria dan Kendala Pelaksanaan

Penanggulangan penyakit malaria di Provinsi Maluku Utara sudah menjadi fokus utama pemerintah daerah. Hal tersebut dilihat dari adanya *Malaria Center* yang didirikan pada tahun 2003 yang berdasarkan pada acuan program nasional yaitu Gebrak Malaria, Instruksi Gubernur Provinsi Maluku Utara No. 3 tahun 2003 tentang Pembentukan Pusat Pengendalian Malaria (*Malaria Center*), Instruksi Gubernur Provinsi Maluku Utara No. 5 tahun 2003 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Malaria, Keputusan Gubernur Provinsi Maluku Utara No. 10.1/KPTS/MU/2004 tentang Pelimpahan Tugas Koordinator *Malaria Center* dan diikuti dengan keputusan bupati/walikota yang ada di Provinsi Maluku Utara.

Malaria Center merupakan pusat koordinasi, komunikasi dan informasi dalam pengendalian penyakit malaria. Koordinator *Malaria Center* adalah Walikota/Bupati. Keberadaan *Malaria Center* tidak terlepas dari kemitraan dengan dunia usaha seperti swasta seperti adanya kerjasama dalam kegiatan CSR. Dalam hal pengkoordinasian, pengintegrasian dan penyingkronisasian pelaksanaan *Malaria Center* diselenggarakan dalam Muspida. Dinas Kesehatan bersama pokja malaria memiliki peran sebagai sekretaris dan juga pengorganisir pelaksanaan kegiatan *Malaria Center* seperti dalam hal penyediaan logistik, pemberdayaan masyarakat, pengembangan program dan lainnya. Pemberantasan malaria bukan tanggung jawab Dinas Kesehatan saja. Dinas Pendidikan bertanggung jawab dalam memberikan materi penyakit malaria sebagai muatan lokal di sekolah, Dinas Pertanian dalam membina penduduk agar tidak meninggalkan begitu saja lahan pertanian yang sudah tidak digarap lagi, Dinas Lingkungan dalam pemberantasan tempat yang menjadi sarang nyamuk dan dinas lainnya.

Malaria Center merupakan lembaga koordinatif dalam penanggulangan penyakit malaria dengan penanggung jawab kepala daerah baik gubernur dan bupati. *Malaria Center* pada dasarnya merupakan sebuah model penguatan sistem pencegahan dan pengendalian penyakit malaria yang telah dilakukan oleh pemerintah daerah. Sistem yang diperkuat meliputi sumber daya manusia, anggaran, logistik, laboratorium, dan sistem pencatatan dan pelaporan. Sebelum dibentuk *Malaria Center*

terlebih dahulu Dinas Kesehatan melakukan upaya promosi kesehatan yang meliputi advokasi, kemitraan dan pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat menggunakan pendekatan *Participatory Learning and Action* yang melibatkan partisipasi aktif masyarakat dalam upaya meningkatkan kesadaran masyarakat untuk dapat mengenali kondisi lingkungan seperti kondisi yang memungkinkan sebagai tempat perindukan nyamuk, mengenali gejala-gejala terjangkitnya penyakit malaria, mengenali upaya pencegahan dan upaya penanggulangan malaria. Namun upaya pemberdayaan masyarakat belum berjalan dengan baik, terutama kesadaran akan kebersihan lingkungan masih kurang. Padahal dalam penularan penyakit malaria melibatkan vector nyamuk *Anopheles* sehingga pemberantasan vector ini perlu dilakukan. Selama ini upaya pengendalian lebih fokus pada pengobatan manusianya, sedangkan pendekatan pemberantasan vector jarang dilakukan.⁷³

Dalam hal pendanaan, pada tahun 2003-2009 pengendalian penyakit malaria di Provinsi Maluku Utara menggunakan dana yang berasal dari APBD II 59,0%, Global Fund 27,4%, APBN 1,4%, APBD I 0,3% dan sumber lain 11,9%. Sedangkan pada tahun 2010, menggunakan anggaran yang berasal dari Global Fund 58%, Unicef 37%, APBD Kabupaten/ Kota 3% dan PPDTK 2%. Pada tahun 2011, anggaran bersumber pada bantuan luar negeri seperti *Global Fund* dan Unicef sebesar 98% dan sisanya bersumber dari APBN. Besarnya dana luar menyokong upaya pengendalian penyebaran malaria ini dikhawatirkan apabila terjadi penghentian bantuan dari luar, maka upaya-upaya pengendalian yang selama ini dilakukan akan terhenti karena terkendala masalah dana.

Menyadari Provinsi Maluku Utara merupakan wilayah endemisitas tinggi malaria, maka Pemerintah daerah menyusun Rencana Strategis Malaria Provinsi Maluku Utara 2010-2014 dengan poin kebijakan ke depan adalah sebagai berikut:

1. Diagnosa malaria tidak berdasarkan pemeriksaan gejala fisik saja seperti yang dilakukan sebelumnya melainkan harus terkonfirmasi dengan pemeriksaan mikroskop atau *Rapid Diagnostic Test*. Hal ini berguna

⁷³ "Laporan Tahunan Program Pemberantasan Penyakit Malaria Tahun 2010." Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara.

- untuk memberikan pengobatan yang tepat sesuai dengan penyakit yang didiagnosa.
2. Pengobatan lini pertama dengan *derivate Artemisin-based Combination Therapy (ACT)*.
 3. Pencegahan penularan malaria melalui distribusi kelambu LLIN (*Long Lasting Insecticidal Net*), penyemprotan rumah dan lainnya.
 4. Kerjasama dalam Forum Gebrak Masyarakat.
 5. Peningkatan peran serta masyarakat dalam pengelolaan lingkungan.

Percepatan pencapaian tujuan memerangi malaria memiliki tujuan menurunkan API menjadi 5% pada tahun 2015. Tujuan yang lebih spesifik antara lain: meningkatkan cakupan pemeriksaan sediaan darah dan pengobatan penderita secara tepat hingga 95%, meningkatkan kemampuan dan keterampilan tenaga pelaksana pengendalian malaria hingga 95%, penyemprotan rumah sebanyak 80% pada desa dengan kategori endemis tinggi, pendistribusian kelambu melalui program integrasi menjadi 80%, pendistribusian kelambu melalui program kampanye pada desa dengan kategori endemis tinggi menjadi 80%, meningkatkan kegiatan *stakeholder* kabupaten yang mengarah kepada kegiatan pengendalian malaria mencapai 75% dan mewujudkan 50% desa memiliki Komite Malaria Desa. Dalam percepatan ini metode yang dipakai adalah advokasi kepada *stakeholder* yang terlibat dalam pengendalian malaria, membangun tim Gebrak Malaria yang solid di tiap kabupaten/kota, meningkatkan kapasitas SDM baik pengelola, tenaga manajemen kasus (dokter, bidan, perawat), pengelola logistik, mikroskopis, dan pelaksana penginput data, meningkatkan kapasitas SDM masyarakat desa dengan pendekatan *Participatory Learning and Action*, advokasi pada *stakeholder* dalam pemanfaatan dana ADD dan dana P2DTK dan pelaksanaan vektor kontrol baik kelambunisasi maupun penyemprotan rumah.

B.1.4.3. Pencapaian Target 6C Terkait Pengendalian Penyebaran Tuberkulosis

Tuberkulosis (TB) menjadi masalah kesehatan masyarakat bukan hanya pada tingkat global dan nasional, tetapi juga tingkat provinsi seperti yang terjadi di Provinsi Maluku Utara. Mudahnya penularan TB membuat jumlah penderita terus meningkat tiap tahunnya. Untuk mengatasi masalah

TB, pemerintah pusat membuat kebijakan pemberantasan TB dengan strategi *Directly Observed Treatment Short-course* (DOTS). Di Provinsi Maluku Utara, strategi DOTS sudah dilaksanakan di semua kabupaten/kota.

Indikator yang digunakan untuk mengukur pencapaian target 6c terkait pengendalian penyebaran Tuberkulosis adalah (1) angka kejadian, prevalensi dan tingkat kematian akibat Tuberkulosis, dan (2) proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dan diobati dalam program DOTS. Berdasarkan indikator tersebut, maka capaian Provinsi Maluku Utara adalah:

- **Angka Kejadian, Tingkat Prevalensi dan Tingkat Kematian TB**

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara, terdapat suspek penderita sebanyak 3.511 orang dari jumlah penduduk sebanyak 1.043.313 orang. Penderita yang diperiksa dahaknya dengan mikroskop dan ditemukan adanya bakteri *Mycobacterium tuberculosis* pada dahak tersebut (TB BTA positif) mencapai 792 orang sedangkan yang tidak ditemukan bakteri *Mycobacterium tuberculosis* pada dahaknya (TB BTA negatif) sebanyak 306 orang. Berikut ini tabel data penderita TB per provinsi tahun 2010.

**Tabel 5.4. Data Jumlah Penduduk dan Penderita TB
Provinsi Maluku Utara Tahun 2010**

Kabupaten/Kota	Jumlah Penduduk	Suspek	TBBTA+	TB BTA-
Ternate	188.174	896	199	91
Tidore Kepulauan	93.291	349	76	38
Halmahera Barat	108.439	389	82	22
Halmahera Selatan	191.170	712	108	66
Halmahera Utara	177.782	486	216	29
Halmahera Tengah	41.651	533	42	33
Kepulauan Sula	122.750	78	43	20
Halmahera Timur	68.658	56	18	4
Morotai	51.398	12	8	3
Jumlah	1.043.313	3.511	792	306

Sumber: *Laporan Pelaksanaan Kegiatan Program Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis di Provinsi Maluku Utara Tahun 2010. Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara.*

Penemuan kasus TB juga dapat dilihat dari indikator *Case Notification Rate* (CNR). CNR merupakan ukuran yang dipakai untuk mengetahui jumlah pasien baru yang ditemukan diantara 100.000 penduduk di suatu wilayah pada waktu tertentu. Penemuan kasus TB di Provinsi Maluku Utara terus mengalami peningkatan. Tahun 2008, CNR sebesar 98 per 100.000 penduduk. Angka ini meningkat pada tahun berikutnya menjadi 110 per 100.000 penduduk dan stabil pada tahun 2010. Dengan semakin meningkatnya penemuan kasus, maka strategi pengobatan DOTS akan lebih mudah dilaksanakan.

- **Proporsi Jumlah Kasus TB yang Terdeteksi dan Proporsi Kasus TB yang Diobati dan Sembuh dalam Program DOTS⁷⁴**

Program pemberantasan TB di Provinsi Maluku Utara mengacu pada program nasional yang memiliki tujuan menurunkan angka kesakitan dan kematian TB, memutuskan mata rantai penularan serta mencegah terjadinya *Multi Drug Resistance* (MDR) sehingga TB tidak lagi merupakan masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Pemerintah menargetkan penemuan penderita baru TB BTA positif atau *Case Detection Rate* (CDR) sebesar 70% dari perkiraan dan penyembuhan atau *Success Rate* (SR) sebesar 85% dari semua pasien serta mempertahankannya. Dengan target ini, diharapkan terjadi penurunan pada tingkat prevalensi dan kematian akibat TB.

CDR atau angka penemuan kasus merupakan persentase jumlah pasien baru TB BTA positif yang ditemukan dan diobati dibanding jumlah pasien baru TB BTA positif yang diperkirakan ada dalam wilayah tersebut. CDR menggambarkan cakupan penderita baru yang ada di suatu wilayah. Pemerintah menargetkan pencapaian CDR sebesar 70%. Namun di Provinsi Maluku Utara, CDR belum mencapai target nasional. Dari tahun 2006 sampai dengan tahun 2010, CDR mengalami peningkatan dan penurunan. Tahun 2006 CDR sebesar 28%, penemuan kasus ini meningkat pada tahun 2007 mencapai 31% namun menurun pada tahun berikutnya menjadi 28%. Tahun 2009, CDR mencapai 33,9% dan meningkat pada tahun 2010 yaitu

⁷⁴ Laporan Pelaksanaan Kegiatan Program Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis di Provinsi Maluku Utara Tahun 2010. Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara

36,1%. Jika dilihat per kabupaten/kota, maka tidak ada daerah yang mencapai target nasional. Tahun 2010, terdapat beberapa wilayah yang memiliki CDR di bawah CDR provinsi yaitu Morotai, Halmahera Timur, Kepulauan Sula, Halmahera Selatan dan Halmahera Barat. Untuk lebih jelas, dapat dilihat di tabel berikut:

Tabel 5.5. Angka Penemuan Kasus TB (CDR) per Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2008, 2009 dan 2010

No.	Kabupaten/Kota	CDR(%)		
		Tahun 2008	Tahun 2009	Tahun 2010
1.	Ternate	28	56,4	50,4
2.	Tidore Kepulauan	24,1	33,2	38,8
3.	Halmahera Barat	38,1	31,7	36,0
4.	Halmahera Selatan	31,7	31,3	26,9
5.	Halmahera Utara	30,8	26,9	57,9
6.	Halmahera Tengah	48,3	53,5	48,0
7.	Kepulauan Sula	3,1	13,6	16,7
8.	Halmahera Timur	-	15,3	12,5
9.	Morotai	-	-	7,4
10.	Provinsi	28	33,9	36,1

Sumber: Laporan Pelaksanaan Kegiatan Program Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis di Provinsi Maluku Utara Tahun 2010. Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara.

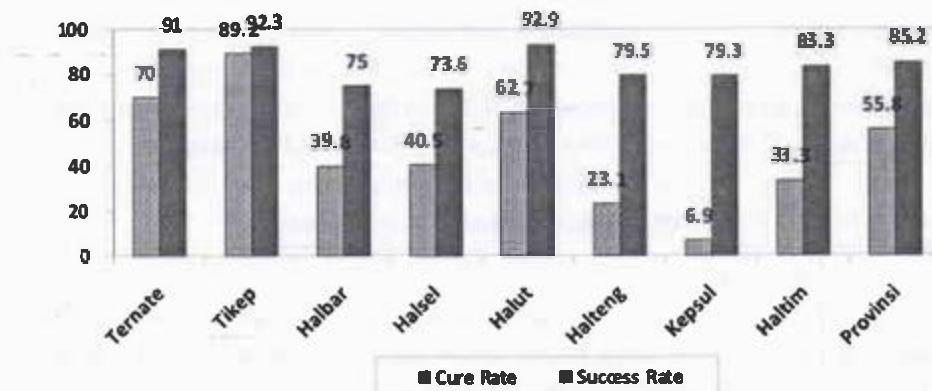
Pemekaran wilayah yang terjadi di Provinsi Maluku Utara mengakibatkan belum terkumpulnya data penemuan kasus di wilayah pemekaran. Hal tersebut terjadi pada kabupaten Morotai sehingga strategi DOTS baru dilaksanakan pada tahun 2010.

Pada kasus yang telah ditemukan, dilakukan strategi pengobatan DOTS. Indikator yang digunakan untuk mengetahui keberhasilan pengobatan adalah *Success Rate* (SR). SR merupakan proporsi pasien baru TB BTA positif yang sembuh setelah menyelesaikan pengobatan diantara pasien baru TB BTA positif yang tercatat. Pada tahun 2009 tercatat sebanyak 703 kasus TB diantaranya yang sembuh sebanyak 392 kasus, yang diobati dengan pengobatan lengkap sebanyak 207 kasus, default 62 kasus, gagal 4 kasus, pindah 11 kasus dan meninggal 29 kasus.

Pemerintah menargetkan SR pada tahun 2015 yaitu sebesar 85%. Provinsi Maluku Utara sudah di atas target nasional yaitu 85,2%. Namun jika dilihat per provinsi, masih terdapat SR yang di bawah target nasional yaitu Kabupaten Halmahera Barat, Kabupaten Halmahera Selatan, Kabupaten Halmahera Tengah, Kabupaten Kepulauan Sula dan Kabupaten Halmahera Timur.

Selain SR, indikator pengobatan juga dapat dilihat dari data *Cure Rate* (CR). CR merupakan ukuran yang dipakai untuk mengetahui kesembuhan penderita TB. Pada tabel di bawah ini memperlihatkan angka kesembuhan lebih rendah dari pada angka kesuksesan pengobatan (SR) dikarenakan pada akhir pengobatan penderita sudah tidak bisa megeluarkan dahak sehingga tidak bisa dilakukan pemeriksaan untuk mendapatkan data angka kesembuhan.

Grafik 5.3. Angka Kesembuhan dan Kesuksesan Pengobatan TB (%) per Kabupaten/Kota Provinsi Maluku Utara Tahun 2009



Sumber: Laporan Pelaksanaan Kegiatan Program Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis di Provinsi Maluku Utara Tahun 2010. Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara.

B.1.4.4. Upaya Percepatan Pencapaian Target 6c Terkait Tuberkulosis dan Kendala Pelaksanaan

Pengendalian penyakit Tuberculosis sangat tergantung pada sumber Bantuan Luar Negeri (BLN) atau Hibah yaitu dari Global Fund. Untuk tahun 2010, Global Fund menyokong 81 % anggaran yang diperlukan untuk

kegiatan pengendalian Tuberkulosis, yaitu sebesar Rp.1.389.777.430,77,-. Demikian juga untuk tahun 2011, bantuan Global Fund sebesar Rp.3.600.000.000,-. Sementara kontribusi APBN hanya Rp.40.600.000,- dan APBD nol. Anggaran tersebut lebih banyak digunakan untuk kegiatan pelatihan laboratorium mikroskopis, rapat validasi data tingkat provinsi, rapat validasi data tingkat kabupaten/kota, pelatihan TB DOTS bagi dokter dan paramedis puskesmas, pelatihan tim DOTS rumah sakit, dan *improve case finding* untuk provinsi dan kabupaten/kota.

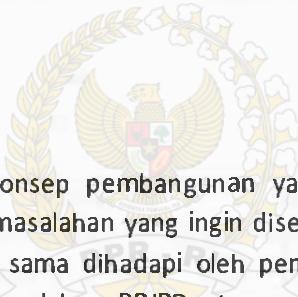
Peran BLN yang sangat dominan mengakibatkan program yang dilaksanakan sangat bergantung dari ketersediaan dana dari BLN. Hal ini membuat pelaksanaan program menjadi tidak berlanjut manakala peran BLN tidak sebanyak tahun sebelumnya. Seharusnya untuk mengoptimalkan keberlanjutan program dalam pengendalian penyakit, dukungan anggaran dari pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten/kota sangat diperlukan.

Kendala lain yang menjadi hambatan dalam pengendalian penyebaran Tuberkulosis adalah masalah ketenagaan seperti SDM yang belum dilatih TB. SDM kesehatan merupakan kunci dalam menangani TB dalam penemuan kasus, sosialisasi pemberdayaan masyarakat dan komitmen penerapan pengobatan DOTS tersebut tetap dijalankan. Selain itu, sosialisasi terhadap peran pengawas minum obat yang berasal dari orang sekitar penderita juga perlu ditingkatkan untuk memastikan penderita meminum obat anti tuberkulosis secara teratur.

Tidak seperti penyakit malaria, pembentukan dan pelaksanaan kebijakan pada program TB lebih lambat. Banyaknya indikator dalam pencapaian target TB pada MDGs mulai dari penegakan diagnosis sampai dengan penata-laksanaannya sehingga mempengaruhi lamanya pengobatan TB. Selain itu, kondisi geografis Provinsi Maluku Utara yang berupa kepulauan juga mempengaruhi sehingga membutuhkan strategi khusus untuk menyukseskan pengobatan. Namun, koordinasi dengan swasta mulai membaik. Hal ini ditunjukkan dengan aktivasi tim *task force* yang melibatkan Dokter Praktek Swasta serta terdapat mitra-mitra potensial yang mendukung program tersebut seperti Yayasan, lembaga keagamaan dan perusahaan di Provinsi Maluku Utara.⁷⁵ Di Provinsi Maluku

⁷⁵ Jawaban Tertulis Pertanyaan Penelitian MDGs Bidang Kesehatan. Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara 2011.

Utara belum ada peraturan daerah yang secara khusus mengatur mengenai pengendalian TB. Selama ini program pemberantasan TB mengacu pada kebijakan nasional.



B. 2. Provinsi Sulawesi Utara

MDGs pada hakekatnya bukan konsep pembangunan yang baru dalam pembangunan nasional karena permasalahan yang ingin diselesaikan melalui MDGs adalah permasalahan yang sama dihadapi oleh pemerintah kita selama ini. Oleh karenanya, meskipun dalam RPJPD ataupun RPJMD Provinsi Sulawesi Utara tidak menyebutkan secara eksplisit upaya-upaya pencapaian target-target dalam MDGs, namun program-program pembangunan yang dilaksanakan sudah mengarah pada upaya pencapaian target-target MDGs.

Berikut adalah pencapaian MDG 6 Provinsi Sulawesi Utara beserta upaya-upaya percepatannya.

B.2.1. Pencapaian Target 6a: Mengendalikan Penyebaran Dan Mulai Menurunkan Jumlah Kasus Baru Hiv/Aids

• Prevalensi Hiv/Aids Dari Total Populasi

Kasus HIV/AIDS pertama kali dilaporkan di Provinsi Sulawesi Utara pada tahun 1997 di Rumah Sakit Bathesda. Kasus pertama tersebut selanjutnya terus bertambah secara bermakna terutama mulai tahun 2005 dimana pada tahun tersebut telah ada pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT) sehingga kasus yang masih tersembunyi mulai muncul secara perlahan. Sampai Februari 2011, total kasus HIV/AIDS di Provinsi Sulawesi Utara sebanyak 787 kasus dengan perincian 282 kasus HIV dan 505 kasus AIDS (Tabel 5.6.). Dari 787 penderita tersebut yang telah meninggal sebanyak 115 orang sehingga terdapat 672 penderita yang masih hidup. Kasus HIV/AIDS tersebar di seluruh kabupaten/kota yang ada, dengan kasus HIV/AIDS terbanyak di Kota Manado 313 kasus, Kota Bitung 183 kasus, dan Tomohon 56 kasus. Penyebaran kasus ini sangat cepat terutama pada kelompok usia

produktif (Tabel 5.7.), sedangkan hubungan seks merupakan cara penularan tertinggi.

Pertumbuhan ekonomi yang pesat sebagai akibat terbukanya daerah Sulawesi Utara bagi peluang investasi serta berkembangnya industri pariwisata menyebabkan meningkatnya perilaku dan gaya hidup masyarakat yang negative terhadap kesehatan, seperti perilaku seks bebas dan meningkatnya mobilisasi masyarakat dan pendatang yang menjadi resiko penyebaran HIV/AIDS. Hal ini memberikan gambaran bahwa epidemi HIV/AIDS merupakan ancaman serius bagi masyarakat Provinsi Sulawesi Utara. Ada beberapa faktor kerawanan yang perlu mendapat perhatian antara lain tingkat mobilisasi pekerja seks komersil yang cukup tinggi, pengembangan pelabuhan Bitung menjadi pelabuhan Free Port dan adanya lapangan udara Internasional di Kota Manado.

**Tabel 5.6. Jumlah Kasus HIV/AIDS
Provinsi Sulawesi Utara Tahun 1997 – Februari 2011**

Tahun	Penderita		Total		
	HIV	AIDS	Penderita	Mati	Hidup
1997	0	1	1	1	
1998	0	1	1	1	
1999	0	1	1	1	
2000	3	4	7	4	
2001	5	1	6	1	
2002	5	13	18	4	
2003	2	6	8	4	
2004	9	9	18	5	
2005	30	47	77	13	
2006	61	38	99	19	
2007	29	43	72	14	
2008	55	93	148	20	
2009	38	112	150	17	
2010	38	114	152	9	
2011	7	22	29	2	
JUMLAH	282	505	787	115	672

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara, 2011.

Target prevalensi⁷⁶ HIV penduduk usia 15-24 tahun di Provinsi Sulawesi Utara adalah < 0,2 dimana capaian angka telah sesuai dengan target tahun 2010, dan berada di level terkonsentrasi. Namun, capaian hanya berdasarkan temuan kasus pasif, bukan berdasarkan survei. Survei sulit dilakukan di sebagian besar wilayah di Indonesia karena membutuhkan dana yang besar.

Tabel 5.7. Distribusi Penderita HIV/AIDS Berdasarkan Umur Tahun 1997 – Februari 2011

Gol Umur (Tahun)	Penderita		Total Penderita
	HIV	AIDS	
< 1	4	11	15
1 – 4	11	15	26
5 – 14	1	7	8
15 – 19	15	6	21
20 – 29	158	210	368
30 – 39	62	166	228
40 – 49	27	61	88
50 – 59	0	17	17
> 60	1	2	3
Tidak Diketahui	3	10	13
Jumlah	282	505	787

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara, 2011

- Penggunaan Kondom Pada Hubungan Seks Berisiko Tinggi**

Sebagai provinsi dimana sebagian besar penularan HIV terjadi melalui hubungan seksual (Tabel 5.8.), penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi menjadi satu hal yang krusial. Sampai saat ini belum ada data survei khusus penggunaan kondom yang dimiliki oleh Provinsi Sulawesi Utara, sehingga data yang digunakan sebagai estimasi pemakaian kondom pada kelompok berisiko adalah data distribusi kondom.

⁷⁶ Prevalensi HIV adalah jumlah penduduk laki – laki dan perempuan yang berusia 15-49 tahun yang positif HIV dibagi dengan jumlah penduduk laki – laki dan perempuan pada usia yang sama (yaitu 15-49 tahun), dikalikan dengan 100%. (Bappenas, 2011)

Tabel 5.8. Distribusi Penderita HIV/AIDS Berdasarkan Faktor Risiko

Faktor Risiko	Penderita		Total
	HIV	AIDS	
Homoseksual	5	9	14
Heteroseksual	226	381	607
Biseksual	1	1	2
Perinatal	12	31	43
Transfusi Darah	0	1	1
Pengguna NAPZA/ADU	32	63	95
Hetero dan IDU	4	16	20
Tidak Diketahui	2	3	5
Jumlah	282	505	787

Sumber: Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara, 2011.

Distribusi kondom senantiasa menjadi program tahunan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara dan Komisi Penanggulangan Aids Provinsi Sulawesi Utara. Kondom didistribusikan melalui outlet kondom. Distribusi kondom pada tahun 2010 berhasil dicapai di Kota Manado sebanyak 13.275 (dari target 20.735), Kota Bitung sebanyak 6.192 (dari target 12.441), dan Kota Tomohon sebanyak 4.590 (dari target 8.294), sehingga total kondom yang terdistribusi sebanyak 24.157 dari target 41.470⁷⁷.

Jika dilihat distribusi kasus berdasarkan mata pencaharian atau jenis pekerjaan, maka penderita paling banyak adalah pekerja swasta/wiraswasta (202 kasus) diikuti ibu rumah tangga (138 kasus), tidak bekerja (102 kasus), dan pekerja seks komersil atau wanita pekerja seks (72 kasus).⁷⁸ Pada kelompok-kelompok risiko tersebut dibutuhkan penjangkauan agar program kondomisasi dapat berjalan efektif.

⁷⁷ Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Sulawesi Utara. *Materi Rakor 1 KPAP Sulawesi Utara Tahun 2011.*

⁷⁸ Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara. *Situasi HIV/AIDS Provinsi Sulawesi Utara Tahun 1997 – Februari 2011.*

- **Proporsi Jumlah Penduduk Usia 15-24 Tahun yang Memiliki Pengetahuan Komprehensif Tentang HIV/AIDS**

Proporsi penduduk yang memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS di Provinsi Sulawesi Utara diketahui dari Riskesdas yang dilakukan Kemenkes. Hasil Riskesdas menunjukkan bahwa kesadaran masyarakat tentang HIV/AIDS masih pada level menengah (Tabel 5.9.). Rata-rata, 58% penduduk yang berumur lebih dari 10 tahun di Provinsi Sulawesi Utara pernah mendengar tentang HIV/AIDS. Persentase tertinggi di Kota Manado (77%) dan terendah di Kabupaten oalaan Mongondow (20%). Sedangkan untuk yang memiliki pengetahuan yang benar tentang HIV/AIDS pada penduduk yang berumur lebih dari 10 tahun hanya 12,5% dan yang memiliki pengetahuan tentang yang benar tentang cara penularan HIV/AIDS sebesar 50% dari yang pernah mengetahui.

Tabel 5.9. Distribusi Kasus HIV/AIDS Total
Tahun 1997 – 2010 berdasarkan Tingkat Pengetahuan

Kabupaten/Kota	Pernah Men-dengar	Berpengetahuan Benar tentang Penularan HIV/AIDS	Berpengetahuan Benar tentang Pencegahan HIV/AIDS
Bolaang Mongondow	20,2	5,3	30,8
Minahasa	72,5	15,4	32,2
Kepulauan Sangihe	30,8	5,1	25,6
Kepulauan Talaud	38,8	6,0	28,1
Minahasa Selatan	63,3	11,3	63,7
Minahasa Utara	65,8	2,2	43,8
Kota Manado	77,3	20,9	72,5
Kota Bitung	68,1	5,7	57,7
Kota Tomohon	69,0	7,3	45,9
Sulawesi Utara	58,6	12,5	51,8

Sumber: Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara, 2009.

Data yang menjadi acuan bersumber dari Riskesdas yang diselenggarakan oleh Kemenkes RI karena indikator ini harus mengacu pada riset. Dalam rangka meningkatkan tingkat pengetahuan masyarakat mengenai HIV/AIDS, program sosialisasi melalui pembagian leaflet, stiker,

siaran radio, surat kabar, ataupun sosialisasi langsung ke masyarakat Senantiasa dilakukan.

Peningkatan pengetahuan sebagai hasil dari program sosialisasi yang dilakukan berdampak positif pada meningkatnya orang yang mengunjungi klinik VCT dan menerima pelayanan VCT lengkap dari tahun ke tahun. Kesadaran masyarakat untuk melakukan test HIV ini dapat memudahkan penemuan kasus. Pada tahun 2010, penduduk usia 15 tahun ke atas yang telah mengikuti VCT berjumlah 480.000 orang, melebihi target yang ditetapkan berdasarkan Inpres 3 tahun 2010, yaitu 400.000 orang.⁷⁹

B.2.2. Pencapaian Target 6B: Mewujudkan Akses Terhadap Pengobatan HIV/AIDS bagi Semua yang Membutuhkan

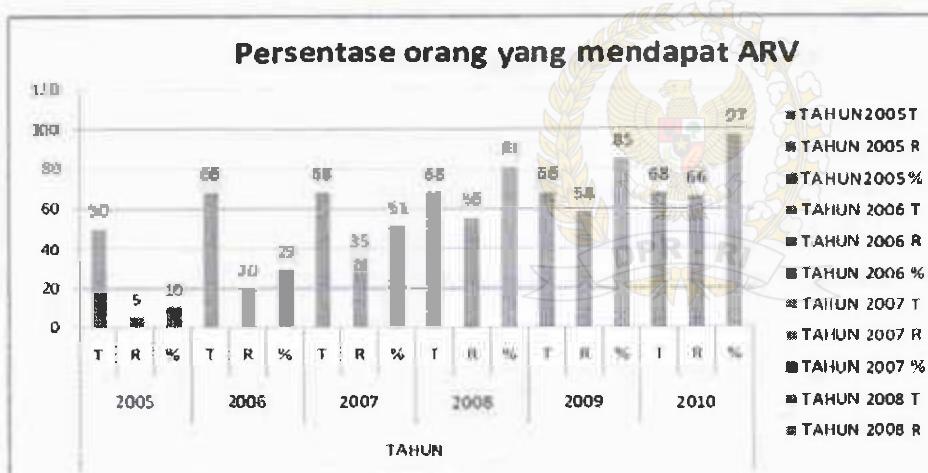
Sampai saat ini, obat atau vaksin yang efektif bagi kasus HIV/AIDS belum ditemukan sehingga pengobatan yang dilakukan dikelompokkan berdasarkan kebutuhan, yaitu:

1. Pengobatan suportif yang bertujuan untuk meningkatkan keadaan umum penderita, mencakup pemberian gizi yang baik, obat simptomatis, vitamin, dan dukungan psikososial.
2. Pengobatan infeksi oportunistik yang dilakukan secara empiris.
3. Pengobatan anti-retroviral (ARV) yang dapat menghambat perkembangbiakan virus HIV, namun belum dapat memperbaiki kualitas hidup penderita karena kemungkinan untuk menjadi infeksi oportunistik lebih jarang atau mudah di atasi.

Pengobatan ARV pertama kali di mulai Tahun 2005 dan sampai sekarang melayani secara gratis kendati kasus pertama kali sudah ada sejak Tahun 1997. Dua tahun terakhir pengobatan ARV bagi ODHA terus mengalami peningkatan. Ini menggambarkan bahwa kehidupan dari ODHA dapat diperpanjang (jika dilihat secara medis) lagi setelah menerima pengobatan ARV secara baik (kepatuhan menelan obat ARV). Hal ini dapat ditunjukkan pada grafik di berikut ini (target 2014: 100%).

⁷⁹ Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Sulawesi Utara. *Materi Rakor 1 KPAP 2011*

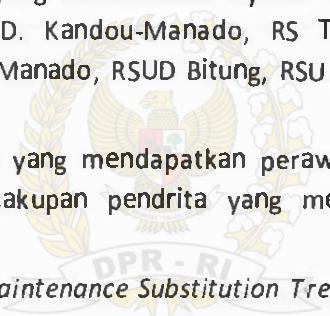
Grafik 5.4. Persentase Penderita HIV/AIDS yang Mendapat ARV sampai dengan Tahun 2010



Sumber: Laporan Tahunan GF HIV/AIDS Tahun 2010

B.2.3. Upaya Percepatan Pencapaian Target 6A Dan 6B dan Kendala Pelaksanaan

Peningkatan kasus HIV/AIDS secara signifikan dari waktu ke waktu mendorong Dinas Kesehatan Provinsi SulaWesi Utara untuk menjalankan berbagai kebijakan Kemenkes RI dalam hal penanggulangan yang berfokus pada pencegahan yang diintegrasikan dengan perawatan, dukungan, dan pengobatan. Upaya penanggulangan yang dilakukan bukan hanya ditujukan pada penanganan penderita yang ditemukan, tetapi juga diarahkan pada upaya pencegahan melalui penemuan penderita secara dini melalui upaya penjangkauan yang dilanjutkan dengan konseling. Upaya penemuan penderita dilakukan melalui skrining HIV/AIDS terhadap darah donor, pemantauan terhadap kelompok berisiko terkena PMS (Penyakit Menular Seksual), penyalahgunaan obat dengan suntik (*Injection Drug Users* atau IDU), penghuni lembaga pemasyarakatan serta pemantauan dan penelitian terhadap kelompok umur berisiko rendah seperti ibu rumah tangga. Upaya peningkatan akses layanan kesehatan bagi penderita AIDS dilaksanakan melalui:

- 
- a. Pelayanan VCT di rumah sakit. Hingga akhir 2008 terdapat lima rumah sakit di Provinsi Sulawesi Utara yang memberikan layanan tetap ARV dan VCT, yaitu RSU Prof. Dr.R.D. Kandou-Manado, RS TNI Teling-Manado, RS Prof. Ratumbuysang-Manado, RSUD Bitung, RSU Bethesda-Tomohon.
 - b. Meningkatkan cakupan penderita yang mendapatkan perawatan anti-retroviral, serta meningkatkan cakupan pendrita yang memperoleh terapi ARV kombinasi.
 - c. Mengembangkan layanan MST (*Maintenance Substitution Treatment*)

Pada tahun 2010 yang lalu, kegiatan yang dijalankan oleh Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara diantaranya pelayanan VCT lengkap di 5 RS, pelayanan CST atau pengobatan ARV bagi ODHA, penjangkauan kelompok risiko tinggi dan pendampingan pada ODHA, mobile VCT pada kelompok risiko tinggi, kunjungan dan promosi kondom 100%, *radio spot* dan artikel koran, kampanye pemasaran VCT pada masyarakat, pertemuan jejaring VCT, pertemuan antar *lay support* dan *case manager*, supervisi monev, monitoring ARV, pembiayaan tindakan operasi bagi ODHA yang melahirkan dan nutrisi, set up klinik PTRM, kolaborasi TB-HIV, dan pelayanan PMTCT.⁸⁰ Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Sulawesi Utara juga telah menjalankan program penjangkauan populasi kunci (Tabel 5.10.) dan menjalin kemitraan dengan berbagai LSM lokal dan internasional.

Tabel 5.10. Cakupan program penanggulangan HIV dan AIDS

Cakupan Program	Jumlah
Jumlah wanita pekerja seks baru yang sudah dijangkau oleh program perubahan perilaku	1.301 (dari 3.790 WPS)
Jumlah waria baru yang sudah dijangkau oleh program perubahan perilaku	221 (dari 470 waria)
Jumlah lelaki seks lelaki baru yang sudah dijangkau oleh program perubahan perilaku	237 (dari 7.990 LSL)
Jumlah pelanggan wanita pekerja seks yang sudah dijangkau oleh program perubahan perilaku	885

⁸⁰ Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara. "Laporan Tahunan Penanggulangan Penyakit HIV Tahun 2010."

Jumlah warga binaan pemasyarakatan yang sudah dijangkau oleh program perubahan perilaku	52 (dari 1.370 WBP)
Jumlah Penasun yang sudah dijangkau oleh program perubahan perilaku	128 (dari 2.010 penasun)

Sumber: Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Sulawesi Utara, 2010.

Sebagai bukti keseriusan Provinsi Sulawesi Utara dalam penanggulangan HIV/AIDS, pada tahun 2009 telah terbit Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Utara No.1 Tahun 2009 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS. Dalam menghadapi tantangan HIV/AIDS di Provinsi Sulawesi Utara, telah disusun Rencana Aksi Strategis 2010-2014 dan Rencana Aksi Daerah yang memuat upaya pengendalian penyakit HIV/AIDS yang sejalan dengan tujuan MDGs. Target-target MDGs yang terkait dengan HIV/AIDS (MDGs 6) telah termuat dalam Renstra Dinkes Provinsi Sulawesi Utara sehingga dapat dikatakan bahwa perencanaan program penanggulangan HIV/AIDS di Provinsi Sulawesi Utara telah mengakomodasi upaya pencapaian target MDGs yang terkait dengan pengendalian HIV/AIDS. Walaupun demikian, masih dibutuhkan upaya yang keras dalam rangka menanggulangi penyebaran HIV/AIDS di Provinsi Sulawesi Utara yang terbilang pesat. Untuk itu, peran komisi penanggulangan AIDS Provinsi, Kabupaten dan Kota perlu terus dioptimalkan dalam hal koordinasi, advokasi dan komunikasi, informasi dan edukasi.

Di tingkat nasional, dalam hal penanggulangan HIV/ AIDS ini, Provinsi Sulawesi Utara mendapatkan penghargaan sebagai daerah yang mampu menjalankan program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS terbaik di Indonesia. Hal ini diungkapkan pada pertemuan Evaluasi Kegiatan HIV/AIDS Semester II Nasional di Jakarta, 24-30 Juli 2011 yang digelar Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. KPA Provinsi Sulawesi Utara mengungkapkan bahwa kesuksesan tersebut merupakan hasil dukungan dari semua pemangku kepentingan dan sumber daya di daerah serta perhatian dari Gubernur dan Wakil Gubernur Provinsi Sulawesi Utara.

Sejak Tahun 2005 sampai Tahun 2010, Dinas Kesehatan mendapat bantuan luar negeri melalui dukungan Global Fund AIDS (GF AIDS) dari

Belanda (Geneva) khususnya Program HIV/AIDS. Walaupun tahun 2007 mengalami masa restriksi. Kabupaten/kota yang mendapat dukungan GF AIDS adalah Kota Manado, Kota Bitung dan Kota Tomohon dari 15 kabupaten/kota yang ada di Provinsi Sulawesi Utara. Orientasi kegiatan GF AIDS pada dasarnya adalah untuk membantu program penanggulangan HIV/AIDS yang sifatnya sementara. Untuk itu dukungan pemerintah daerah Provinsi maupun kabupaten/kota dalam pendanaan kegiatan-kegiatan program penanggulangan HIV/AIDS sangat diharapkan demi kepentingan masyarakat khususnya penderita HIV/AIDS. Besarnya dana bantuan luar negeri dari Global Fund pada tahun 2010 adalah sebesar Rp 2.911.435.000⁸¹. Sedangkan dana yang dikelola oleh KPA Provinsi Sulawesi Utara pada tahun 2010 berasal dari sumber berikut⁸²:

- APBD yang dikelola Sekretariat : Rp 100.000.000
- APBD Hibah : Rp 650.000.000⁸³
- GFATM SSF : Rp 80.986.500
- IPF : Rp 30.000.000

Pada akhir tahun 2014 diharapkan 70% dana penanggulangan AIDS berasal dari APBD dan APBN. Penganggaran ini juga perlu dilakukan secara terkonsolidasi dan terintegrasi dengan sistem perencanaan pembangunan di daerah (sesuai dengan arahan Mendagri dan Kepala Bappenas).

B.2.4. Pencapaian Target 6C: Mengendalikan Penyebaran dan Mulai Menurunkan Jumlah Kasus Baru Malaria, dan Penyakit Utama Lainnya

B.2.4.1. Pencapaian Target 6C Terkait Pengendalian Penyebaran Malaria

Penyakit Malaria menempati posisi penyakit nomor tiga terbanyak setelah Influenza dan Diare di Provinsi Sulawesi Utara berdasarkan

⁸¹ Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara. *Draf Data Profil Kesehatan Sulawesi Utara Tahun 2010*.

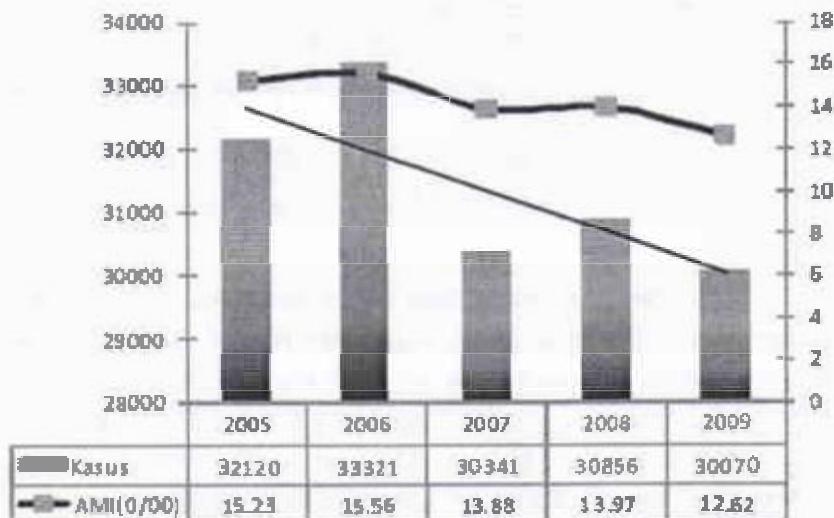
⁸² Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. *Profil Penanggulangan HIV dan AIDS di 33 Provinsi Tahun 2010*.

⁸³ KPAP Sulawesi Utara. *Materi Rakor 1 KPAP Sulawesi Utara Tahun 2011*.

surveilans terpadu penyakit pada tahun 2009. Penyakit ini ditemukan semua kabupaten/kota dengan prevalensi sangat bervariasi antara 0,3%-11,2%.

Jumlah penderita malaria klinis di Provinsi Sulawesi Utara per tahun selama lima tahun terakhir berkisar pada angka 30.000 kasus. Penyakit ini menjadi penyakit musiman yang kecenderungannya meningkat pada kondisi curah hujan tinggi (peningkatan *breeding place*).

**Grafik 5.5. Penderita Malaria Klinis dan AMI di Provinsi Sulawesi Utara
Tahun 2005 – 2009**

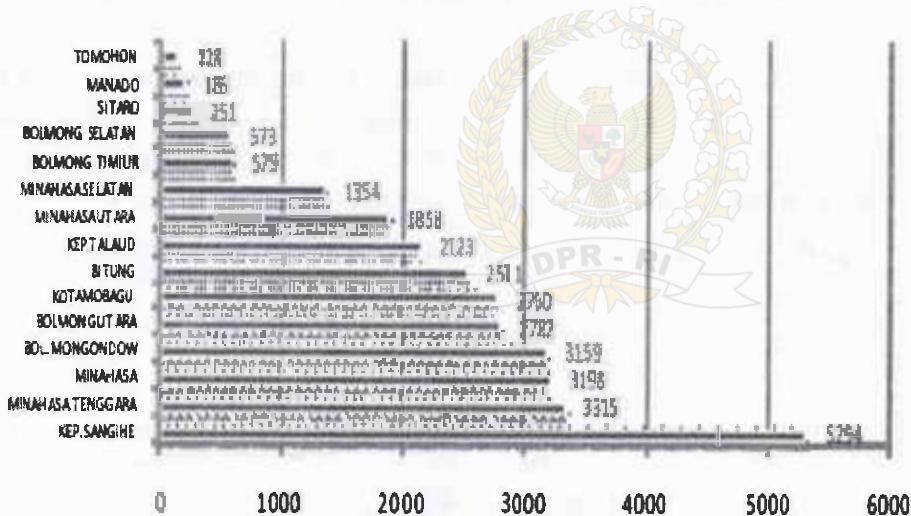


Sumber: Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2009.

Dari grafik terlihat bahwa selama lima tahun terakhir kasus malaria klinis menunjukkan tren penurunan dengan Annual Malaria Incidence (AMI)⁸⁴ per 1.000 penduduk Provinsi Sulawesi Utara lebih rendah dari indikator yang ditetapkan oleh Kemenkes RI. Angka kematian berhasil ditekan dari 0,92% pada tahun 2005 menjadi 0,42% pada tahun 2006, 0,56% pada tahun 2008, dan 0,44% pada tahun 2009.

⁸⁴ AMI adalah Angka Kesakitan Malaria yang didasari oleh gejala-gejala klinis tanpa melalui tes laboratorium.

**Grafik 5.6. Distribusi Kasus Malaria Klinis
Kabupaten/Kota se Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2009**



Sumber: Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2009

Kasus Malaria terdistribusi di seluruh kabupaten/kota di Provinsi Sulawesi Utara (Grafik 5.6.). Sepanjang tahun 2009, Kabupaten Kepulauan Sangihe melaporkan kasus malaria terbanyak 3.315 kasus diikuti oleh Kabupaten Minahasa Tenggara 3.198 kasus dan Kabupaten Minahasa 3.159 kasus, sementara Kota Tomohon 128 kasus melaporkan kasus yang paling sedikit diikuti oleh Kota Manado 185 kasus dan Kabupaten Sitaro 251 kasus. Dari sejumlah kasus malaria klinis rata-rata selama 5 tahun terakhir (tahun 2005 – 2009) hanya 33,5% yang diperiksa, dengan hasil positif (*slide positive rate*) sebesar 52,5%. SPR⁸⁵ malaria klinis se Provinsi Sulawesi Utara tahun 2005 dari 47 meningkat terus hingga tahun 2009 yaitu menjadi 60,5.⁸⁶

Pencegahan dan perlindungan kelompok masyarakat beresiko tertular malaria diantaranya dilakukan melalui kegiatan kelambunisasi dengan kelambu berinsektisida yang tahan lama (*long lasting nets*).

⁸⁵ SPR atau *Slide Positivity Rate* adalah persentase sedaian darah (slide) malaria yang dikonfirmasi positif dibandingkan dengan jumlah seluruh slide yang diperiksa di suatu daerah yang dinyatakan dalam persen (%). Slide malaria diambil dan diperiksa dari penduduk yang ditemukan melalui kegiatan ACD dan PCD di suatu wilayah selama satu bulan atau satu tahun.

⁸⁶ Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara. *Rencana Aksi Strategis 2009–2014*.

Berdasarkan Profil Kesehatan Tahun 2009, pada tahun 2003-2008 telah dibagikan kelambu berinsektisida di daerah berpotensi atau endemis malaria.

Berdasarkan Laporan Riskesdas Tahun 2010, pemakaian kelambu di Provinsi Sulawesi Utara secara keseluruhan adalah sebanyak 4,6%, sedangkan pada kelambu berinsektisida hanya sebesar 3,4%. Persentase tersebut di bawah cakupan nasional, yaitu 26,1% (dengan dan tanpa insektisida) dan 12,9% (berinsektisida). Untuk kelompok umur balita, cakupan nasional pada pemakaian kelambu tanpa dan dengan insektisida adalah sebesar 32,5%, sedangkan yang berinsektisida sebesar 16,5%. Tidak diketahui angka provinsi untuk kelompok umur balita tersebut. Selain pemakaian kelambu, terdapat 7 cara pencegahan malaria yang biasa dilakukan masyarakat berdasarkan survei. Di Provinsi Sulawesi Utara sendiri, pada kelompok umur 5 tahun, kebiasaan pencegahan malaria dengan menggunakan obat nyamuk bakar/elektrik adalah sebesar 73,7%, menggunakan kasa nyamuk pada jendela/ventilasi sebesar 4,4%, menggunakan repellent sebanyak 8,5%, menggunakan obat nyamuk semprot sebanyak 10,8%, mengkonsumsi obat Pencegahan bila bermalam di daerah endemis sebanyak 4,3%, dan lainnya sebanyak 19,7%.

Penderita malaria setelah terdiagnosa melalui pemeriksaan darah seharusnya memperoleh pengobatan yang efektif, yaitu (1) mendapat obat ACT, (2) obat diperoleh penderita maksimum 24 jam setelah sakit, dan (3) dosis obat diperoleh untuk 3 hari dan diminum seluruhnya. Dalam cakupan pengobatan efektif kategori "dosis obat diperoleh untuk 3 hari dan diminum habis", Provinsi Sulawesi Utara telah memenuhi 100%, bersama 7 provinsi lainnya (Aceh, Lampung, DI Yogyakarta, Kalimantan Barat, dan Gorontalo).

Tabel 5.11. Persentase Penderita Malaria Satu Bulan Terakhir yang Diobati dengan ACT menurut Kategori Pengobatan di Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2010

Diobati dengan ACT	ACT Diterima dalam 24 jam sesudah sakit	Dosis ACT untuk 3 hari dan diminum habis	Pengobatan efektif dengan ACT
25,8	87,0	100,0	22,5

Sumber: Laporan Riskesdas 2010, Kementerian Kesehatan RI.

Secara nasional, cakupan pengobatan malaria yang efektif dengan ACT pada Balita (22,3%) lebih rendah dari pada semua umur (33,7%), namun tidak diketahui data untuk Provinsi Sulawesi Utara.

B.2.4.2. Upaya Percepatan Pencapaian Target 6c Terkait Malaria dan Kendala Pelaksanaan

Pengendalian Malaria telah menjadi prioritas penanggulangan masalah kesehatan di Provinsi Sulawesi Utara. Upaya pemberantasan penyakit malaria di Provinsi Sulawesi Utara dilakukan menggunakan strategi yang mengacu pada strategi nasional dalam pengendalian penyebaran malaria. Yaitu strategi yang mencakup empat aspek, yaitu diagnosa dini dan pengobatan yang tepat, pengendalian vektor yang selektif, pengendalian kejadian luar biasa, dan sistem surveilans yang efektif. Strategi tersebut kemudian dijabarkan dalam program-program berikut:

- a. Pencegahan dan perlindungan masyarakat berisiko tertular malaria melalui kegiatan kelambunasi dengan kelambu berinsektisida yang tahan lama (*long lasting nets*) untuk pencegahan.
- b. Integrasi dan peningkatan penemuan kasus malaria (*active case detection*) dan pengendalian malaria.
- c. Penggunaan *rapid diagnostic test* untuk mempermudah diagnosis.
- d. Pengobatan profilaksis dan penggunaan obat malaria kombinasi derivat artemesinin.
- e. Peningkatan jangkauan penemuan, pengobatan, dan perawatan malaria yang berkualitas di daerah terpencil.
- f. Pembentukan revitalisasi Pos Malaria Desa (Posmaldes).
- g. Pelatihan dan pemberdayaan kader Posmaldes yang aktif
- h. Pendirian Posmaldes di wilayah yang sulit dijangkau tenaga kesehatan.
- i. Penggunaan poskesdes pada Desa Siaga.
- j. Memenuhi kebutuhan obat.

Target pemberantasan penyakit malaria di Provinsi Sulawesi Utara adalah eliminasi secara bertahap sampai akhir tahun 2020, melalui (1) penurunan hingga 50 % jumlah desa dengan kasus malaria > 5 per 1.000

penduduk pada tahun 2010, (2) seluruh kabupaten/kota mampu melaksanakan pemeriksaan atas sediaan darah malaria dan memberikan pengobatan secara tepat dan terjangkau pada tahun 2010, dan (3) seluruh wilayah melaksanakan intensifikasi dan integrasi dalam pengendalian pada tahun 2020.

Selain itu, dalam kaitannya dengan Inpres No.3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan Berkeadilan, target nasional prevalensi malaria adalah 2 per 1.000 penduduk pada tahun 2010 dan 1,75 per 1.000 penduduk pada tahun 2011. Dalam rangka mencapai penurunan prevalensi tersebut, disusunlah rencana aksi daerah yang berfokus pada beberapa intervensi kebijakan atau kegiatan yang dilakukan Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara dalam rangka mencapai beberapa target indikator proses yang ditetapkan, yang diantaranya berfokus pada, pertama, persen kabupaten yang melakukan pengobatan malaria dengan ACT. Intervensi kebijakan atau kegiatan yang dilakukan adalah pertemuan sosialisasi, advokasi, monitoring evaluasi, pelatihan, pengadaan obat, dan supervisi. Target yang ditetapkan provinsi adalah 25% pada tahun 2010 dan 100% pada tahun-tahun berikutnya. Kedua, persen kabupaten yang melakukan perubahan diagnosa malaria klinis menjadi malaria terkonfirmasi. Intervensi kebijakan atau kegiatan yang dilakukan adalah pertemuan sosialisasi, pelatihan, pengadaan mikroskop, pengadaan reagen, pengadaan bahan pendukung lab, *quality assurance*, dan supervisi persen monev. Indikator yang ditetapkan adalah Target yang ingin dicapai adalah 20% pada tahun 2010 dan 100% pada tahun-tahun berikutnya. Ketiga, persen ibu hamil di daerah endemis yang menggunakan kelambu. Intervensi kebijakan yang dilakukan adalah sosialisasi dan monev. Target yang ditetapkan adalah 50% pada tahun 2011, 80% pada tahun 2012, dan 100% pada tahun-tahun berikutnya. Keempat, persen malaria terkonfirmasi yang diobati dengan ACT. Intervensi kebijakan yang dilakukan adalah pelatihan dan monev. Target yang ditetapkan adalah 20% pada tahun 2010 dan 100% pada tahun-tahun berikutnya.⁸⁷ Intervensi kebijakan tersebut telah terintegrasi ke

⁸⁷ Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara. *Posisi Terkini Sulawesi Utara dalam Pencapaian MDGoal 6,7 dan Rencana Aksi Daerah*. Disampaikan pada Rapat Kerja Kesehatan Daerah Provinsi Sulawesi Utara 2010, Hotel Sutan Raja, 5-7 Juli 2010.

dalam Rencana Aksi Strategis Dinkes Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2010-2014.

Pembiayaan program malaria yang ter-breakdown dalam intervensi kebijakan atau kegiatan dibagi pembebanannya pada APBN, APBD tingkat I, APBD tingkat II, BLN, dan BOK. Pembebanan pada APBD diantaranya dalam hal pengadaan obat dan supervisi, dan beberapa pelatihan. Pembebanan pada BLN diantaranya dalam hal pengadaan mikroskop, reagen, dan quality assurance. Pembebanan pada BOK diantaranya dalam hal surveilans kontak. Dan sisanya dibebankan pada APBD.

B.2.4.3. Pencapaian Target 6C Terkait Pengendalian Penyebaran Tuberkulosis

Tuberkulosis (TB) merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. TB masih menjadi masalah kesehatan masyarakat Indonesia dan menjadi salah satu penyakit yang ditargetkan pencapaiannya dalam MDGs. Di Provinsi Sulawesi Utara, TB termasuk ke dalam sepuluh penyakit yang sering terjadi. Meskipun begitu, dalam hal penanganannya, tahun 2009 Provinsi Sulawesi Utara merupakan provinsi yang berhasil dalam menemukan dan mengobati penderita dengan Strategi *Directly Observed Treatment Shortcourse* (DOTS). Strategi DOTS di Provinsi Sulawesi Utara dimulai sejak tahun 1993 di 10 puskesmas kemudian pada tahun 1996 sudah melibatkan 140 puskesmas yang ada di Provinsi Sulawesi Utara termasuk Provinsi Gorontalo yang pada saat itu masih bergabung dengan Provinsi Sulawesi Utara. Pada tahun 2010, jangkauan pelayanan TB sudah di 159 puskesmas, 32 rumah sakit dan 10 lembaga pemasyarakatan. Setiap Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) yang akan melaksanakan strategi DOTS, harus dilakukan pelatihan kepada dokter, petugas puskesmas dan petugas laboratorium. Namun UPK yang sudah dilatih dan yang sudah menerapkan strategi DOTS hanya berkisar 27 puskesmas, 141 rumah sakit dan 7 lembaga pemasyarakatan. Belum seluruhnya diadakan pelatihan disebabkan adanya mutasi dadakan dan pemekaran wilayah.⁸⁸ Indikator dalam menangani penyakit TB:

⁸⁸ Laporan Penanggulangan Penyakit TB Provinsi Sulawesi Utara 2009. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara.

- **Angka Kejadian, Tingkat Prevalensi dan Tingkat Kematian TB**

TB dapat ditularkan melalui percikan batuk atau bersin (droplet) penderita TB BTA positif⁸⁹ ke orang di sekitar penderita. Penularan TB lebih mudah terjadi pada ruangan yang gelap, lembab, kurangnya ventilasi, kurangnya sinar matahari dan kepadatan penduduk yang tinggi. Mudahnya penularan TB tersebut membuat angka kejadian TB terus bertambah setiap tahun. Penemuan penderita baru BTA positif di Provinsi Sulawesi Utara pada tahun 2008 sebanyak 47.489 orang. Kota Manado memiliki jumlah penderita TB positif yang paling banyak dibandingkan dengan daerah lain yaitu 8.781 orang. Jika dilihat dari kepadatan penduduk, Kota Manado merupakan daerah yang memiliki tingkat kepadatan tinggi yaitu 2.753,8 jiwa/km².

Tabel 5.12. Cakupan Penemuan Penderita Baru TB BTA Positif Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2008

No.	Kabupaten/Kota	Perkiraan Suspek
1	Kabupaten Kepulauan Sangihe	2.755
2	Kabupaten Minahasa	6.353
3	Kabupaten Bolaang Mongondow	6.893
4	Kota Manado	8.781
5	Kota Bitung	3.699
6	Kabupaten Kepulauan Talaud	1.725
7	Kota Tomohon	1.865
8	Kabupaten Minahasa Selatan	4.250
9	Kabupaten Minahasa Utara	3.687
10	Kabupaten Minahasa Tenggara	2.589
11	Kota Kotamobagu	2.105
12	Kabupaten Bolaang Mongondow Utara	1.417
13	Kabupaten Kepulauan SITARO	1.789
14	Kabupaten Bolaang Mongondow Selatan	0

■ TB BTA (+) merupakan penderita TB yang didalam dahaknya terlihat jelas (dengan menggunakan mikroskop) adanya bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dan bersifat sangat infeksius.

15	Kabupaten Bolaang Mongondow Timur	0
	Provinsi	47.489

Sumber: *Laporan Penanggulangan Penyakit TB Provinsi Sulawesi Utara 2009. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara.*

Pada tabel di atas, tidak ada data penemuan penderita TB di Kabupaten Bolaang Mongondow Selatan dan Kabupaten Bolaang Mongondow Timur disebabkan kedua kabupaten ini baru saja dibentuk pada tahun 2008. Penemuan penderita juga dapat dilihat dari *Case Notification Rate* (CNR). CNR merupakan ukuran epidemiologi yang dipakai untuk menunjukkan jumlah pasien baru yang ditemukan di antara 100.000 penduduk di suatu wilayah tertentu. Di Provinsi Sulawesi Utara, CNR TB mengalami peningkatan dan penurunan setiap tahunnya. Pada tahun 2004, CNR sebesar 146 per 100.000 penduduk kemudian mengalami peningkatan menjadi 158 per 100.000 penduduk di tahun 2005 dan 190 per 100.000 penduduk di tahun 2006. Namun angka tersebut mengalami penurunan pada tahun 2007 menjadi 167 per 100.000 penduduk dan meningkat menjadi 184 per 100.000 penduduk pada tahun 2008. Sedangkan tahun 2009, CNR mengalami penurunan menjadi 163 per 100.000 penduduk.⁹⁰

Prevalensi TB di Provinsi Sulawesi Utara cenderung meningkat sesuai dengan bertambahnya umur. Prevalensi tertinggi ada pada usia lebih dari 65 tahun. Prevalensi TB pada kelompok laki-laki lebih tinggi 20% dibandingkan perempuan. Selain itu, prevalensi TB tiga kali lebih tinggi di wilayah pedesaan dibandingkan perkotaan dan empat kali lebih tinggi pada pendidikan rendah dibanding pendidikan tinggi.⁹¹

- Proporsi Jumlah Kasus TB yang Terdeteksi dan Proporsi Kasus TB yang Diobati dan Sembuh dalam Program DOTS**

Indikator yang dipakai dalam pemberantasan TB lainnya adalah *Case Detection Rate* (CDR), *Cure Rate* (CR) dan *Success Rate* (SR). CDR merupakan proporsi jumlah pasien baru BTA positif yang ditemukan dan

⁹⁰ Posisi Terkini Sulawesi Utara dalam Pencapaian MDGs 6 dan 7. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara.

⁹¹ Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi utara 2009. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara.

diobati terhadap jumlah pasien baru BTA positif yang diperkirakan ada dalam suatu wilayah pada waktu tertentu. Kementerian Kesehatan menetapkan target CDR minimal 70% pada tahun 2009. Dalam skala nasional, pencapaian CDR sudah mencapai 73,1%. Jika dilihat per provinsi, Provinsi Sulawesi Utara merupakan provinsi dengan CDR paling tinggi yaitu 85,2%.⁹² Penanganan TB sudah terlebih dahulu dilakukan dari pada penyakit HIV/AIDS dan malaria. Pola penelusuran penderita merupakan kunci dari banyaknya pasien TB yang terdeteksi. Pasien TB yang berobat di puskesmas dilakukan penelusuran pada wilayah sekitar penderita. Penelusuran ini efektif dilakukan mengingat mudahnya TB ditularkan dari satu orang ke orang lainnya. Tentunya upaya penelusuran ini dilakukan oleh pegawai puskesmas dan didukung oleh insentif sehingga memotivasi dilakukannya penelusuran.

Pada tahun 2010, CDR Provinsi Sulawesi Utara mengalami peningkatan menjadi 96%. Angka tersebut secara jelas berada di atas target yang ditetapkan secara nasional. Jika dilihat per kabupaten/kota, maka ada beberapa wilayah yang memiliki CDR jauh di atas target nasional yaitu Kota Kotamobagu 142% dan ada pula daerah yang memiliki CDR di bawah target nasional yaitu Kabupaten Bolaang Mongondow Timur 64%, Kabupaten SITARO 67%, Kabupaten Minahasa Tenggara 68%, Kabupaten Bolaang Mongondow Selatan 69%.⁹³ Rendahnya CDR pada Kabupaten Bolaang Mongondow Timur dan Kabupaten Bolaang Mongondow Selatan disebabkan kabupaten tersebut merupakan wilayah pemekaran dari Kabupaten Bolaang Mongondow sehingga infrastruktur belum maksimal. Sedangkan rendahnya CDR di Kabupaten Minahasa Tenggara dan Kabupaten Kepulauan SITARO disebabkan adanya rotasi pimpinan yang belum konsisten sehingga menghambat keberlanjutan program TB. Selain itu, Kabupaten Kepulauan SITARO merupakan wilayah kepulauan sehingga penemuan belum maksimal dikarenakan keterbatasan sumber daya seperti SDM, pendanaan dan kerja sama antara unit pelayanan kesehatan belum maksimal.

⁹² Profil Kesehatan Indonesia 2009. Kementerian Kesehatan RI.

⁹³ Laporan Penanggulangan Penyakit TB Provinsi Sulawesi Utara 2009. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara.

Indikator dalam pemberantasan TB lainnya adalah CR. CR merupakan ukuran yang dipakai untuk mengetahui angka kesembuhan penderita TB BTA positif. Target CR di Provinsi Sulawesi Utara lebih dari 85%. Pencapaian CR di Provinsi Sulawesi Utara termasuk cukup baik yaitu 88% pada tahun 2008 dan 96% pada tahun 2009. Walaupun masih terdapat wilayah yang memiliki nilai CR di bawah nilai provinsi seperti Kabupaten SITARO 71%, Kabupaten Bolaang Mongondow Selatan 78%, Kabupaten Kepulauan Sangihe 81%, Kota Manado 85%, Kabupaten Kepulauan Talaud 87%, Kota Bitung 89%, Kota Tomohon 91%, Kabupaten Bolaang Mongondow 92% dan Kabupaten Bolaang Mongondow Utara 95%.

Indikator terakhir adalah SR, SR merupakan ukuran yang dipakai untuk mengukur angka keberhasilan atau yang telah menyelesaikan pengobatan TB secara lengkap. SR menyatakan persentase pasien baru TB paru BTA positif yang menyelesaikan pengobatan, baik yang sembuh maupun yang menjalani pengobatan lengkap diantara pasien baru TB paru BTA positif yang tercatat. Dalam skala nasional, pemerintah menetapkan target 2015 untuk SR TB sebesar 85%. Di Provinsi Sulawesi Utara, SR sudah berada di atas target nasional yaitu 97% pada tahun 2008 dan 2009. Namun terdapat dua daerah yang memiliki SR di bawah target nasional antara lain: Kabupaten Bolaang Mongondow Selatan 80% dan Kabupaten Kepulauan SITARO 83%. Keberhasilan juga disebabkan oleh patuhnya penderita dalam meminum obat. Hal ini didukung dengan adanya Pengawas minum obat yaitu anggota keluarga penderita.

B.2.4.4. Upaya Percepatan Pencapaian Target 6C Terkait Tuberkulosis Dan Kendala Pelaksanaan

Kendala yang dihadapi dalam pencapaian target 6c terkait Tuberkulosis adalah masalah pendanaan. Selama ini pendanaan untuk penanganan TB sebagian besar dari BLN yaitu dari Global Fund (GF). Dana dari GF tersebut digunakan untuk program kegiatan, monitoring dan evaluasi. Pendanaan GF untuk TB dimulai pada tahun 2003. Namun pada tahun 2005-2007 dihentikan sementara dan dimulai lagi pada tahun 2008. Dalam proses pengajuan permintaan dana, Dinkes menyusun *workplan* yang akan menjadi pertimbangan GF dalam memberikan bantuan.

Selain bersumber dari GF, penanganan TB di beberapa kabupaten/kota didukung oleh pendanaan dari pemerintah setempat. Pada tahun 2009 hanya ada 7 kabupaten/kota dan pada tahun 2010 hanya ada 11 kabupaten/kota yang memiliki anggaran khusus untuk penanganan TB. Pendanaan tersebut dialokasikan untuk operasional dan pengadaan Obat Anti Tuberkulosis (OAT). Namun jumlahnya sangat kecil antara 1 juta sampai dengan 17 juta. Selain sumber pendanaan tersebut, kontribusi APBD provinsi sangat sedikit dikarenakan sudah ada dana dari GF. Ketersediaan Dana penanganan TB pada APBD belum maksimal. Hanya 5 – 10 % dana untuk pengadaan reagensia, OAT dan bahan cetakan TB.

SDM di Unit Pelayanan Kesehatan merupakan unsur terpenting dalam pemberian pelayanan kesehatan. Keberhasilan penanganan ditentukan oleh komitmen SDM. Sehingga jumlah, kualitas dan penyebaran SDM perlu merata. Namun karena adanya pemekaran kabupaten/kota sampai dengan tahun 2008, maka kebutuhan SDM tidak merata. Selain itu, terdapat sekitar 10-15% petugas TB yang masih bertugas rangkap sehingga tidak maksimal dalam menjalankan tugas penanganan TB. Selain itu, sebanyak 30% dokter yang sudah dilatih TB dimutasi secara tiba-tiba akibat adanya promosi dan rotasi jabatan yang lebih tinggi.

Sebagai upaya dalam percepatan pencapaian MDGs sebagaimana yang terdapat dalam Inpres No. 3 Tahun 2010, Pemerintah Provinsi Sulawesi Utara sedang membuat Rencana Aksi Daerah dengan mengoptimalkan kebijakan terkait dengan sosialisasi, pelatihan, monitoring, evaluasi, pertemuan jejaring dan supervisi. Selain itu, pemerintah Provinsi Sulawesi Utara juga menargetkan UPK yang menjalani program DOTS mencapai 100% pada tahun 2012. Dalam hal regulasi daerah, Pemerintah Provinsi Sulawesi Utara belum membuat perda khusus yang mengatur penanganan penyakit TB. Tidak seperti HIV/AIDS yang memiliki perda tersendiri.

C. Pencapaian Mdg 7 dan Upaya Percepatan

C.1. Provinsi Maluku Utara

C.1.1. Pencapaian Target 7A: Memadukan Prinsip-Prinsip Pembangunan Berkelanjutan dengan Kebijakan dan Program Nasional serta Mengembalikan Sumber Daya Lingkungan yang Hilang

Indikatornya adalah (1) meningkatnya rasio luas kawasan tertutup pepohonan berdasarkan hasil pemotretan citra satelit dan survey foto udara terhadap luas daratan, (2) menurunnya jumlah emisi karbon, (3) menurunnya jumlah konsumsi bahan perusak ozon, (4) proporsi persediaan ikan yang berada dalam batasan biologis aman, (5) meningkatnya rasio luas kawasan lindung untuk menjaga kelestarian keanekaragaman hayati baik kawasan lindung daratan maupun kawasan lindung perairan. Berdasarkan indikator-indikator tersebut, capaian target 7a di Provinsi Maluku Utara adalah sebagai berikut:

a. Penambahan Luasan Kawasan Tertutup Pepohonan

Sampai saat ini belum ada Penunjukan Kawasan Hutan Khusus Provinsi Maluku Utara, sehingga luasan kawasan hutan di Provinsi Maluku Utara masih mengacu pada Keputusan Menteri Kehutanan dan Perkebunan Nomor 415/Kpts-II/1999 tanggal 15 Juni 1999 tentang Penunjukan Kawasan Hutan dan Perairan Provinsi Maluku yang kemudian dibagi berdasarkan Kabupaten/Kota dalam wilayah Provinsi Maluku Utara, yang antara lain dibagi dalam Cagar Alam, Hutan Lindung, Hutan Produksi Terbatas, Hutan Produksi Tetap, Hutan Konversi, dan Areal Penggunaan Lain (APL) (Tabel 5.13.).

Tabel 5.13. Luas Kawasan Hutan Provinsi Maluku Utara Berdasarkan Kepmen No. 415/Kpts/1999 Tahun 1999

N o	Kabupat-en/Kota	HPPA/ CA	HL	HPT	HP	HK	APL	Jumlah
1	Kab. Halmahera Tengah	-	26.750	65.250	23.250	80.000	15.250	210.500
2	Kab. Halmahera Timur	-	177.500	178.000	79.750	117.250	57.000	609.500
3	Kab. Halmahera Barat	-	79.500	27.250	4.250	96.250	39.250	246.500

4	Kab. Halmahera Utara	-	145.500	111.000	26.250	189.100	64.750	536.600
5	Kab. Halmahera Selatan	38.500	105.750	229.250	185.000	244.525	74.750	877.775
6	Kab. Kepulauan Sula	9.500	44.750	34.250	175.350	167.250	45.000	476.100
7	Kota Ternate	-	2.500	-	-	13.000	-	15.500
8	Kota Tidore Kepulauan	-	101.500	34.000	3.750	49.250	23.750	212.250
Jumlah		48.000	683.750	679.000	497.600	956.625	319.750	3.184.725

Keterangan:

- HPPA/CA : Hutan PPA Cagar Alam;
 HL : Hutan Lindung;
 HPT : Hutan Produksi Terbatas;
 HP : Hutan Produksi;
 HK : Hutan Konservasi;
 APL : Areal Penggunaan Lain.

Luasan tersebut belum termasuk luas kawasan perairan yang belum dilakukan pengukuran, dan sudah termasuk Taman Nasional Ake Tajawe seluas 77.100,00 hektar dan Taman Nasional Lolobata seluas 90.200 hektar sesuai keputusan Menteri Kehutanan Nomor: 397/Menhut-II/2005 tanggal 2005.

Keadaan penutupan lahan/vegetasi⁹⁴ di suatu wilayah dapat diperoleh dari hasil penafsiran citra satelit Landsat 7 TM+ secara lengkap. Pengukuran melalui citra satelit ini dilakukan oleh Pemerintah pusat (Kementerian Kehutan). Pengukuran terhadap keadaan penutupan lahan di

⁹⁴ Penutupan lahan/vegetasi adalah kondisi permukaan bumi yang menggambarkan kenampakan penutupan lahan dan vegetasi. Penafsiran untuk penutupan lahan/vegetasi ini dibagi dalam 3 klasifikasi utama yaitu Hutan, non Hutan, dan Tidak ada data, yang kemudian diklasifikasikan lagi secara lebih detail menjadi klasifikasi hutan seperti hutan lahan kering primer, hutan lahan kering sekunder, hutan rawa primer, hutan rawa sekunder, hutan mangrove primer, hutan mangrove sekunder dan hutan tanaman, klasifikasi non hutan seperti semak/belukar, belukar rawa, pertanian lahan kering campur semak, perkebunan, transmigrasi, pertambangan dan bandara serta klasifikasi tidak ada data terdiri dari tertutup awan dan tidak ada data.

Provinsi Maluku Utara berdasarkan data terakhir yaitu hasil penafsiran citra satelit Landsat 7TM+ dengan menggunakan data liputan tahun 1999-2001, total daratan yang ditafsir adalah seluas 3.164.000 hektar kondisi penutupan lahananya baik di dalam maupun di luar kawasan adalah:

- a. Hutan : 1.701.000 hektar (54%)
- b. Non Hutan : 740.000 hektar (23%)
- c. Tidak Ada Data : 723.000 hektar (23%)

Khusus di dalam kawasan hutan, kondisi penutupan lahananya seluas 2.836.000 hektar dengan rincian:

- a. Hutan : 1.607.000 hektar (57%)
- b. Non Hutan : 565.000 hektar (20%)
- c. Tidak Ada Data : 664.000 hektar (23%)

Seiring dengan perkembangan Provinsi Maluku Utara, terjadi perubahan tutupan lahan. Namun proses penelitian ini berlangsung, tidak ada data pengukuran kembali mengenai luasan penutupan lahan oleh pepohonan yang ada di Provinsi Maluku Utara. Oleh karenanya, untuk memperkirakan telah terjadi pergeseran luasan tutupan lahan oleh pepohonan dilihat dari luasan lahan kritis yang ada di Provinsi Maluku Utara. Berdasarkan data BP DAS Ake Malamo Provinsi Maluku Utara⁹⁵ telah terjadi penambahan luasan lahan kritis yang ada di Provinsi Maluku Utara. Jika pada tahun 2008 terdata luas lahan kritis yang ada di Provinsi Maluku Utara adalah 314.345 hektar. Kondisi ini meningkat menjadi 463.471 hektar pada tahun 2009. Sementara luasan lahan yang sangat kritis mengalami penurunan dari 297.551 hektar pada tahun 2008 menjadi 169.293 hektar. Menurunnya luasan lahan yang sangat kritis tersebut bukan berarti luasan lahan yang masih tertutup pepohonan di Provinsi Maluku Utara dalam kondisi yang aman, karena berdasarkan data BP DAS Ake Malamo hanya 137.700 hektar dari 3.257.862 hektar luas daratan Provinsi Maluku Utara

⁹⁵ BP DAS (Balai Pengelolaan Daerah Aliran Sungai) Ake Malamo merupakan UPT teknis dari Direktorat Jenderal Rehabilitasi Lahan dan Perhutanan Sosial Kementerian Kehutanan yang bertugas di wilayah DAS yang ada Provinsi Maluku Utara. BP DAS AKE Malamo baru dibentuk tahun 2007 dan mulai melakukan kegiatan tahun 2008. Salah satu tugasnya adalah menginventarisir lahan kritis yang ada di wilayah kerjanya dan merehabilitasinya.

yang dinyatakan tidak kritis. Untuk lebih jelasnya tentang perkembangan luasan lahan kritis yang ada di Provinsi Maluku Utara dapat dilihat pada tabel 5.14. dan tabel 5.15. berikut ini:

Tabel 5.14. Tingkat kekritisan lahan Provinsi Maluku Utara Tahun 2008⁹⁶

No	Kabupaten/ kota	Tingkat Kekritisannya Lahan Kritis (hektar)			Jumlah (hektar)
		Sangat Kritis	Kritis	Agak Kritis	
1	Kota Ternate	-	-	180	180
2	Kota Tidore	3.445	8.722	6.820	18.987
3	Halmahera Timur	139.337	67.891	23.876	231.104
4	Halmahera Barat	38.504	56.782	16.891	112.177
5	Halmahera Tengah	955	4.530	-	5.485
6	Halmahera Selatan	12.632	39.943	23.279	75.854
7	Halmahera Utara	58.552	67.397	24.856	150.805
8	Kepulauan Sula	44.126	69.080	41.884	155.090
	<i>Jumlah</i>	297.551	314.345	137.786	749.682

Sumber: BP DAS Ake Malamo, Provinsi Maluku Utara, 2009.

Tabel 5.15. Tingkat kekritisan lahan Provinsi Maluku Utara Tahun 2009⁹⁷

No	Kabupaten/ Kota	Tingkat Kekritisannya Lahan Kritis (hektar)					Jumlah (hektar)
		Agak kritis	Kritis	Potensial kritis	Sangat kritis	Tidak kritis	
1	Kota Ternate	9.347	4.053	855	2.566	-	16.821
2	Kota Tidore	65.856	17.004	81.076	7.441	-	171.377
3	Halmahera Barat	124.249	51.766	54.909	7.504	1.237	239.665
4	Halmahera Utara	306.612	100.555	157.890	17.777	4.520	587.354
5	Morotai	-	-	-	-	-	-
6	Halmahera Tengah	96.693	24.968	130.870	13.055	5.690	271.276
7	Halmahera Timur	356.169	64.893	186.795	31.823	11.823	651.242
8	Halmahera Selatan	251.683	112.356	390.922	45.470	33.721	834.152
9	Kepulauan Sula	163.535	87.876	112.937	43.918	77.709	485.975
	<i>Jumlah</i>	1.374.144	463.471	1.116.254	169.293	134.700	3.257.862

Sumber: BP DAS Ake Malamo, Provinsi Maluku Utara, 2010.

⁹⁶ Statistik Pembangunan Balai Pengelolaan Daerah Aliran Sungai (BP DAS) Ake Malamo Tahun 2008, BP DAS Ake Malamo Direktorat Jenderal Rehabilitasi Lahan dan Perhutanan Sosial Departemen Kehutanan, Ternate, Februari 2009.

⁹⁷ Statistik Pembangunan Balai Pengelolaan Daerah Aliran Sungai (BP DAS) Ake Malamo Tahun 2009, BP DAS Ake Malamo Direktorat Jenderal Rehabilitasi Lahan dan Perhutanan Sosial Departemen Kehutanan, Ternate, Februari 2010.

Dengan diketahuinya luasan lahan kritis yang ada, maka Pemerintah bekerjasama dengan Pemerintah Daerah seharusnya melakukan rehabilitasi terhadap lahan kritis yang ada. Karena BP DAS Ake Malamo yang merupakan UPT Bidang Rehabilitasi Hutan Dan Lahan dari Kementerian Kehutanan dengan wilayah kerja provinsi Maluku Utara baru terbentuk tahun 2007 dan mulai melakukan kegiatan pada tahun 2008, kegiatan rehabilitasi hutan dan lahan melalui GRNHL belum terlaksana.⁹⁸ Di sisi lain, Pemerintah Daerah lebih memilih memberikan izin pertambangan terutama bagi tambang nikel, emas, dan pasir besi yang lebih menjanjikan meningkatkan Pendapatan Asli Daerah (PAD)⁹⁹ dari pada menambah luasan daerah tertutup pepohonan dengan melakukan penanaman kembali atau penghutanan kembali lahan-lahan kritis yang ada. Sebagai akibatnya luasan lahan tertutup pepohonan di Provinsi Maluku Utara tidak bertambah, tetapi semakin berkurang.

b. Pengurangan Emisi Karbon Dioksida (CO₂)

Pengurangan emisi karbon diukur antara lain dari penurunan jumlah konsumsi energi primer per kapita, penurunan intensitas energi, penurunan elastisitas energi, adanya bauran energi terbarukan, penurunan proporsi penduduk menggunakan bahan bakar padat.

Provinsi Maluku Utara belum menempatkan isu efisiensi energi secara nyata dalam proses pembangunannya. Provinsi ini masih dalam proses pertumbuhan dan pembangunan justru membutuhkan cadangan energi yang cukup besar untuk membangun berbagai infrastruktur dan meningkatkan perekonomian. Isu strategis terkait dengan energi berdasarkan RPJMD Maluku Utara 2010-2014 antara lain Konservasi Sumber Daya Alam dan Lingkungan Hidup serta Mitigasi Bencana. Hal ini berkaitan dengan meningkatnya kebutuhan energi, dan tingginya perambahan hutan dan gangguan lingkungan.

⁹⁸ Dari rencana 25 ha lahan yang akan dilakukan rehabilitasi pada tahun 2009, realisasinya tidak ada. Sumber Statistik Pembangunan BP DAS Ake Malamo Tahun 2009.

⁹⁹ Hasil wawancara dengan Badan Lingkungan Hidup Provinsi Maluku Utara tanggal 13 April 2011

Dalam hal kelistrikan pengembangan jaringan prasarana tenaga kelistrikan nasional harus diselaraskan dengan pengembangan pusat-pusat permukiman, pusat-pusat produksi, dan pusat-pusat distribusi sesuai dengan kebutuhan dan tingkat perkembangannya. Daerah atau pulau yang tingkat perkembangannya tinggi dan merata perlu didukung oleh jaringan interkoneksi tegangan tinggi untuk kelayagunaan pengadaan energi listrik. Salah satu misi pembangunan di Provinsi Maluku Utara adalah terpenuhinya pasokan tenaga listrik yang handal dan efisien di daerah-daerah terpencil dan kepulauan dengan mengembangkan sumber-sumber energi alternatif dan atau bahan energi substitusi yang terbarukan seperti biofuel (jarak pagar), energi arus laut dan tenaga angin yang banyak tersedia dan lebih ramah lingkungan.¹⁰⁰

Selain itu dalam agenda 2010-2014 Provinsi Maluku Utara mempunyai program pengadaan infrastruktur fisik yang baik, terdiri dari transportasi, komunikasi, energi, dan pengelolaan air bersih dan air buangan di Kabupaten Halmahera Tengah, Kabupaten Halmahera Barat, Halmahera Timur, Kota Tidore, Kota Ternate.

Di Kota Ternate sendiri, pasokan energi selama ini sangat minim. Listrik yang ada bersumber dari pembangkit listrik tenaga diesel yang pasokannya belum mencukupi, ditandai dengan listrik yang mati-nyala hampir setiap hari.

Secara keseluruhan Provinsi Maluku Utara masih memiliki tingkat emisi di bawah ambang batas (perkiraan). Sumber emisi CO₂ di Provinsi Maluku Utara terutama berasal dari sektor transportasi (kendaraan bermotor), perumahan (pembakaran bahan bakar fosil di rumah tangga), industri dengan bahan bakar solar dan juga pertanian. Prakiraan emisi berdasarkan konsumsi energi untuk memasak dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 5.16. Perkiraan Konsumsi Energi Rumah Tangga (SBM)
Jenis Bahan Bakar untuk Memasak, di Provinsi Maluku Utara¹⁰¹**

Tahun	Gas/LPG	Kerosene	Kayu Bakar
2004	179	97.592	849.202
2007	829	53.688	819.508

¹⁰⁰ RPJM Maluku Utara tahun 2010-2014

¹⁰¹ Emisi Gas Rumah Kaca dalam Angka, Kementerian Negara Lingkungan Hidup Indonesia, 2009

Berdasarkan tabel 5.16., terlihat bahwa konsumsi energi untuk memasak adalah menggunakan jenis bahan bakar kayu bakar, selanjutnya disusul oleh kerosene dan terakhir baru gas/LPG.

Adapun perkiraan emisi untuk berbagai sumber emisi dapat dilihat pada tabel 5.17. berikut:

**Tabel 5.17. Perkiraan Emisi CO₂ (ribu ton)
dari Berbagai Sumber di Provinsi Maluku Utara¹⁰²**

Sumber Emisi	2003	2004	2005	2006	2007
Kendaraan bermotor	-	2	2	2	2
Pupuk Urea	0,22	0,34	-9	0,20	0,18
Sampah yang dibakar	-	4,24	4,30	4,38	4,46
Industri dengan Bahan bakar solar	31,71	56,65	-	-	-
Memasak dengan bahan bakar gas	-	179	-	-	829
Memasak dengan bahan bakar kerosene	-	97.592	-	-	53.688
Memasak dengan bahan bakar kayu bakar	-	849.202	-	-	819.508

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa emisi CO₂ terbesar dihasilkan dari kegiatan memasak di rumah tangga. Memasak dengan menggunakan kayu bakar menghasilkan emisi yang paling besar, disusul kemudian dengan kegiatan yang memasak dengan menggunakan gas, selanjutnya kerosine. Industri dengan menggunakan bahan bakar solar menempati posisi yang cukup tinggi, lebih tinggi daripada emisi yang dihasilkan kendaraan bermotor, pembakaran sampah dan pertanian. Hal ini dapat terjadi karena banyaknya industri pertambangan seperti nikel, granit, mangan, batu bara, tembaga dan bahan-bahan tambang lainnya yang tersebar di berbagai kabupaten di Provinsi Maluku Utara. Sementara itu emisi yang bersumber dari kendaraan bermotor relatif kecil karena masih sedikitnya jumlah kendaraan bermotor di Provinsi Maluku Utara.

¹⁰² *Ibid.*

Walaupun emisi CO₂ yang bersumber dari pembakaran kayu bakar di rumah tangga masih sangat dominan, namun Provinsi Maluku Utara mempunyai tutupan lahan sebagian besar berupa hutan primer (72,77% atau seluas 2,258 juta ha) dan kemudian kebun (21,20% atau 6,58 ribu ha). Hal ini mengindikasikan banyaknya cadangan karbon yang harus terus dijaga bukan hanya untuk mengurangi emisi CO₂ di Provinsi Maluku Utara sendiri, namun juga di Indonesia. Dalam hal ini Dinas Kehutanan memegang peranan penting, dan telah dilakukan beberapa program seperti penyemaian bibit, penanaman pohon, rehabilitasi hutan, dan pemeliharaan hutan produksi.

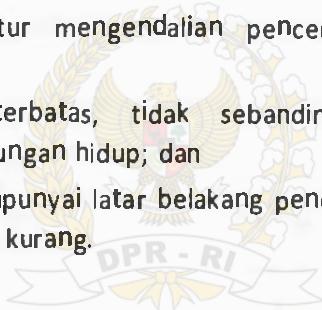
Kota Ternate, selaku kota terpadat dengan penduduk 185 ribu jiwa memiliki potensi mengemisikan CO₂ lebih besar daripada kabupaten lainnya. Sumber emisi utamanya adalah dari sektor transportasi kendaraan bermotor. Isu lingkungan yang menonjol di Kota Ternate salah satunya adalah peningkatan jumlah kendaraan yang signifikan dan tidak ramah lingkungan serta aktivitas usaha kegiatan yang menghasilkan polusi udara yang melebihi ambang baku mutu sehingga beban udara semakin berat.¹⁰³ Untuk mengatasi hal tersebut, arah kebijakan Pengelolaan Lingkungan Hidup Kota Ternate menyusun program peningkatan pengendalian polusi yang terdiri dari:

1. Pengujian emisi kendaraan bermotor;
2. Pengujian emisi/polusi udara akibat aktivitas industri;
3. Pengujian kadar polusi limbah padat dan limbah cair;
4. Pembangunan tempat pembuangan benda padat/cair yang menimbulkan polusi;
5. Penyuluhan dan pengendalian polusi dan pencemaran; dan
6. Monitoring, evaluasi dan pelaporan.

Hal yang menjadi kelemahan sekaligus tantangan khususnya dalam penanganan emisi dan umumnya dalam hal pelestarian lingkungan di Kota Ternate antara lain:

1. Kurangnya fasilitas, sarana pendukung, serta peralatan untuk mendekripsi tingkat pencemaran dan kerusakan lingkungan sehingga

¹⁰³ Renstra Badan Lingkungan Hidup Kota Ternate tahun 2011-2015.

- 
- data dan informasi tentang sumber daya alam dan kondisi lingkungan juga terbatas;
2. Kurangnya Perda yang mengatur mengendalikan pencemaran dan kerusakan lingkungan;
 3. Alokasi dana yang sangat terbatas, tidak sebanding dengan kompleksitas permasalahan lingkungan hidup; dan
 4. Sumber daya manusia yang mempunyai latar belakang pendidikan dan keahlian terkait lingkungan masih kurang.

c Pengurangan atau Penghentian Penggunaan Bahan Perusak Ozon

Isu lingkungan tentang bahan perusak ozon juga belum menjadi perhatian pemerintah Provinsi Maluku Utara. Data-data terkait bahan-bahan yang berpotensi merusak ozon juga tidak ditemukan. Begitupun dengan Kota Ternate, data terkait dengan bahan perusak ozon langsung tidak tersedia, namun beberapa isu lingkungan yang menonjol antara lain adanya aktivitas di sektor industri, pertambangan, pertanian, listrik, perdagangan dan restro serta sektor domestik (rumah tangga) yang menghasilkan limbah (padat, cair dan udara) maupun limbah berbahaya dan beracun (B3) yang belum terkelola dengan baik.

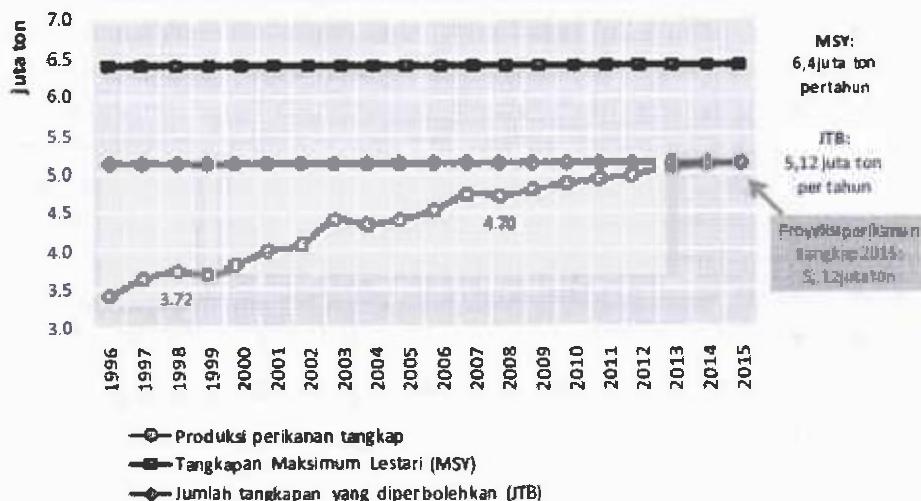
Terkait dengan hal di atas, Pemerintah Kota Ternate mempunyai kebijakan pengelolaan lingkungan hidup dengan program peningkatan kualitas dan akses informasi sumber daya alam dan lingkungan hidup sebagai berikut:

1. Peningkatan edukasi dan komunikasi masyarakat di bidang lingkungan;
2. Pengembangan data dan informasi lingkungan;
3. Penyusunan data sumber daya alam dan sumber daya hutan nasional dan daerah;
4. Penguatan jejaring informasi lingkungan pusat dan daerah;
5. Monitoring, evaluasi dan pelaporan.

d. Penangkapan Ikan Dalam Batasan Biologis yang Aman

Studi yang dilakukan berkaitan dengan proporsi tangkapan ikan yang berada dalam batasan biologis yang aman dilakukan secara spesifik, dalam artian terbatas pada spesies ikan tertentu (terutama yang memiliki nilai ekonomis tinggi) dalam batas perairan tertentu. Studi biasanya ini dilakukan oleh Balai Besar Riset Sosial Ekonomi Kelautan dan Perikanan, Kementerian Kelautan dan Perikanan. Studi ini yang akan menetukan batasan penangkapan ikan yang aman yang diberlakukan di seluruh wilayah indonesia. Untuk tangkapan ikan dalam batasan biologis yang aman, tangkapan maksimum lestari (*maximum sustainable yield/MSY*) perikanan tangkap diperkirakan mencapai kurang lebih 6,4 juta ton per tahun. Sedangkan tangkapan total yang diizinkan (*total allowable catch/TAC*) adalah 80 persen dari MSY atau 5,12 juta ton per tahun. Total produksi perikanan tangkap di Indonesia meningkat dari 3,72 juta ton atau 66,08 persen dari TAC pada tahun 1998 menjadi 4,70 juta ton atau 91,8 persen dari TAC pada tahun 2008. Produksi perikanan tangkap diproyeksikan mencapai 5,12 juta ton atau setara dengan TAC pada tahun 2015, seperti terlihat pada gambar berikut ini.

Grafik 5.7. Produksi Perikanan Tangkap di Indonesia



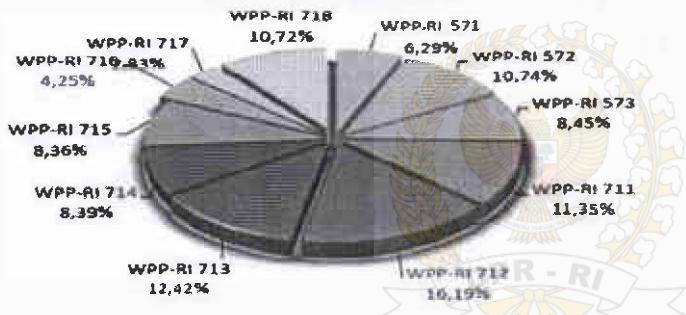
Sumber: Kementerian Kelautan dan Perikanan)

Target MDG's yang ingin dicapai pada bidang ini adalah penangkapan ikan (produksi perikanan) berada di bawah nilai TAC. Bila produksi perikanan melebihi batas TAC, maka terjadi *overfishing* atau penangkapan ikan secara berlebihan. Dan hal ini bertolak belakang dengan prinsip *sustainable fisheries* atau perikanan yang berkelanjutan. Melihat kecenderungan di atas, ada kemungkinan terjadi *overfishing* pasca 2015, dimana terjadi peningkatan kecenderungan produksi perikanan setiap tahunnya.

Dalam upaya pemantauan terhadap kegiatan penangkapan ikan di perairan Indonesia, dibagi wewenang pemantauan kepada Wilayah Pengelolaan Perikanan (WPP) yang membawahi batasan tertentu, yang terdiri dari WPP-RI (Nasional) dan 11 WPP wilayah. Sebagian besar wilayah studi, yaitu Maluku Utara, termasuk ke dalam WPP-715 yang meliputi Teluk Tomini, Laut Maluku, Laut Halmahera, Laut Seram, dan Teluk Beaufort. WPP-715 mencakup perairan Provinsi Sulawesi Utara, Gorontalo, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat. Namun beberapa wilayah di provinsi Maluku Utara ada yang tergabung ke WPP lain, seperti WPP-RI 716 untuk Kabupaten Bolaang Mengondow, Kabupaten Minahasa, Kabupaten Sangihe Talaud, Kabupaten Kepulauan Talaud, Kabupaten Minahasa Selatan, Kabupaten Minahasa Utara, Kota Manado, Kota Bitung, Provinsi Sulawesi Utara, dan Kabupaten Halmahera Barat, Kabupaten Halmahera Utara, Provinsi Maluku Utara. Selain itu perairan Kabupaten Halmahera Utara, Kabupaten Halmahera Timur, Provinsi Maluku Utara termasuk ke dalam WPP-RI 717 dan Kabupaten Kepulauan Sula, Provinsi Maluku Utara termasuk ke dalam WPP-714 Maluku Utara. Dapat diambil kesimpulan bahwa kedua provinsi yang dijadikan wilayah studi terpecah menjadi beberapa WPP yang menyebabkan tim mengalami kendala dalam mengumpulkan data. Namun secara umum dapat dikatakan bahwa sebagian besar wilayah studi berada pada WPP 15 dan 16.

Sebagai gambaran umum, persentase produksi perikanan tangkap berdasarkan WPP pada tahun 2010 dapat dilihat pada grafik 5.8. berikut ini:

Grafik 5.8. Persentase Produksi Perikanan Tangkap per WPP Tahun 2010



Produksi perikanan yang paling tinggi dihasilkan oleh WPP 11, 12 dan 13, yang meliputi Perairan Selat Karimata, Laut Natuna, Laut Cina Selatan, Perairan Laut Jawa, Perairan Selat Makassar, Teluk Bone, Laut Flores dan Laut Bali. Selain dilengkapi dengan infrastruktur pelabuhan, seperti pelabuhan perikanan nusantara (PPN) dan pelabuhan perikanan pantai (PPP) disamping pusat pendaratan ikan (PPI), jumlah nelayan dan alat tangkap yang digunakan menyebabkan produktivitas perikanan wilayah ini relatif lebih tinggi. Namun bila melihat data yang dikeluarkan oleh Direktorat Jenderal Perikanan Tangkap KKP, perbedaan infrastruktur dan jenis alat tangkap masing-masing WPP tidaklah berbeda secara signifikan. Sehingga produktivitas perikanan lebih dipengaruhi oleh tingkat eksplorasi sumber daya. Jumlah nelayan yang relatif lebih sedikit dengan perairan yang luas menyebabkan tingkat eksplorasi perikanan menjadi rendah.

Produksi ikan WPP kawasan timur Indonesia didominasi oleh jenis ikan cakalang, layang, dan madidihang, dengan jenis kapal tangkap umumnya huhate. Dengan jumlah nelayan yang relatif rendah dibandingkan dengan WPP di kawasan barat Indonesia, maka kemungkinan untuk menghindari terjadinya *over-exploitation* atau *over-fishing* mengacu pada target pencapaian MDG's masih dapat terlaksana. Namun tidak halnya dengan beberapa kawasan perairan di Indonesia seperti perairan Selat Malaka dan Laut Jawa yang mulai menunjukkan indikasi *over-fishing*.

Berdasarkan wawancara dengan Dinas Kelautan dan Perikanan (DKP) Provinsi Maluku Utara, sektor perikanan yang berkembang saat ini adalah perikanan tangkap yang jumlahnya relatif lebih tinggi dibandingkan dengan perikanan budidaya. Permasalahan utama sektor perikanan tangkap

yang berkaitan dengan pencapaian target MDGs adalah penangkapan ikan dengan bom dan *illegal fishing* yang dilakukan oleh nelayan asing.

Aktivitas pemboman dahulu merupakan cara yang lumrah dalam menangkap ikan oleh nelayan lokal. Tindakan ini menyebabkan rusaknya ekosistem laut, terutama terumbu karang. Sosialisasi atas pelarangan penangkapan ikan dengan menggunakan bom yang dilakukan secara terus-menerus oleh DKP di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, menyebabkan penurunan jumlah kejadiannya. Termasuk pencurian terumbu karang yang biasa dimanfaatkan sebagai batu pondasi bangunan pun telah berkurang jumlahnya. Pendekatan yang bersifat kultural kepada kelompok-kelompok nelayan dinilai sebagai langkah yang efektif dalam menekan jumlah perusakan terumbu karang, selain penegakan aturan secara tegas terhadap pelanggaran yang terjadi.

Secara khusus melalui SK. Bupati Pulau Morotai Nomor 660.1/49/PM/2010 tentang Pelarangan Pengambilan Karang Laut dan Terumbu Karang di Wilayah Kabupaten Pulau Morotai ditegaskan secara legal formal atas larangan mengambil terumbu karang di perairan laut morotai yang sertai dengan tindakan pemberian sanksi atas perbuatan tersebut. Namun diakui oleh Badan Lingkungan Hidup Kabupaten Pulau Morotai, bahwa pendekatan persuasif dan kultural lebih diutamakan ketimbang menindak atau memberikan sanksi kepada masyarakat nelayan yang sebelumnya telah terbiasa mengambil terumbu karang untuk berbagai kepentingan.

Nelayan asing yang melakukan penangkapan ikan di dalam batas wilayah NKRI secara ilegal (*illegal fishing*) terutama dilakukan oleh nelayan Taiwan dan Philipina. Nelayan asing dilengkapi dengan kapal dan alat tangkap yang relatif lebih modern serta dilengkapi dengan persenjataan (senjata api) yang sering membuat patroli perairan yang melakukan pemantauan wilayah perabatasan laut kewalahan menindak pelanggaran yang dilakukan. Bahkan, petugas memilih untuk tidak mendekati kapal-kapal asing tersebut karena persenjataan dan kapal yang dimiliki tidak memadai.

Pola yang dikembangkan oleh DKP Provinsi Maluku Utara dalam mengantisipasi *illegal fishing* oleh nelayan asing antara lain adalah:

1. Melakukan penangkapan ikan secara bersamaan.

Hal ini diyakini efektif mengingat apabila jumlah nelayan yang melaut di suatu perairan relatif ramai, nelayan asing cenderung menghindarinya.

2. Melakukan pembinaan.

Program Kementerian Kelautan dan Perikanan yang berkaitan dengan bidang perikanan laut yang dikemukakan oleh Direktorat Jenderal Kelautan Pesisir dan Pulau-Pulau Kecil untuk Provinsi Maluku Utara:

- a. *Morotai Indonesia Mega Minapolis*
- b. *Kau Bay Aquaculture Centre*
- c. *Ternate-Sofifi Waterfront City*
- d. *East Halmahera Whale Attraction Tourism Zone*
- e. *Weda Skipjack Culture Development Center*
- f. *Bacan Islands Marine Ecotourism Development*
- g. *Obi Island Traditional Minapolitan Villages*
- h. *Samuaya Waterfront City*
- i. *Ambon Waterfront City*
- j. *Buru Islands Marine Culture Centre*
- k. *Bula Waterfront City*
- l. *Tuai Integrated Fishing Technology Development*
- m. *Dobo Waterfront City*
- n. *Saumlaki Waterfront City*
- o. *Babar-Leti Islands Integrated Minapolitan Area*
- p. *Huaki Waterfront City.*

e. Penambahan Luasan Kawasan Lindung untuk Kelestarian Keanekaragaman Hayati Baik di Kawasan Daratan Maupun Perairan

Salah satu perhatian utama bagi pelestarian keanekaragaman hayati di Indonesia adalah bagaimana meningkatkan pengelolaan kawasan lindung dengan melibatkan masyarakat setempat dalam perencanaan dan pengelolaan kawasan tersebut. Taman nasional sering kali memiliki akses sumber daya yang lebih besar dibanding kawasan lindung lainnya, tetapi umumnya upaya pemberdayaan dan sosialisasi yang dilakukan kepada masyarakat kurang memadai. Terdapat kebutuhan untuk memprioritaskan

adaptasi zonasi taman dan peraturan perlindungan untuk mengakomodasi kebutuhan hidup masyarakat lokal.

Maluku Utara merupakan wilayah yang kaya akan berbagai bahan mineral, antara lain emas, perak, dan nikel. Produksi bijih nikel pada tahun 2009 sebesar 1.222.282 wmt, emas sebesar 9.575 kg, dan perak sebesar 12.990 kg. Menjanjikannya sektor pertambangan, memungkinkan terjadi alih fungsi hutan, terutama hutan lindung. Dalam hal ini kawasan konservasi darat merupakan wewenang pusat, sehingga konversinya pun diatur melalui undang-undang yang kurang memungkinkan pemerintah daerah untuk melakukan alih fungsi. Namun melalui wawancara dengan Dinas Kehutanan Provinsi Maluku Utara, potensi penyalahgunaan hutan konservasi acap kali terjadi, dalam bentuk *illegal logging* maupun *illegal mining*.

Berdasarkan data Provinsi Maluku Utara Dalam Angka, diketahui luasan hutan berdasarkan fungsinya adalah 15,55% sebagai hutan konservasi, 38,28% sebagai hutan lindung dan 46,17% sebagai hutan produksi. Penambahan luasan kawasan lindung tidak terjadi dalam rangka pencapaian MDGs, namun upaya untuk melindungi kawasan konservasi yang ada telah nampak dilakukan. Sama halnya dengan upaya mencegah terjadinya *illegal fishing* di perairan laut Provinsi Maluku Utara, upaya transplantasi terumbu karang telah mulai programkan oleh Dinas Perikanan dan Badan Lingkungan Hidup Provinsi Maluku Utara. Namun keterbatasan anggaran untuk program konservasi menjadikan program-program sejenis kurang menjadi prioritas daerah, bahkan indikasi eksplorasi SDA baik di darat maupun laut dalam upaya meningkatkan PAD lebih terbuka lebar.

C.1.2. Pencapaian Target 7B: Mengurangi Laju Kehilangan Keanekaragaman Hayati

Dalam rangka mempertahankan ekosistem dan keanekaragaman hayati di Provinsi Maluku Utara, sampai dengan tahun 2004 Pemerintah Pusat (Kementerian Kehutanan) telah menetapkan kawasan konservasi daratan yaitu 1 unit Taman Nasional yaitu Taman Nasional Halmahera (Lolobata-Aketajawe) yang terletak pada wilayah Kabupaten Halmahera Timur, Halmahera Tengah dan Kota Tidore Kepulauan, serta 5 lokasi Cagar

Alam yaitu Pulau Sehu, Pulau Taliabu, Pulau Bacan, Pulau Obi, dan Pulau Lifamatola.

Untuk menjaga agar tidak terjadi kerusakan ekosistem yang ada dan melindungi keanekaragaman hayati yang ada di dalamnya, melalui anggaran APBD dan APBN telah dilakukan pembinaan Kelompok Tani Rotan melalui kegiatan Peningkatan Usaha Masyarakat Sekitar Hutan Produksi (PUMSHP). Dinas Kehutanan Provinsi Maluku Utara mendapat kegiatan PUMSHP dan sudah dimulai dari tahun 2003 hingga sekarang. Hal ini dilakukan mengingat pada blok Aketajawe, masyarakat sekitar hutan banyak yang melakukan pengambilan bahan bangunan pasir dan batu dari dalam kawasan. Sementara di blok Lolobata masyarakatnya banyak yang melakukan penambangan emas liar di dalam kawasan. Untuk mengatasi hal tersebut, Balai Taman Nasional Aketajawe Lolobata bekerjasama dengan Dinas Kehutanan setempat melakukan pembinaan kepada masayarakat.¹⁰⁴ Selain itu, dalam rangka melindungi keanekaragaman hayati yang ada, Balai Taman Nasional Aketajawe Lolobata melakukan inventarisasi terhadap ekosistem esensial dan melakukan valuasi ekonomi terhadap sumber daya alam yang ada di kawasan tersebut.

Berdasarkan inventarisasi Balai Taman Nasional Aketajawe Lolobata, di provinsi Maluku Utara ditemukan (1) 58 jenis pohon dan tingkat permudaannya, (2) 41 jenis tumbuhan bawah, (3) 63 jenis tumbuhan obat, (4) 104 jenis burung, 4 jenis endemic Halmahera, 22 jenis dilindungi PP No. 7 Tahun 1999 dan 5 jenis terancam (IUCN), (4) 12 jenis mamalia, (5) 20 jenis reptilian, dan (6) 7 jenis amphibi.¹⁰⁵

Agar keanekaragaman hayati di kawasan tersebut terlindungi, pihak Balai Taman Wisata juga melakukan pengembangan jasa lingkungan dan wisata alam. Untuk menunjang pengembangan jasa lingkungan dan wisata alam, dilakukan pembentukan kader konservasi di kalangan masyarakat di sekitar kawasan taman nasional tersebut.

¹⁰⁴ Buku Statistik 2009 Balai Taman Nasional Aketajawe Lolobata, Departemen Kehutanan Dirjen Perlindungan Hutan dan Konservasi Alam Balai Taman Nasional Aketajawe Lolobata, Ternate, 2009, h. 26.

¹⁰⁵ Sumber : Balai Taman Nasional Aketajawe Lolobata dan Burung Indonesia Program Halmahera, dalam Buku Statistik 2009 Balai Taman Nasional Aketajawe Lolobata, Balai TN Aketajawe Lolobata Dirjen Perlindungan Hutan dan Konservasi Alam, Departemen Kehutanan, Ternate, 2009.

Dalam rangka pengelolaan keanekaragaman Selama ini Untuk melindungi keanekaragaman hayati yang ada, pihak Balai Taman Nasional Akajawe Lolobata bekerjasama dengan Dinas Kehutanan dan Kepolisian setempat melakukan patroli gabungan dan penyelesaian kasus hukum kehutanan.

Namun kawasan konservasi di Provinsi Maluku Utara ini tidak juga lepas dari permasalahan *illegal logging*, kebakaran hutan, maupun perambahan hutan yang sampai saat ini masih juga berlangsung. Kondisi ini tentunya mengancam bagi kelestarian ekosistem dan keanekaragaman hayati yang ada dalam ekosistem tersebut.

C.1.3. Pencapaian Target 7C: Peningkatan Akses Penduduk Terhadap Air Minum yang Layak dan Sanitasi yang Layak

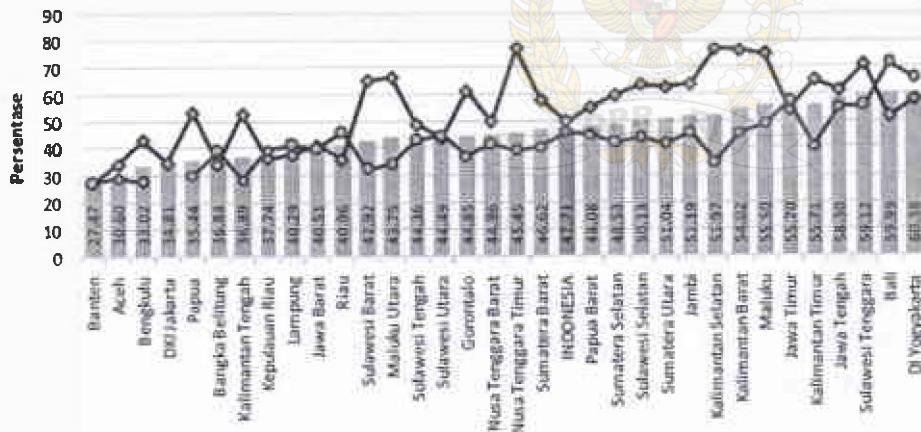
- Peningkatan Akses Penduduk terhadap Air Minum yang Aman dan Layak**

Kegiatan pengembangan Sistem Penyediaan Air Minum (SPAM) di Indonesia dikelompokkan berdasarkan metode pelayanan air minum, yaitu melalui jaringan perpipaan dan melalui bukan jaringan perpipaan. Pelayanan air minum melalui jaringan perpipaan adalah adalah suatu sistem penyediaan air minum yang sistem distribusinya melalui perpipaan dan unit pelayanannya menggunakan sambungan rumah/sambungan pekarangan dan hidran umum. Sedangkan pelayanan air minum melalui bukan jaringan perpipaan adalah suatu sistem penyediaan air minum yang sistem distribusinya tidak melalui jaringan perpipaan dan unit pelayanannya menggunakan hidran umum, terminal air, dan tangki air. Kedua sistem tersebut merupakan sistem yang dikembangkan untuk mencapai ketercukupan kebutuhan air minum di Indonesia dalam upaya mencapai salah satu target MGD's. Namun pengembangan SPAM lebih diarahkan bagi pelayanan melalui jaringan perpipaan, khususnya di wilayah-wilayah baru yang belum ada SPAM.

Data Susenas menunjukkan, akses air minum layak meningkat dari 37,73 persen pada tahun 1993 menjadi 47,71 persen pada tahun 2009. Sementara target pencapaian yang harus dipenuhi pada 2015 mendatang adalah sebesar 68,87 persen, meningkat dari sebelumnya yang hanya menargetkan 60,87 persen. Di samping kemajuan yang telah dicapai, masih

terdapat kesenjangan yang cukup lebar dalam hal akses terhadap air minum yang layak. Seperti yang ditunjukkan pada grafik 5.9. berikut ini:

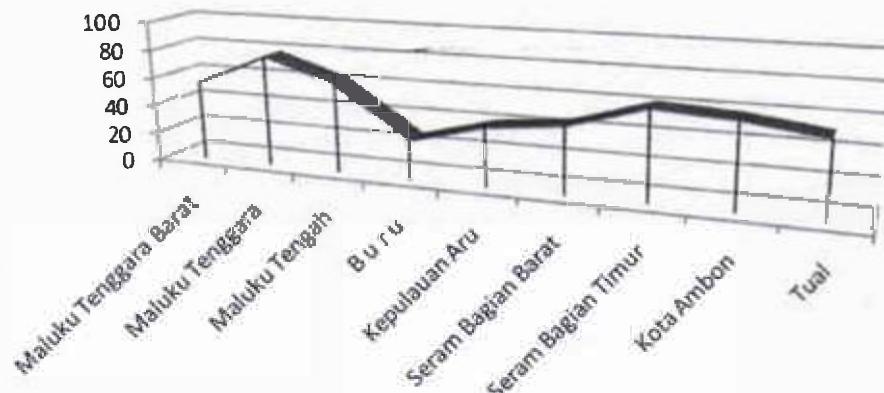
Grafik 5.9. Proporsi Rumah Tangga Yang Memiliki Akses Terhadap Sumber Air Minum Layak Di Perkotaan, Perdesaan Dan Total, Menurut Provinsi, Tahun 2009



Sumber: BPS, Susenas 2009

Provinsi Maluku Utara termasuk provinsi yang hingga saat ini berada di bawah rata-rata pencapaian tingkat nasional (47,71%), yaitu sebesar dan 43,75%.

Grafik 5.10. Persentase Akses Air Minum Aman Provinsi Maluku Utara Per Kabupaten/Kota Per Januari 2011



Kondisi pada tahun 2009 menyatakan cakupan unit pelayanan untuk Provinsi Maluku Utara tidak mentargetkan peningkatan cakupan unit pelayanan, yaitu sebesar 6 kota dan 17 unit IKK. Peningkatan persen layanan yang menjadi target Provinsi Maluku Utara merupakan program yang tanpa target MDG's pun tetap merupakan prioritas daerah untuk memenuhi kebutuhan dasar masyarakat terhadap air bersih atau air minum.

Rencana pengembangan yang dilakukan oleh PDAM Maluku Utara pada 2015 dengan kondisi eksisting tahun 2009 adalah peningkatan kapasitas terpasang 662 liter/detik menjadi 847 liter/detik, peningkatan kapasitas produksi 536 liter/detik menjadi 764 liter/detik, penurunan kapasitas kehilangan air 39,02 liter/detik menjadi 39,93 liter/detik, peningkatan jumlah sambungan rumah (SR) SR menjadi 60.138 SR, dan peningkatan persen layanan 49,98% menjadi 77,81%. Dari rencana pengembangan yang ada dapat dilihat bahwa prioritas pengembangan ditujukan kepada peningkatan jumlah SR yang mencapai lebih dari 50% dari jumlah saat ini. Sementara itu, peningkatan unit pelayanan dan penurunan jumlah kehilangan air masih belum dilakukan secara signifikan, sama halnya dengan Provinsi Sulawesi Utara. Ini dapat dipahami karena persen kehilangan air relatif rendah, sebesar 5,9% saja, jauh di bawah standar yang terdapat pada Panduan Penyusunan Program dan Rencana Tindak Percepatan Pencapaian MDG's Bidang Air Minum Kementerian Pekerjaan Umum, yaitu maksimal 20%. Pencapaian target MGD's dilakukan melalui peningkatan kapasitas produksi dan kapasitas terpasang. Kedua hal tersebut dapat dilakukan melalui penambahan kapasitas IPA dan jaringan distribusi dan SR.

Salah satu program daerah yang dilaksanakan di Provinsi Maluku Utara adalah Penyediaan Air Minum dan Sanitasi Berbasis Masyarakat (PAMSIMAS), yang dijalankan di Kabupaten Halmahera Barat dan Kota Tidore Kepulauan. Program ini meliputi 45 lokasi/desa yang dijalankan melalui 3 termin kegiatan. Pendanaan program ini sepenuhnya melalui pusat yang bersumber dari APBN dan bantuan asing. Sementara ini perhatian pemerintah daerah masih sangat rendah yang dapat dilihat dengan tidak terdapatnya bantuan melalui sumber dana APBD untuk program ini.

Dalam upaya mencapai target tersebut, dukungan dana yang besar sangat dibutuhkan. Pemerintah pusat melalui Kementerian Pekerjaan Umum mengalokasikan dana yang terlingkupi dalam Renstra PU melalui upaya meningkatkan akses AM bagi 16.942.200 jiwa (6,84%). Selain itu terdapat potensi sumber dana lain yang berasal dari kontribusi PDAM/ KPS/ Pinjaman Perbankan/APBD.

Melalui Inpres No. 3 Tahun 2010 Tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan, percepatan pencapaian target MDG's menjadi salah satu prioritas yang mesti dicapai, baik itu pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Namun, wacana mengenai percepatan pencapaian target MDG's pada tujuan penurunan sebesar separuh proporsi jumlah penduduk tanpa akses terhadap sumber air minum terkesan hanya terinformasikan pada tingkat pemerintah pusat saja. Melalui wawancara instansional dengan dinas teknis di daerah diketahui bahwa informasi tentang MDG's dan target yang mesti dicapai masih sangat minim. Bisa dikatakan bahwa sebagian besar dinas teknis kurang memahami hal tersebut.

Hal ini tergambar pada proses penyusunan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) yang kurang mempertimbangkan alokasi dana yang diperlukan dalam mencapai target MDG's bidang air minum. Sementara jatuh tempo pencapaian, yaitu tahun 2015, semakin di depan mata. Kemampuan keuangan pemerintah pusat melalui APBN tentunya terbatas dan pembagian kewenangan pusat dan daerah melalui otonomi daerah harusnya menyadarkan kita betapa pentingnya menggerakkan pemerintah daerah sebagai ujung tombak pencapaian target MDG's. Institusi daerah yang perlu dilibatkan dalam hal ini adalah Dinas Pekerjaan Umum, Perusahaan Daerah Air Minum, dan Dinas Lingkungan Hidup.

- **Peningkatan Akses Penduduk terhadap Sanitasi Dasar yang Layak**

Upaya untuk mengakselerasi pencapaian target air minum dan sanitasi yang layak terus dilakukan melalui investasi penyediaan air minum dan sanitasi, terutama untuk melayani jumlah penduduk perkotaan yang terus meningkat. Untuk daerah perdesaan, penyediaan air minum dan sanitasi dilakukan melalui upaya pemberdayaan masyarakat agar memiliki tanggung jawab dalam pengelolaan infrastruktur dan pembangunan sarana.

Proporsi Rumah Tangga dengan sanitasi layak saat ini di Provinsi Makuu Utara hanya menjangkau 56.4% rumah tangga, yang berarti masih jauh di bawah rata-rata nasional yang sebesar 73.9%. Provinsi Maluku Utara adalah daerah yang capaian terkait sanitasi layak 3 terendah di Indonesia.

Pemanfaatan dan penggunaan Sanitasi di Provinsi Maiuku Utara adalah sebagai berikut:

Tabel 5.18. Pemanfaatan Sanitasi di Provinsi Maiuku Utara tahun 2008¹⁰⁶

		2008	2009
	KK	4.026	5.267
	Jiwa	16.505	22.787
Pemanfaatan Sarana Air Minum	KK	9.942	5.190
	Jiwa	45.612	25.580
Pemanfaatan Sanitasi	Jamban	KK	-
	Keluarga	Jiwa	-
	Jamban	KK	162
	Komunal	Jiwa	707
	Akses jamban total	Jiwa	707
Jumlah KK ODF	Jumlah BABS/OD		1.788
	Jumlah ODF		2.400
	% KK ODF		59,61% 33.11%
CTPS	Awal (KK)		1.213
	Akhir (Jiwa)		1.496
	Akhir (KK)		341.6
	%CTPS		38,61% 28,78%
Sekolah PHBS	Sekolah SD/MI		23
	SD/MI PHBS		20
	%Jumlah SD/MI PHBS		86,96
			75%

Tabel 5.18. di atas merupakan data dari KPI Pamsimas 2010 yang diambil di dua Kabupaten yaitu Kabupaten Halmahera Barat dan Kabupaten Tidore Kepulauan. Berdasarkan tabel 1 di atas, terlihat bahwa pemanfaatan sanitasi yang berupa jamban komunal adalah sejumlah 162 KK (707 jiwa),

¹⁰⁶ KPI Pamsimas, 2010.

sedangkan jumlah KK dan jiwa yang memanfaatkan jamban keluarga tidak terdata. Begitu pun tahun 2009 tidak terdata. ODF (buang air besar sembarang) pada tahun 2008 terdata masih cukup tinggi yaitu sebesar 59,61%. Namun pada tahun 2009 persentasinya menurun menjadai 33,11%. Aktivitas CTPS (Cuci Tangan Pakai Sabun) pada tahun 2008 dari dua kabupaten yang di survey adalah sebesar 38,61% sedangkan pada tahun 2009 menurun menjadi 28,78%. Sekolah yang termasuk PHBS (Pola Hidup Bersih Sehat) pada tahun 2008 dari 23 sekolah yang disurvei, sebanyak 20 sekolah (86,96%) telah termasuk PHBS, sedangkan pada tahun 2009 dari 4 sekolah yang disurvei, 3 sekolah (75%) termasuk sekolah PHBS.

Tabel 5.19. Kondisi Eksisting Tingkat Pelayanan Air Limbah Tahun 2010¹⁰⁷

No.	KAB/KOTA	JUMLAH PENDUDUK 2010 (JIWA)			CAPAIAN AKSES SANITASIYANG LAYAK TAHUN 2010 (JIWA)		
		PERKO-TAAN	PERDE-SAAN	TOTAL	PERKO-TAAN	PERDE-SAAN	TOTAL
1	2	4	5	6=4+5	7	8	9=7+8
01	Kota Ternate	119,011	51,005	170,016	89,258	25,503	114,761
02	Kota Tidore	49,153	32,768	81,921	36,865	16,384	53,249
03	Kab. Halmahera Utara	81,575	54,384	135,959	61,181	27,192	88,373
04	Kab. Halmahera Selatan	112,894	75,262	188,156	84,671	37,631	122,302
05	Kab. Halmahera Barat	58,454	38,970	97,424	43,841	19,485	63,326
06	Kab. Halmahera Tengah	20,646	13,764	34,410	15,485	6,882	22,367
07	Kab. Halmahera Timur	40,179	26,786	66,965	30,134	13,393	43,527
08	Kab. Kepulauan Sula	77,923	51,948	129,871	58,442	25,974	84,416
09	Kab. Pulau Morotai	*	54,876	54,876	7,993	17,083	25,076
TOTAL PROVINSI		559,835	399,763	959,598	427,869	427,869	617,396

Ket: *) Tidak ada data

Sanitasi yang layak adalah jumlah penduduk yang telah memiliki fasilitas air limbah berupa jamban sendiri/bersama, kloset leher angsa

¹⁰⁷ Rancangan Teknis MDGs 2011 Satker PLP.

dengan Tempat Pembuangan Akhir Tinja (TPAT) berupa tangki septik. Berdasarkan Tabel 2 di atas, capaian akses sanitasi yang layak pada tahun 2010 di Provinsi Maluku Utara menjangkau 617,396 jiwa, atau mencapai 64,34% dari total penduduk. Akses di daerah pedesaan lebih kecil dari pada di perkotaan, yaitu di pedesaan adalah sebesar 47,41% sedangkan di perkotaan mencapai 76,43%. Namun apabila dipersentase per kabupaten/kota, capaian akses sanitasi untuk setiap kabupaten kota adalah sama, yaitu di perkotaan sebesar 75% dan untuk pedesaan sebesar 50%.

Adapun rencana pencapaian tingkat pelayanan air limbah sampai dengan tahun 2015 dapat dilihat pada tabel 5.20.

Tabel 5.20. Rencana Pencapaian Tingkat Pelayanan Air Limbah Tahun 2015¹⁰⁸

No	KAB/KOTA	PROYEKSI JUMLAH PENDUDUK 2015 (JIWA)			PENAMBAHAN CAKUPAN LAYANAN AKSES SANITASI YANG LAYAK TAHUN 2010-2015 (JIWA)			PROYEKSI CAKUPAN AKSES SANITASI YANG LAYAK TAHUN 2015 (JIWA)		
		PER-KOTAAN	PER-DESAAN	TOTAL	PER-KOTAAN	PER-DESAAN	TOTAL	PER-KOTAAN	PER-DESAAN	TOTAL
1	2	3	4	5 = 3 + 4	6	7	8 = 6 + 7	9	10	11 = 9 + 10
01	Kota Ternate	157,401	67,457	224,858	118,050	33,729	151,779	133,791	37,102	170,892
02	Kota Tidore	67,971	45,314	113,285	50,978	22,657	73,635	57,775	24,923	82,698
03	Kab. Halmahera Utara	136,077	90,718	226,795	102,058	45,359	147,417	115,665	49,895	165,560
04	Kab. Halmahera Selatan	137,626	91,750	229,376	103,219	45,875	149,094	116,982	50,463	167,444
05	Kab. Halmahera Barat	74,567	49,711	124,278	55,925	24,856	80,781	63,382	27,341	90,723
06	Kab. Halmahera Tengah	27,532	18,355	45,887	20,649	9,177	29,827	23,402	10,095	33,498
07	Kab. Halmahera Timur	43,799	29,200	72,999	32,850	14,600	47,449	37,229	16,060	53,289
08	Kab. Kepulauan Sula	94,954	63,302	158,256	71,215	31,651	102,866	80,711	34,816	115,527
09	Kab. P. Morotai	*)	*)	*)	*)	*)	*)	*)	*)	*)
TOTAL PROVINSI		739,926	455,808	1,195,734	554,945	227,904	782,849	628,937	250,694	879,632

*) Tidak ada data)

¹⁰⁸ Ibid

Target proyeksi cakupan akses sanitasi yang layak pada tahun 2015 adalah sebesar 73% dengan capaian di perkotaan sebesar 85% dan di pedesaan sebesar 55%. Dalam upaya mencapai target tersebut pada tahun anggaran 2012 akan direncanakan pelaksanaan fisik pembangunan IPLT (Instalasi Pengolah Lumpur Tinja) di Kota Ternate dan Tidore Kepulauan.

Berdasarkan FGD dengan berbagai instansi terkait dari pemerintah daerah Provinsi Maluku Utara dikemukakan bahwa salah berbagai permasalahan terkait sanitasi yang terjadi pada masyarakat antara lain karena kesadaran masyarakat akan pentingnya sanitasi yang masih rendah dan kebiasaan sehari-hari yang belum mengacu pada sanitasi yang layak. Selain itu karena Provinsi Maluku Utara sebagian besar merupakan daerah kepulauan, maka banyak masyarakat yang tinggal di daerah pesisir yang belum dapat mengakses sanitasi yang layak karena kurangnya fasilitas dan sarana prasarana di daerah tersebut, juga kebiasaan masyarakat pesisir yang masih belum dapat terbiasa menggunakan jamban sendiri/bersama.

Upaya untuk mengakselerasi pencapaian target air minum dan sanitasi yang layak terus dilakukan melalui investasi penyediaan air minum dan sanitasi, terutama untuk melayani jumlah penduduk perkotaan yang terus meningkat. Untuk daerah perdesaan, penyediaan air minum dan sanitasi dilakukan melalui upaya pemberdayaan masyarakat agar memiliki tanggung jawab dalam pengelolaan infrastruktur dan pembangunan sarana.

C.1.4. Pencapaian Target 7D: Peningkatan Kehidupan Masyarakat Miskin yang Berada di Permukiman-Permukiman Kumuh

Jumlah penduduk miskin di Maluku Utara pada tahun 2007 sebanyak 109.90 ribu jiwa dengan tingkat kemiskinan sebesar 11,97%. Angka tersebut dalam kurun waktu tiga tahun mengalami penurunan, yaitu ditahun 2010 dimana jumlah penduduk miskin adalah sebanyak 91.070 ribu jiwa dengan Tingkat Kemiskinan sebesar 9,42%. Namun jumlah penduduk miskin yang tinggal di permukiman kumuh tidak tersedia. Namun berdasarkan FGD dengan berbagai instansi di Pemda Provinsi Maluku Utara dan juga berdasarkan tinjauan langsung di lapangan didapatkan bahwa perumahan kumuh masih ada terutama di daerah perkotaan. Beberapa bangunan berdiri langsung di pesisir yang kadang masih tergenang air laut

dalam kondisi yang berdempetan. Lingkungan yang padat, kumuh dan fasilitas lingkungan yang buruk menjadi pemandangan sehari-hari di lokasi ini.

Sejauh ini belum ada program khusus untuk menangani daerah kumuh tersebut, namun untuk menurunkan angka kemiskinan dan kelaparan secara umum prioritas ke depan menurut wawancara dengan unsur BAPPEDA Provinsi Maluku Utara adalah dengan memperluas kesempatan kerja, meningkatkan infrastruktur pendukung, dan memperkuat sektor pertanian. Perhatian khusus perlu diberikan pada: (i) perluasan fasilitas kredit untuk usaha mikro, kecil, dan menengah (UMKM); (ii) pemberdayaan masyarakat miskin dengan meningkatkan akses dan penggunaan sumber daya untuk meningkatkan kesejahteraannya; (iii) dan peningkatan akses penduduk miskin terhadap pelayanan sosial.

C.2. Provinsi Sulawesi Utara

C.2.1. Pencapaian Target 7A: Memadukan Prinsip-Prinsip Pembangunan Berkelanjutan dengan Kebijakan dan Program Nasional serta Mengembalikan Sumber Daya Lingkungan yang Hilang

a. Penambahan Luasan Kawasan Tertutup Pepohonan

Secara umum data tutupan lahan dan peruntukannya Provinsi Sulawesi Utara untuk tahun 2010 terlihat pada tabel 5.21. Jika dibandingkan dengan tutupan lahan dan peruntukannya pada tahun-tahun sebelumnya (tabel 5.22.) terlihat adanya perubahan yang signifikan dari luasan lahan kering yang mengalami penurunan (dari 37,67 % pada tahun 2008 menjadi 21,70% pada tahun 2009). Penurunan lahan kering ini berbanding terbalik dengan pertambahan luasan perkebunan yang mengalami peningkatan pada tahun 2009 (dari 10,11 % pada tahun 2008 menjadi 20,06 % pada tahun 2009). Luasan hutan juga mengalami penyusutan, dari 36,10 % pada tahun 2008 menjadi 29,91 % pada tahun 2009.

**Tabel 5.21. Luas Wilayah Provinsi Sulawesi Utara
Menurut Penggunaan Lahan/Tutupan Lahan Tahun Data 2010**

No	Kabupaten/ Kota	Luas Lahan (Ha)						JUMLAH	
		Non Per- tanian	Sawah	Lahan Kering	Perke- bunan	Hutan	Lain- nya		
1	Kota Manado	50	34	6,355	2,080	465	6,807	15,791	
2	Kota Bitung	64	124	6,094	12,906	6,840	4,431	30,459	
3	Kota Tomohon	33	959	7,439	2,058	2,727	1,442	14,658	
4	Kota Kotamobagu	61	925	8,165	11,569	4,480	17,950	43,150	
5	Kab. Minahasa	389	6,526	40,016	30,697	8,440	16,517	102,585	
6	Kab. Minahasa Selatan	296	5,647	29,324	39,358	31,265	27,340	133,230	
7	Kab. Minahasa Utara	2,969	3,590	29,074	28,221	19,775	10,136	93,765	
8	Kab. Minahasa Tenggara	414	4,614	9,520	22,030	10,564	11,162	58,304	
9	Kab. Kepulauan Sangihe	1,167	212	17,128	34,597	2,622	6,865	62,591	
10	Kab. Kepulauan Talaud	650	1,981	37,666	40,444	26,495	17,855	125,091	
11	Kab. Kepulauan Sitaro	200	-	11,368	15,430	517	11,193	38,708	
12	Kab. Bolaang Mongondow	733	26,536	55,493	21,854	111,599	167,633	383,848	
13	Kab. Bolaang Mongondow Utara	494	7,918	30,353	21,455	71,691	37,697	169,608	
14	Kab. Bolaang Mongondow Timur	276	1,891	24,443	12,542	45,204	6,068	90,424	
15	Kab. Bolaang Mongondow Selatan	3,247	4,326	18,238	10,372	113,096	12,312	161,591	
		JUMLAH	11,043	65,283	330,676	305,613	455,780	355,408	1,523,803

Keterangan : 0 (Belum Ada Data)

Sumber: 1) BPS Prov. Sulawesi Utara.

2) Dinas Pertanian dan Peternakan Provinsi Sulawesi Utara

Tabel 5.22. Persentase Luas (Hektar) Tutupan Lahan di Provinsi Sulawesi Utara Pada tahun 2008 dan 2009

No	Peruntukan Lahan	2008	2009
1	Non Pertanian	36,10%	29,91 %
2	Sawah	2,94%	4,28 %
3	Lahan Kering	37,67 %	21,70 %
4	Perkebunan	10,11 %	20,06 %
5	Hutan	36,10 %	29,91 %
6	Lainnya	6,98%	23,32 %

Sumber: Status Lingkungan Hidup Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2009 dan 2010.

Perubahan penggunaan lahan ini ada yang dilakukan oleh masyarakat dan ada yang dilakukan oleh investor di bidang pertanian atau perkebunan. Perubahan yang dilakukan oleh masyarakat biasanya dilakukan dalam skala kecil, dan umumnya hanya berupa perubahan jenis tanaman komoditas tertentu yang diganti dengan komoditas lain sesuai kondisi alamiah dan atau kebutuhan pemilik lahan. Misalnya, apabila harga pasar dari komoditas tertentu turun drastis, menyebabkan masyarakat mengganti tanaman mereka dengan tanaman lain yang mempunyai harga jual menguntungkan.

Luas penutupan lahan Sulawesi Utara dari tahun ke tahun mengalami penurunan. Pada tahun 2007 luas penutupan lahan Sulawesi Utara adalah 1.526.651 hektar. Tahun 2008 luas penutupan lahan turun menjadi 1.524.761,59 hektar dan tahun 2009 menjadi tinggal 1.523.803 hektar.¹⁰⁹ Penyusutan luasan lahan tersebut terjadi oleh beberapa faktor. Pertama, karena adanya pemekaran 2 kabupaten baru di wilayah Kabupaten Bolaang Mongondow. Kedua, karena ada dinamika perubahan iklim yang turut memberi andil penyusutan sebagian wilayah pesisir dan pulau-pulau kecil di Provinsi Sulawesi Utara. Dinas Kehutanan dan Perikanan Provinsi Sulawesi Utara mencatat hingga tahun 2009 kurang lebih 27 pulau yang tersebar di sekitar Kabupaten Bolaang Mongondow Selatan telah hilang/ tenggelam.

¹⁰⁹ Data diambil dari Status Lingkungan Hidup Provinsi Sulawesi Utara Tahun dari tahun 2008 - 2010.

Penyusutan luas tutupan lahan paling menonjol adalah hutan. Pada tahun 2007 luas hutan di Provinsi Sulawesi Utara adalah 788.693 hektar. Luasan ini menurun menjadi tinggal 550.480,75 hektar pada tahun 2008 dan 455.780 hektar pada tahun 2009.¹¹⁰ Berkurangnya luas hutan disebabkan oleh tekanan penduduk terhadap lahan dan karena pengelolaan hutan yang tidak terkontrol oleh Pemerintah. Berkurangnya luasan hutan oleh masyarakat seperti perambahan hutan oleh masyarakat untuk dijadikan pertanian lahan kering, mengambil kayunya untuk dijual, atau merubah lahan hutan untuk menjadi pertanian lahan basah seperti sawah. Terlihat dari data luasan sawah yang terus meluas setiap tahunnya. Pada tahun 2007 luas lahan sawah adalah 42.520,89 hektar. Tahun 2008 menjadi 44.862,15 hektar dan tahun 2009 menjadi 65.285 hektar.¹¹¹ Sedangkan berkurangnya luasan hutan oleh pengelolaan hutan yang tidak terkontrol oleh Pemerintah seperti perluasan lahan perkebunan, pertanian, serta permukiman yang dikeluarkan oleh Pemerintah. Telah terjadi pengurangan Hutan Primer dari 119.344,94 hektar pada tahun 2008 menjadi 114.748,16 hektar pada tahun 2009 (berkurang 0,58%), hutan sekunder (hutan bekas tebangan) dari 372.387,93 hektar pada tahun 2008 menjadi 364.064,60 hektar pada tahun 2009 (berkurang 1,06%).¹¹² Sebagai akibatnya luasan kawasan non hutan pun meningkat dari 296.832,58 hektar di daratan dan 69.680 hektar di perairan (pesisir laut) pada tahun 2008 menjadi 314.683,05 hektar di daratan dan 69.680 hektar di perairan pada tahun 2009. Atau terjadi peningkatan areal tidak berhutan sebesar 1,64% dari yang semula 37,64 % pada tahun 2008 menjadi 39,27% pada tahun 2009.¹¹³

Gambaran lain untuk melihat apakah terjadi peningkatan luasan lahan tertutup pepohonan dapat dilihat dari luasan lahan kritis yang ada di suatu wilayah. Lahan kritis ditandai dengan lahan yang permukaannya gundul, berkesan gersang dan bahkan muncul batu-batuhan di permukaan tanah. Selain itu, pada umumnya lahan kritis ditandai dengan vegetasi alang-alang yang mendominasinya. Semakin luas lahan kritis yang ada di suatu wilayah, semakin menurun luasan lahan yang tertutup oleh pepohonan.

¹¹⁰ Ibid.

¹¹¹ Ibid.

¹¹² Neraca Sumberdaya Hutan Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2009.

¹¹³ Ibid.

Berdasarkan data yang ada di Dinas Kehutanan Provinsi Sulawesi Utara, luasan lahan kritis terus bertambah setiap tahunnya. Pada tahun 2007 luas lahan kritis 900.056 hektar, meningkat menjadi 1.583.782 hektar pada tahun 2008 dan 1.617.643 hektar pada tahun 2009.¹¹⁴ Peningkatan luasan lahan kritis terjadi sangat tajam pada tahun 2007 – 2008 sebagai akibat dari tekanan pertambahan penduduk, perluasan areal yang tidak sesuai, perladangan berpindah, padang penggembalaan yang berlebihan, pengelolaan hutan yang tidak lestari, dan pembakaran hutan yang tidak terkendali. Pemerintah daerah telah berusaha menekan pertambahan luasan lahan kritis melalui program GRNHL yang sudah dilakukan sejak tahun 2003. Baru sekitar tahun 2009 menampakkan hasilnya, terlihat dari tidak terlalu tajamnya penambahan luasan lahan kritis yang ada jika dibandingkan pada tahun-tahun sebelumnya. Namun apabila tidak ada usaha yang nyata untuk melakukan rehabilitasi lahan, maka angka tersebut dikhawatirkan akan terus meningkat seiring dengan meningkatnya tekanan penduduk.

b. Pengurangan emisi karbon dioksida (CO₂)

Pengurangan emisi karbon diukur antara lain dari penurunan jumlah konsumsi energi primer per kapita, penurunan intensitas energi, penurunan elastisitas energi, adanya bauran energi terbarukan, serta penurunan proporsi penduduk menggunakan bahan bakar padat.

Perkiraan konsumsi energi rumah tangga untuk keperluan memasak di Provinsi Sulut dapat dilihat pada tabel 5.23. berikut:

Tabel 5.23. Perkiraan Konsumsi Energi Rumah Tangga (SBM) Jenis Bahan Bakar untuk Memasak, di Provinsi Sulawesi Utara¹¹⁵

Tahun	Gas/LPG	Kerosene	Kayu Bakar
2001	2.154	338.631	1.782.231
2004	942	303.175	1.906.190
2007	2.977	273.375	1.708.425

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ Emisi Gas Rumah Kaca dalam Angka, Kementerian Negara Lingkungan Hidup Indonesia, 2009

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa bahan bakar yang digunakan untuk proses memasak di rumah tangga sebagian besar masih menggunakan kayu bakar. Hal ini tentu menghasilkan emisi CO₂ yang lebih besar daripada jenis LPG atau kerosene.

Tabel 5.24. Perkiraan Emisi CO₂ (ribu ton)
dari Berbagai Sumber di Provinsi Sulawesi Utara¹¹⁶

Sumber Emisi	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Kendaraan bermotor	492	591	584	565	626	611	667	755
Pupuk Urea	-	-	-	4,54	3,89	3,60	3,86	4,11
Sampah yang dibakar	-	-	-	10,22	10,35	10,48	10,62	10,74
Industri dengan Bahan bakar solar	-	-	-	59,28	107,4	80,09	-	-
Industri dengan Bahan bakar minyak tanah	-	-	-	0,97	1,04	1,51	-	-
Memasak dengan bahan bakar gas	-	2,15	-	-	0,94	-	-	2,98
Memasak dengan bahan bakar kerosene	-	338,6	-	-	303,2	-	-	273,4
Memasak dengan bahan bakar kayu bakar	-	1782	-	-	1906	-	-	1708

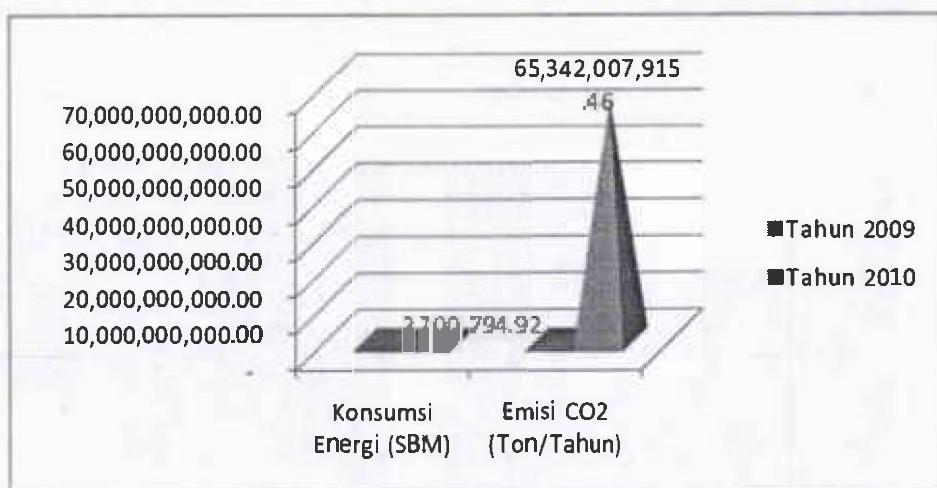
Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa perkiraan emisi sebagian besar dihasilkan dari kegiatan memasak rumah tangga yang menggunakan kayu bakar. Di urutan kedua, penghasil emisi terbesar adalah kendaraan bermotor, selanjutnya yang berasal dari rumah tangga yang memasak dengan bahan bakar kerosene dan berikutnya baru berasal dari industri dengan bahan bakar solar.

Dari hasil penghitungan emisi CO₂ yang dihasilkan oleh kegiatan industri (minyak tanah dan solar), transportasi (Premium, Pertamax, Solar berdasarkan survei perilaku penggunaan BBM bersubsidi, BPH Migas, 2008)

¹¹⁶ Ibid.

dan rumah tangga (LPG, Minyak Tanah, Briket, Biomassa) dibandingkan dengan tahun 2009 telah terjadi peningkatan. Hal ini disebabkan kenaikan jumlah penduduk dan kendaraan bermotor yang begitu pesat. Konsumsi energi dari sektor industri, transportasi dan rumah tangga pada tahun 2010 sebesar 2.700.794,92 sedangkan emisi CO₂ yang dihasilkan adalah 65.342.007,915. Perbandingannya dengan tahun 2009 dapat dilihat pada Grafik 5.11. Perbedaan jumlah tersebut dipengaruhi oleh perolehan data pada tahun 2009 dan 2010 yang berbeda dengan sumber yang berbeda.

**Grafik 5.11. Konsumsi Energi dan Emisi CO₂
Pada Tahun 2009 dan 2010 di Provinsi Sulawesi Utara**



Sumber: PT. Pertamina (Persero) Area Manado

Untuk mengurangi emisi CO₂ dari kendaraan bermotor terutama di daerah-daerah yang padat dengan lalu lintas kendaraan bermotor, di Kota Tomohon dibuat hutan kota, dan di beberapa kabupaten/kota lainnya dibuat ruang terbuka hijau.¹¹⁷

¹¹⁷ Status Lingkungan Hidup Provinsi Sulawesi Utara (SLHD) Tahun 2010.

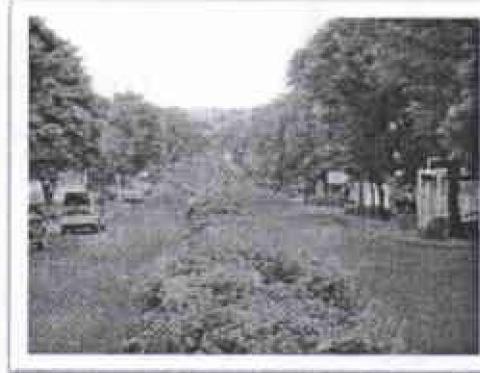
**Gambar 5.3. Ruang Terbuka Hijau
Manado**



**Gambar 5.4. Ruang Terbuka Hijau di Kota
Kabupaten Minahasa**



**Gambar 5.5. Ruang Terbuka Hijau Kota
Bitung**



Gambar 5.6. Hutan Kota Bitung



**Gambar 5.7. Ruang Terbuka Hijau
Minahasa Utara**



**Gambar 5.8. Ruang Terbuka
Kabupaten
Hijau Kota Moagu**



Selain itu, upaya-upaya penanganan kualitas udara terus dilakukan, melalui pemantauan kualitas udara di beberapa lokasi secara periodik (Badan Lingkungan Hidup Pemprov Sulut dalam FGD dengan berbagai instansi). Selain itu telah dilakukan uji emisi terhadap kendaraan di beberapa Kota Besar di Provinsi Maluku Utara.

Untuk menanggulangi besarnya emisi yang bersumber dari pembakaran kayu bakar di rumah tangga maka pemerintah provinsi sudah mengkampanyekan pergantian bahan bakar dari jenis kerosene dan kayu bakar ke jenis gas/LPG. Tahun 2011 hal itu baru dicanangkan, diharapkan pada tahun 2012 baru dapat direalisasikan terutama di beberapa kota besar di Provinsi Sulut.

Sementara terkait efisiensi energi belum menjadi program yang mendapat perhatian penting di Provinsi Sulawesi Utara. Menurut Direktur Divisi Air dan Energi ADB untuk Asia Tenggara, Anthony Jude, Investasi untuk solusi efisiensi energi belum dikembangkan di Indonesia karena rendahnya partisipasi perbankan domestik dan internasional, serta sektor industri.¹¹⁸

Meskipun demikian Pemerintah tetap menginginkan adanya efisiensi dalam penggunaan energi secara nasional, diantaranya tertuang dalam Kebijakan Energi Nasional 2003-2020, Cetak Biru Energi 2005-2025, dan UU Listrik No.33/2009. Presiden sendiri telah menginstruksikan kepada semua Menteri/Kepala LPNK, Jaksa Agung, Panglima TNI, Kapolri, Pimpinan Kesekretariatan Lembaga Negara, Gubernur, dan Bupati/Walikota, untuk melakukan langkah-langkah dan inovasi penghematan energi dan air di lingkungan instansi masing-masing dan BUMN serta BUMD. Instruksi tersebut dituangkan dalam bentuk Inpres Nomor 13 Tahun 2011 tentang Penghematan Energi dan Air.

Penerbitan Inpres 13/2011 menggantikan Inpres 2/2008 yang memuat beberapa instruksi penghematan dengan target tertentu, *Pertama*, penghematan listrik sebesar 20% dan penghematan air sebesar 10%, yang dihitung dari rata-rata penggunaan listrik dan air di lingkungan masing-masing dalam kurun waktu 6 (enam) bulan sebelum dikeluarkannya Inpres.

¹¹⁸ <http://www.alpensteel.com/article/51-113-energi-lain-lain/3996--bank-pembangunan-asia-investasi-solusi-efisiensi-energi-di-indonesia.html> diakses tanggal 10 Agustus 2011

*Kedua, penghematan pemakaian BBM Bersubsidi sebesar 10%, melalui pengaturan pembatasan penggunaan BBM Bersubsidi bagi kendaraan di lingkungan instansi masing-masing, dan di lingkungan BUMN dan BUMD, yang dilakukan sepanjang BBM Non Subsidi tersedia di wilayah masing-masing.*¹¹⁹

Apabila dilihat dari cadangan energi nasional, Provinsi Sulut mempunyai cadangan energi yang cukup besar. Beberapa proyek konkret *geothermal* dalam negeri yang sudah menghasilkan listrik di Sulut antaranya adalah proyek Pembangkit Listrik Tenaga Panas Bumi Lahendong yang turut dibiayai oleh Bank Dunia.¹²⁰ Selain itu berdasarkan Peraturan Menteri ESDM PLTP Kotamobagu 3 dan 4 serta PLTU Tahuna di Sulut termasuk daftar proyek pembangkit tenaga listrik yang menggunakan energi terbarukan. PLTP Kotamobagu mempunyai estimasi kapasitas sebesar 2 x 20 MW, sedangkan PLTU Tahuna mempunyai estimasi kapasitas sebesar 2 x 20 MW.¹²¹

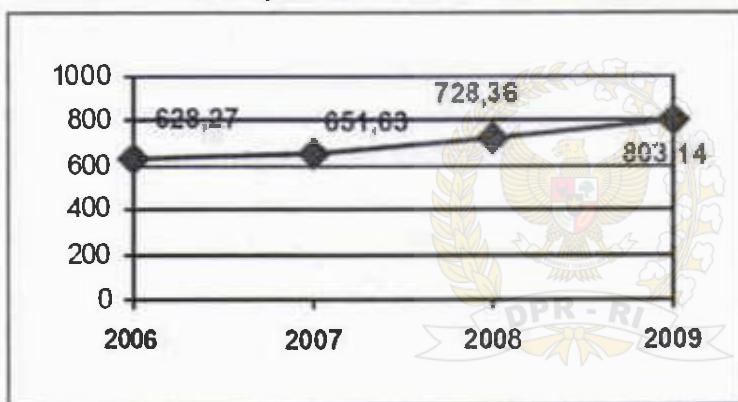
Pada umumnya pembangunan sektor pertambangan dan energi di Sulawesi Utara terus mengalami perkembangan. Hal ini ditunjukkan dengan produksi dan penjualan bahan tambang, listrik dan air bersih. Energi listrik sebagai sumber energi dan penerangan utama, bagi industri dan rumah tangga, juga terus mengalami peningkatan dari tahun ke tahun. Tahun 2006 produksi listrik di Sulawesi Utara mencapai 628,27 MWh kemudian meningkat sehingga mencapai 803,14 MWh pada tahun 2009. Seiring dengan peningkatan penjualan energi listrik maka jumlah pelanggan yang dapat dilayani juga makin bertambah, yaitu dari 366.652 (2006) menjadi 386.728 pelanggan pada akhir tahun 2009. Jumlah listrik yang terjual dan jumlah pelanggan di Sulut dari mulai tahun 2006 sampai 2009 dapat dilihat pada grafik 5.12. dan 5.13. berikut:

¹¹⁹ "Presiden Kembali Keluarkan Inpres Penghematan Energi", <http://www.cybersulut.com/1746237>, diakses tanggal 20 Agustus 2010

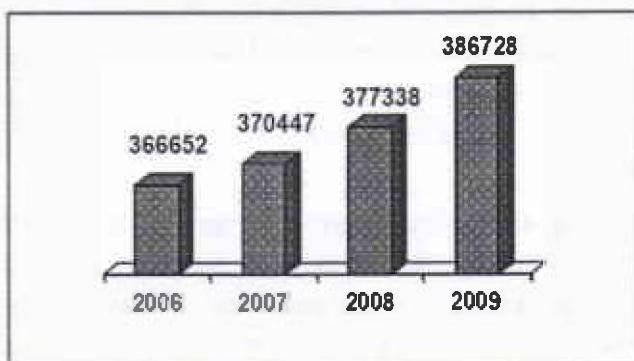
¹²⁰ <http://bataviase.co.id/node/488420>, diakses tanggal 10 Agustus 2011

¹²¹ Dewan Energi Nasional, Edisi Ke-4 tahun 2010

Grafik 5.12. Listrik Terjual di Sulawesi Utara (ribu MegaWH)¹²²



Grafik 5.13. Jumlah Pelanggan Listrik di Sulawesi Utara¹²³



Dalam rangka efisiensi energi, Pemerintah Provinsi Sulawesi Utara mencoba mengembangkan program eco-office. Namun belum memberikan hasil yang memuaskan. Meskipun secara keseluruhan dalam provinsi Sulawesi Utara, mengenai efisiensi energi belum berjalan dengan baik, namun Kota Manado sudah mulai melakukan penghematan energi. Program yang telah dilakukan antara lain dengan diberlakukannya ketentuan penggunaan transportasi tanpa bahan bakar fosil selama satu hari dalam periode 1 bulan bagi pegawai di lingkungan Pemkot Manado. Waktu dan hari penyelenggaraan kegiatan tersebut diatur dalam surat edaran Wali Kota.

¹²² Sulawesi Utara dalam Angka 2010

¹²³ ibid

Upaya-upaya lainnya yang dilakukan oleh Pemerintah Provinsi Sulawesi Utara dalam rangka pengurangan emisi CO₂ antara lain dengan mengembangkan kampung hijau yang nantinya diarahkan menjadi kampung iklim, mengembangkan pengelolaan sampah terpadu (ditandai dengan meningkatnya jumlah kota yang menerima ADIPURA dari 2 kota menjadi 4 kota), serta mengembangkan pemberdayaan masyarakat dalam pengelolaan sampah melalui sistem 3R (ditandai dengan terbentuknya kelompok masyarakat pengolah sampah).¹²⁴

Yang cukup menonjol di Provinsi Sulawesi Utara dalam hal mengurangi emisi karbon adalah apa yang telah dilakukan oleh Pemerintah Kota Manado melalui strateginya untuk mengurangi polusi udara. Strategi yang disusun oleh Pemerintah Kota Manado terkait hal di atas antara lain dengan melakukan (1) konservasi gunung Tumpa dan Gunung Manado Tua, (2) penanaman pohon dalam rangka penghijauan, (3) program langit biru (untuk mengurangi dampak emisi gas buang dari transportasi/kendaraan bermotor terhadap udara di perkotaan), (4) perbaikan sistem pengelolaan sampah di TPA.

Sedangkan kebijakannya adalah dengan (1) mewujudkan Manado Kota Bersih dan Sehat, (2) melestarikan fungsi lingkungan hidup, (3) meningkatkan pengendalian dampak, pencemaran dan perusakan lingkungan hidup, dan (4) merehabilitasi kawasan kritis dan rawan bencana.

c. Pengurangan atau penghentian penggunaan bahan perusak ozon

Data-data terkait bahan perusak ozon seperti CFC, Halon, CTC, TCA dan Metil Bromida tidak tersedia di Provinsi Sulawesi Utara. Karena tidak tersedianya data sehingga sulit untuk dilihat apakah terjadi penurunan atau penghentian dalam penggunaan bahan-bahan perusak ozon tersebut di Sulawesi Utara.

Dalam Rencana Kerja Badan Lingkungan Hidup Provinsi Sulawesi Utara tahun 2011 terkait dengan pengurangan atau penghentian penggunaan bahan perusak ozon ini, Pemerintah Provinsi Sulawesi Utara akan menyusun satu peraturan gubernur tentang kebijakan pelaksanaan

¹²⁴ Rencana Kerja Badan Lingkungan Hidup Provinsi Sulawesi Utara tahun 2012.

pengendalian dampak perubahan iklim dan perlindungan lapisan ozon dalam skala Provinsi. Peraturan gubernur ini nantinya diharapkan dapat menjadi acuan dalam rangka melindungi fungsi atmosfer dan mengendalikan dampak perubahan. Namun hingga proses penelitian berlangsung, peraturan gubernur ini belum terbentuk.

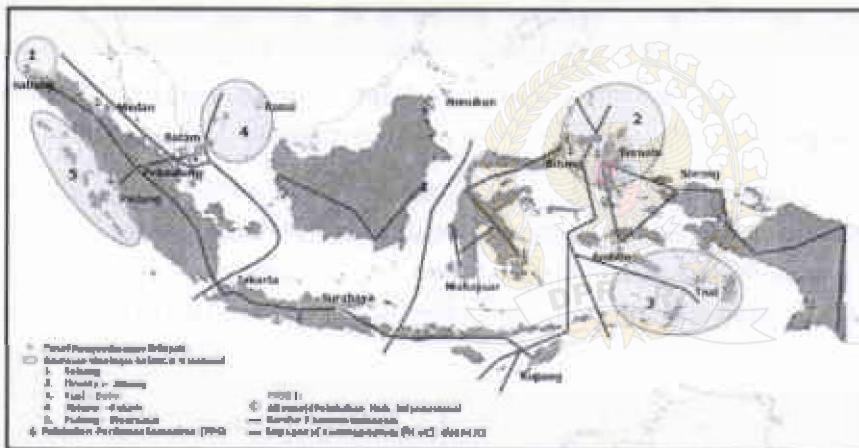
Namun Pemerintah Kota Manado sudah lebih maju selangkah dalam hal pengendalian penggunaan bahan perusak Ozon seperti CFC. Yaitu dengan melakukan pembinaan kepada bagian/usaha yang menggunakan bahan perusak ozon (BPO) dengan alternatif bahan yang ramah lingkungan.

d. Penangkapan ikan dalam batasan biologis yang aman

Dalam upaya pemantauan terhadap kegiatan penangkapan ikan di perairan Indonesia, dibagi wewenang pemantauan kepada Wilayah Pengelolaan Perikanan (WPP) yang membawahi batasan tertentu, yang terdiri dari WPP-RI (Nasional) dan 11 WPP wilayah. Perairan Provinsi Sulawesi Utara termasuk ke dalam WPP-715 mencakup perairan Provinsi Sulawesi Utara, Gorontalo, Sulawesi Tengah, Sulawesi Tenggara, Maluku, Maluku Utara, Papua Barat. Selain itu terdapat wilayah perairan yang termasuk ke dalam WPP 716 untuk Kabupaten Bolaang Mengondow, Kabupaten Minahasa, Kabupaten Sangihe Talaud, Kabupaten Kepulauan Talaud, Kabupaten Minahasa Selatan, Kabupaten Minahasa Utara, Kota Manado, Kota Bitung, Provinsi Sulawesi Utara, dan Kabupaten Halmahera Barat, Kabupaten Halmahera Utara, Provinsi Maluku Utara.

Dalam draft Kebijakan dan Strategi Spatial Pengembangan Wilayah Kelautan Nasional menyebutkan bahwa pengembangan yang dilakukan perlu membuat prioritas wilayah pengembangan bidang kelautan. Alasannya adalah tidak mungkin dengan dana APBN yang terbatas mampu mengembangkan seluruh wilayah dengan hasil yang efisien. Wilayah laut Provinsi Sulawesi Utara berada dalam satu wilayah pengembangan dengan Provinsi Maluku Utara dengan jangkar Pulau Bitung dan Pulau Morotai, seperti yang terlihat pada gambar berikut ini.

Gambar 5.9. Pengembangan Wilayah Kelautan Nasional



Sudah sangat jelas bahwa pengembangan sektor kelautan dan perikanan di kawasan timur Indonesia di masa depan salah satunya adalah Provinsi Sulawesi Utara sehingga potensi eksploitasi yang berlebihan terhadap sumber daya alam kelautan mungkin saja terjadi. Kondisi ini tentunya membutuhkan keseimbangan antara upaya eksploitasi dan konservasi.

Senada dengan kondisi yang terjadi di Provinsi Maluku Utara, pengeboman dan pencurian ikan oleh nelayan asing merupakan permasalahan utama yang terjadi. Selain upaya peningkatan pengamanan wilayah perbatasan, diperlukan pula pembinaan bidang perikanan yang selain mengandalkan perikanan tangkap juga mengedepankan perikanan budidaya. Dengan letaknya yang strategis di bibir samudera pasifik bersama dengan Provinsi Maluku Utara dan Papua Barat, pengembangan kawasan utara Indonesia memungkinkan terjadinya *over exploitation* terhadap sektor kelautan dan perikanan. Walaupun saat ini kawasan yang perlu mendapatkan perhatian terhadap aktivitas penangkapan ikan adalah kawasan barat, namun besar kemungkinan hal serupa akan terjadi di Provinsi Maluku Utara dalam beberapa tahun mendatang.

Tingkat eksploitasi ikan yang aman saat ini dipicu oleh alat tangkap yang masih relatif sederhana, serta pasar potensial yang relatif jauh. Namun seiring dengan pengembangan bidang perikanan di Provinsi Sulawesi Utara, terutama Kota Bitung yang telah ditetapkan sebagai kawasan minapolitan,

tingkat eksplorasinya pun akan semakin meningkat pesat. Kota Bitung adalah kota pelabuhan yang telah dilengkapi dengan Pelabuhan Perikanan Samudera (PPS) dan berbagai industri pengolahan ikan yang merupakan salah satu poros pengembangan bidang perikanan di kawasan timur Indonesia.



e. Penambahan luasan kawasan lindung untuk kelestarian keanekaragaman hayati baik di kawasan daratan maupun perairan

Untuk melindungi dan melestarikan keanekaragaman hayati diperlukan suatu kawasan yang ditetapkan sebagai kawasan lindung dari keanekaragaman hayati tersebut yaitu yang sering disebut sebagai kawasan konservasi. Berdasarkan rekapitulasi Balai Konservasi Sumber Daya Alam Sulawesi Utara tahun 2010, terdapat 10 kawasan konservasi di Sulawesi Utara (Tabel 5.25.). Pada tabel 5.25. tersebut terlihat bahwa penambahan kawasan konservasi di Sulawesi Utara dilakukan paling akhir adalah tahun 2003, yaitu dengan dikeluarkannya penunjukan Cagar Alam Gunung Lokon di Tomohon.

Tabel 5.25. Kawasan Konservasi Sulawesi Utara Sampai Dengan Tahun 2010

No	Nama Kawasan	Luas (Ha)	Kedudukan Kab/Kota	Surat Keputusan Penetapan/ Penunjukan	Potensi Kawasan Perlindungan
1	CA Tangkok	3.196	Bitung	GB.NO.6 Stbl 90 tgl 12 Februari 1919	Habitat flora/fauna dilindungi, tarsius
2	CA Dua Sudara	4.299	Bitung	SK.Mentan No. 700/Kpts/Um/11/1978 tgl 13 November 1978	Habitat satwa dilindungi, burung rangkong
3	SM Gunung Manembo-nembo	6.500	Minahasa Selatan	SK.Mentan No. 441/Kpts/Um/7/1978 tgl 16 Juli 1978	Habitat satwa dilindungi, burung rangkong, kera hitam Sulawesi
4	TWA Batu Putih	615	Bitung	SK.Mentan No. 1049/Kpts/Um/12/1981 tgl 24 Desember 1981	Kera hitam, rangkong, tangkasi & rekreasi
5	TWA Batu Angus	635	Bitung	SK.Mentan No. 1049/Kpts/Um/12/1981 tgl 24 Desember 1981	Rekreasi dll

6	CA Panua	45.575	Pohuwato	SK.Menhut No. 471/Kpts -II/92 tgl 22 Mei 1992	Maleo, Macaca hecky, dll
7	CA Tanjung Panjang	3.000	Pohuwato	SK.Menhut No. 573/Kpts -II/95 tgl 30 Oktober 1995	Burung Maleo, burung air, mangrove
8	CA Gunung Ambang	± 18.764*	Bolaang Mongondow, Bolaang Mongondow Timur, Minahasa Selatan	SK.Menhutbun No. 425/Kpts-II/99 tgl 17 Juni 1999#	Anoa, Dige, Ninox eos
9	SM Karakelang	24.669	Kepulauan Talaud	SK.Menhut No. 97/Kpts -II/2000 tgl 22 Desember 2000	Habitat burung dilindungi, sampiri
10	CA Gunung Lokon	720	Tomohon	SK.Menhut No. 109/Kpts -II/2003 tgl 27 Maret 2003	Habitat pandan hutan, gunung berapi aktif

Sumber: Rekapitulasi SJK-SK Penunjukan/Penetapan Kawasan Konservasi, 2010

Keterangan: * Hasil tata batas (SK Penetapan sedang diproses)

SK Kawasan Hutan dan Perairan Provinsi Sulawesi Utara dan Gorontalo

Tidak jauh berbeda dengan Maluku Utara, Sulawesi Utara juga merupakan wilayah yang kaya akan berbagai bahan mineral, antara lain emas, perak, dan nikel. Menjanjikannya sektor pertambangan, memungkinkan terjadinya alih fungsi hutan, terutama hutan lindung. Dalam hal ini kawasan konservasi merupakan wewenang pusat (Kementerian Kehutanan), sehingga konversinya pun diatur melalui undang-undang yang kurang memungkinkan pemerintah daerah untuk melakukan alih fungsi. Maka penambahan luasan kawasan lindung sangat tergantung dari penetapan oleh pemerintah pusat.

Sulawesi Utara merupakan salah satu daerah di Indonesia yang menjadi tujuan wisata, terutama wisata laut. Salah satu tujuan wisata di Provinsi ini adalah Taman Laut Bunaken yang dahulu merupakan kawasan

dengan kekayaan terumbu karang yang tinggi. Namun akhir-akhir ini, pemeliharaan terhadap potensi ini terus menurun. Ini dapat dilihat melalui rusaknya terumbu karang di kawasan wisata tersebut. Salah satu penyebabnya adalah aktivitas domestik yang padat, terutama oleh sektor pariwisata itu sendiri. Kesadaran masyarakat yang kurang serta fungsi pemeliharaan oleh pemerintah yang kurang baik menjadikan kawasan wisata ini menjadi kurang diminati lagi oleh wisatawan lokal maupun internasional. Wisatawan lebih memilih kawasan wisata laut yang lebih asri di kawasan timur Indonesia lainnya, seperti Kabupaten Raja Ampat di Provinsi Papua Barat.

C.2.2. Pencapaian Target 7b: Mengurangi Laju Kehilangan Keragaman Hayati

Di Provinsi Sulawesi Utara terdapat 68 jenis satwa yang dilindungi Undang-Undang, yaitu 14 jenis mammalia, 26 jenis aves, 6 jenis reptilian, 1 jenis pisces, 7 jenis insect, 14 jenis crustacean. Dalam rangka mengurangi laju kehilangan keragaman hayati antara lain telah dilakukan penataan batas kawasan konservasi yang ada di Sulawesi Utara (tetapi belum semua kawasan selesai dilakukan penataan batas), operasi pengamanan gabungan dan operasi khusus, operasi penanggulangan peredaran tumbuhan dan sarwa liar, dan melakukan pembinaan dan sosialisasi kepada masyarakat yang ternyata banyak ditemukan memiliki kesenangan memelihara satwa liar atau mengkonsumsi satwa liar.¹²⁵

Pengawasan keanekaragaman hayati yang ada di daerah merupakan tanggung jawab dari unit pelaksana teknis pusat yang ditempatkan di daerah, yaitu Balai Konservasi Sumber Daya Alam (BKSDA). Oleh karena itu, segala kegiatan terkait dengan pengawasan terhadap keanekaragaman hayati yang ada berada di tangan BKSDA yang ada di wilayah tersebut. Pemerintah daerah tidak terlalu terlibat dalam banyak kegiatan pengawasan terhadap keanekaragaman hayati yang ada. Karena merupakan kewenangan dari pemerintah pusat, terkesan pemerintah daerah tidak memberikan perhatian dalam hal pengawasan terhadap pengurangan laju kehilangan keanekaragaman hayati yang ada di daerah.

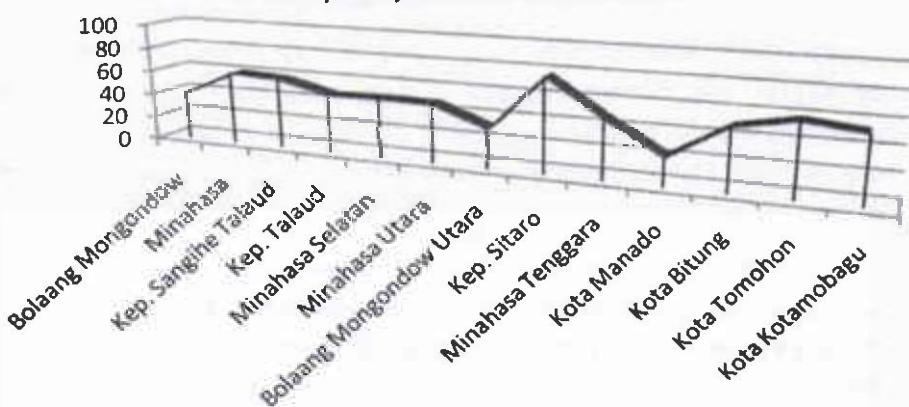
¹²⁵ Statistik Balai Konservasi Sumber Daya Alam Sulawesi Utara Tahun 2009.

C.2.3. Pencapaian Target 7c: Peningkatan Akses Penduduk Terhadap Air Minum yang Layak dan Sanitasi yang Layak

- **Peningkatan Akses Penduduk terhadap Air Minum yang Aman dan Layak**

Provinsi Sulawesi Utara merupakan provinsi yang hingga saat ini berada di bawah rata-rata pencapaian tingkat nasional (47,71%), yaitu sebesar 44,49%. Kondisi pada tahun 2009 menyatakan cakupan unit pelayanan untuk Provinsi Sulut mencapai 5 kota dan 80 unit Induk Kecamatan (IKK) dan direncanakan meningkat menjadi 6 kota dan 84 unit IKK pada 2015 mendatang. Sementara Sulawesi Utara tidak mentargetkan peningkatan cakupan unit pelayanan, yaitu sebesar 6 kota dan 17 unit IKK. Peningkatan persen layanan yang menjadi target Provinsi Sulut dan Maluku Utara merupakan program yang tanpa target MDG's pun tetap merupakan prioritas daerah untuk memenuhi kebutuhan dasar masyarakat terhadap air bersih atau air minum.

Grafik 5.14. Persentase Akses Air Minum Aman Per Kabupaten/Kota Per Januari 2011



Rencana pengembangan yang dilakukan oleh PDAM Sulawesi Utara pada 2015 dengan kondisi eksisting tahun 2009 adalah peningkatan kapasitas terpasang 2.519 liter/detik menjadi 3.089 liter/detik, peningkatan kapasitas produksi 1.851 liter/detik menjadi 2.920 liter/detik, penurunan kapasitas kehilangan air 58,76 liter/detik menjadi 55,73 liter/detik, peningkatan jumlah sambungan rumah (SR) 89.848 SR menjadi 194.159 SR, dan peningkatan persen layanan 50,34% menjadi 73,68%. Dari rencana

pengembangan yang ada dapat dilihat bahwa prioritas pengembangan ditujukan kepada peningkatan jumlah SR yang mencapai lebih dari dua kali lipat dari jumlah saat ini. Sementara itu, peningkatan unit pelayanan dan penurunan jumlah kehilangan air masih belum dilakukan secara signifikan. Ini dapat dipahami karena persen kehilangan air relatif rendah, sebesar 3,2% saja, jauh di bawah standar yang terdapat pada Panduan Penyusunan Program dan Rencana Tindak Percepatan Pencapaian MDG's Bidang Air Minum Kementerian Pekerjaan Umum, yaitu maksimal 20%. Pencapaian target MGD's dilakukan melalui peningkatan kapasitas produksi dan kapasitas terpasang. Kedua hal tersebut dapat dilakukan melalui penambahan kapasitas instalasi pengolahan air (IPA) dan jaringan distribusi dan SR.

- **Peningkatan Akses Penduduk terhadap Sanitasi Dasar yang Layak**

Proporsi rumah tangga dengan sanitasi yang layak saat ini di Provinsi Sulawesi Utara menjangkau 63,59% rumah tangga. Angka ini masih di bawah nilai rata-rata nasional yang sebesar 73,9% rumah tangga. Untuk meningkatkan akses penduduk terhadap sanitasi yang layak ini Pemerintah Provinsi Sulawesi Utara telah melaksanakan program penyehatan lingkungan berupa program sanitasi perumahan dan lingkungan. Program tersebut terdiri dari penyehatan jamban, penyehatan sarana pembuangan limbah, hygiene sanitasi tempat umum, pengawasan tempat pengolahan makanan dan minuman dan pengawasan kualitas air.

Pada tahun 2009 Provinsi Sulut telah mengajukan empat Kabupaten/Kota yaitu Kabupaten Kepulauan Sangihe, Kota Bitung, Minahasa Utara dan Kota Manado untuk dinilai di tingkat nasional dalam penilaian Kota Sehat. Hasilnya Kota Manado mendapat penghargaan sebagai Kota Sehat. Pada tahun 2010 telah dilakukan pembinaan di Kabupaten/Kota lainnya agar dapat diikutsertakan pada penilaian Kota Sehat 2011.

Program selanjutnya adalah berkaitan dengan pemantauan jamban. Pada tahun 2009 dan 2010 telah dilakukan pemantauan terhadap unit jamban seperti terlihat pada tabel berikut.

Tabel 5.26. Jumlah Jamban yang Dipantau¹²⁶

	2009 (unit)	2010 (unit)
Jamban yang dipantau	365.879	323.335
Jamban yang dimanfaatkan	272.006	219.249
% Jamban yang dimanfaatkan	74,34%	67,80%

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa terjadi penurunan pemanfaat jamban keluarga pada tahun 2010. Hal ini terjadi karena seringnya terjadi bencana alam sehingga jamban tersebut tidak dimanfaatkan lagi.

Pemeriksaan terhadap jamban tersebut baru menunjukkan kuantitasnya saja, belum menggambarkan segi kualitasnya. Jika jumlahnya besar tapi kualitasnya masih belum sesuai dengan standar kesehatan maka tetap saja memungkinkan timbulnya berbagai kasus penyakit. Sistem pembuangan kotoran/air besar manusia (jamban) sangat erat kaitannya dengan kondisi lingkungan dan resiko penularan suatu penyakit, khususnya penyakit saluran pencernaan. Klasifikasi sarana pembuangan kotoran dilakukan berdasarkan atas tingkat resiko pencemaran yang mungkin ditimbulkan.

C.2.4. Pencapaian Target 7d: Peningkatan Kehidupan Masyarakat Miskin yang Berada di Permukiman Kumuh

Menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO), salah satu kriteria rumah sehat adalah rumah tinggal yang memiliki luas lantai per orang minimal 10 m². Berdasarkan tabel 5.27., pada tahun 2009 rumahtangga di Sulawesi Utara yang memiliki luas lantai tempat tinggalnya kurang dari 10 m² per anggota rumahtangga sedikit mengalami kenaikan dibanding tahun sebelumnya, yaitu sebesar 35,94 persen. Lebih dari 90% perumahan menggunakan lantai bukan tanah dan beratap layak, sedangkan hanya sekitar 60% yang berdinding permanen.

¹²⁶ Laporan Program Penyehatan Lingkungan Provinsi Sulawesi Utara, Dinas Kesehatan, tahun 2011

Tabel 5.27. Statistik Perumahan Sulut (%)¹²⁷

Uraian	2008	2009
RT dgjn luas lantai <10m ²	33,39	35,94
RT menurut kualitas perumahan		
Lantai Bukan Tanah	90,48	91,41
Atap Layak	93,15	94,20
Dinding Permanen	63,25	64,32

Sebanyak 72,65 % rumah tangga di Provinsi Sulawesi Utara menempati rumahnya sendiri. Sisanya menempati rumah kontrak, kos, rumah dinas, rumah bebas sewa, rumah milik orangtua, dan lainnya. Di Kota Manado rumah tangga yang menempati rumahnya sendiri memiliki persentase terendah dibandingkan kab/kota lainnya, yaitu sebesar 50,81 %. Salah satu kemungkinan penyebabnya adalah karena lebih banyaknya pendatang di Kota Manado dibandingkan kab/kota lainnya. Jika dilihat per kabupaten/kota, masih ada sebanyak 52,51% rumah tangga di Kabupaten Bolaang Mongondow Utara yang tinggal di rumah yang mempunyai luas kurang dari 10 m². Hal ini lazim ditemui di Provinsi Sulawesi Utara karena hubungan kekerabatan yang masih erat, sehingga beberapa anggota rumah tangga yang sudah berkeluarga menempati rumah yang sama dengan keluarga keluarga lain yang masih memiliki ikatan persaudaraan. Sementara itu, persentase terkecil rumah tangga yang mempunyai luas lantai rumah kurang dari 10 m² adalah Kabupaten Kepulauan Siau Tagulandang Biaro (23,06%).¹²⁸

Program penyehatan lingkungan di Provinsi Sulut telah melakukan pemantau pada tahun 2009 dan 2010. Jumlah rumah yang dipantau pada tahun 2009 adalah sebanyak 274.246 unit dengan jumlah rumah yang memenuhi standar kesehatan adalah sebanyak 192.889 unit (70,33%).

¹²⁷ Statistik Kesejahteraan Rakyat Sulawesi Utara, 2009

¹²⁸ Ibid

Sedangkan pada tahun 2010 jumlah rumah yang diperiksa adalah sebanyak 285.324 unit dan yang memenuhi standar kesehatan adalah sebanyak 185.311 unit (64,95%).¹²⁹ Persentase rumah sehat untuk masing-masing kabupaten/kota di provinsi Sulut pada tahun 2010 dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 5.28. Persentase Rumah Sehat Menurut Kabupaten/Kota
Tahun 2010¹³⁰**

No	Kab/Kota	Jumlah seluruhnya	Jumlah diperiksa	%	Jumlah sehat	% sehat
1	Kab. Bolaang Mongondow	29.263	14.467	49,44	10.245	70.82
2	Kab. Bolaang Mongondow Utara	17.572	4.112	23,40	3.600	87.55
3	Kab. Bolaang Mongondow Selatan	5.127	3.643	71,06	1.625	44.61
4	Kab. Bolaang Mongondow Timur	15.321	4.045	26,40	1.232	30.46
5	Kab. Minahasa	78.985	45.769	57,95	35.400	77.34
6	Kab. Minahasa Utara	42.188	6.914	16,39	4.807	69.53
7	Kab. Minahasa Selatan	79.270	58.260	73,50	15.338	26.33
8	Kab. Minahasa Tenggara	24.243	325	1,34	227	69.85
9	Kab. Kepulauan Sangihe	17.488	14.965	85,57	10.916	72.94
10	Kab. Kepulauan Talaud	32.364	26.323	81,33	15.667	59.52
11	Kabupaten Kep. Sitaro	17.886	14.944	83,55	12.431	83.18
12	Kota Manado	19.907	2.499	12,55	2.347	93.92
13	Kota Bitung	69.618	57.747	82,95	48.632	84.22
14	Kota Tomohon	37.419	27.095	72,41	20.279	74.84
15	Kota Kotamobagu	16.922	4.216	24,91	2.565	60.84
Jumlah		503.573	285.324	56,66	185.311	64.95

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa rumah yang diperiksa baru mencapai 56,66% dari jumlah seluruhnya. Dari jumlah yang diperiksa tersebut 64,95% sudah memenuhi kriteria rumah sehat.

¹²⁹ Laporan Program Penyehatan Lingkungan Provinsi Sulawesi Utara, 2011

¹³⁰ Bapeda Provinsi Sulawesi Utara tahun 2011

Pada tingkat provinsi, dinas teknis yang terkait dengan perumahan dan permukiman yaitu Dinas Pekerjaan Umum pada tahun 2010 telah membuat program pengembangan wilayah strategis dan cepat tumbuh. Adapun sasaran dari program ini adalah agar pemukiman penduduk tertata dengan baik dan teratur.¹³¹

Kota Menado selaku ibu kota Provinsi Sulut telah menetapkan visi kotanya yaitu: Manado kota model ekowisata. Untuk mencapai visinya tersebut, keberadaan lingkungan dan sarana prasarana permukiman serta perumahan yang sehat sangatlah penting. Melalui program Bangun Praja Lingkungan dengan gerakan JUMPA BERLIANnya (Jumat Pagi Bersih Lingkungan Anda) telah membawa Kota Manado sebagai kota terbersih kategori kota dan meraih piala Adipura. Strategi yang dilakukan Pemkot Manado dalam mempertahankan dan meningkatkan kualitas lingkungan dan kawasan perumahannya antara lain:

- Pemantauan kualitas lingkungan dengan makin menggalakkan gerakan Jumpa Berlian
- Mengadakan lomba kebersihan di lingkungan kelurahan (piala berlian)
- Menyelenggarakan sekolah yang berwawasan lingkungan (Adiwinata).

¹³¹ Rencana Strategis Dinas Pekerjaan Umum Provinsi Sulawesi Utara, 2010



BAB VI

PENUTUP



A. KESIMPULAN

September tahun 2000 telah disepakati Deklarasi Milenium oleh 189 negara anggota PBB termasuk Indonesia. Deklarasi yang menegaskan kepedulian utama secara global terhadap kesejahteraan masyarakat. Dunia. Tujuan Pembangunan Milenium (*Millenium Development Goals - MDGs*) adalah untuk memenuhi hak-hak dasar kebutuhan manusia dengan menempatkan manusia sebagai fokus utama pembangunan dan mengartikulasikannya dalam satu gugus tujuan yang berkaitan satu sama lain ke agenda pembangunan dan kemitraan global. Setiap tujuan dijabarkan ke dalam satu sasaran atau lebih dengan indikator yang terukur.

Bagi Indonesia, MDGs digunakan sebagai acuan dalam perumusan kebijakan, strategi, dan program pembangunan. Mengingat pentingnya MDGs untuk pembangunan, maka Pemerintah Indonesia telah mengarusutamakan MDGs dalam pembangunan sejak tahap perencanaan dan penganggaran hingga pelaksanaannya. Upaya pencapaian MDGs telah diuangkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005 – 2025, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2005 – 2009 dan RPJMN 2010 -2014, dan Rencana Kerja Tahunan berikut dokumen anggarannya.

Namun upaya pencapaian Indonesia dalam 10 tahun terakhir secara keseluruhan untuk MDG6s dan MDG 7 belum tercapai. Berikut capaian MDG 6 dan MDG 7 secara nasional saat ini:

- a. MDG 6 terkait pengendalian dan penurunan HIV/AIDs (Target 6a dan 6b) menunjukkan adanya kegagalan pemerintah untuk menangani kasus HIV/AIDs. Terlihat dari adanya peningkatan sepanjang periode 1996 – 2006, merata hampir di seluruh wilayah Indonesia. Angka kasus HIV meningkat sebesar 17,5 persen dan diperkirakan ada sekitar 193.000

orang saat ini hidup dengan HIV. Demikian juga dengan jumlah kumulatif kasus AIDS cenderung terus mengalami peningkatan. Pada tahun 2006 tercatat 8.194 kasus dan pada tahun 2009 meningkat dua kali lipat menjadi 19.973 kasus. Epidemi AIDS umumnya terkonsentrasi pada populasi berisiko tinggi di sebagian besar wilayah Indonesia dengan prevalensi orang dewasa estimasi nasional 0,22 persen pada tahun 2008. Dua daerah yang perlu mendapat perhatian khusus adalah Papua dan Papua Barat, mengalami pergeseran *generalized epidemic* pada populasi umum usia 15-49 tahun dengan prevalensi 2,4 persen.

- b. MDG 6 terkait pengendalian dan penurunan Malaria (Target 6c) sedikit menunjukkan kemajuan. Terlihat dari adanya penurunan angka kejadian malaria selama periode tahun 2000 – 2009, meski terjadi disparitas antar provinsi. Secara nasional angka API malaria adalah 2,4, dan masih terdapat 20 provinsi dengan API di atas angka rata-rata nasional.
- c. MDG 6 terkait pengendalian dan penurunan Tuberkulosis (Target 6c) mengalami banyak kemajuan. Terlihat dari angka penemuan kasus (CDR) yang meningkat dari 54,0 persen pada tahun 2004 menjadi 73,1 persen pada tahun 2009, dan keberhasilan pengobatan (SR) pada tahun yang sama meningkat dari 89,5 persen menjadi 91 persen. Untuk MDG 6 terkait pengendalian dan penurunan Tuberculosis telah melampaui target MDGs (masing-masing 70 dan 85 persen).
- d. MDG 7 terkait pencapaian target 7a (memadukan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumber daya lingkungan yang hilang) yang indikatornya meliputi (1) peningkatan rasio luasan kawasan tertutup pepohonan terhadap luasan daratan; (2) penurunan emisi karbon dioksida; (3) penurunan jumlah konsumsi bahan perusak ozon; (4) proporsi persediaan ikan yang berada dalam batasan biologis aman; (5) peningkatan rasio luasan kawasan lindung daratan untuk menjaga kelestarian keanekaragaman hayati terhadap total luas kawasan lindung; dan (6) peningkatan rasio kawasan lindung perairan terhadap total luas perairan territorial; secara nasional belum memberikan hasil yang memuaskan. Rasio luas kawasan tertutup pepohonan yang seharusnya meningkat, berdasarkan hasil pemotretan citra satelit dan survei foto udara terhadap luas daratan mengalami penurunan secara signifikan.

Pada tahun 1990 rasio kawasan tertutup pepohonan mencapai 59,97 % dari luas daratan, dan pada tahun 2008 turun menjadi 52,43 %. Demikian juga dengan emisi karbon dioksida yang seharusnya menurun tetapi malah mengalami kenaikan secara signifikan. Pada tahun 2000 emisi karbondioksida Indonesia sebesar 1.416.067 Gg CO₂e menjadi 1.711.626 CO₂e pada tahun 2008. Hanya konsumsi bahan perusak ozon sejenis CFCs yang telah mengalami penurunan yang sangat signifikan, yaitu 8.332,7 metric ton pada tahun 1992 menjadi 0 % pada tahun 2009. Untuk proporsi persediaan ikan di beberapa wilayah Indonesia bagian barat Sumatera telah mengalami *over exploitation*, namun secara nasional belum melebihi batasan biologis yang aman. Untuk rasio kawasan lindung di daratan mengalami penurunan pada tahun 2009, sebagai akibat menurunnya luasan kawasan hutan yang ada. Tetapi tidak demikian dengan rasio kawasan lindung di perairan yang cenderung konstan sejak tahun 2004 hingga 2009.

- e. MDG 7 terkait pencapaian Target 7b (mengurangi laju kehilangan keragaman hayati) juga belum memberikan hasil yang maksimal. Sampai saat ini data tentang keanekaragaman hayati Indonesia sangat terbatas. Bahkan khusus untuk spesies satwa dan tumbuhan liar tidak terdokumentasi dengan baik, sehingga sulit diketahui secara pasti bagaimana kondisi keanekaragaman hayati yang ada.
- f. MDG 7 terkait pencapaian Target 7c (menurunkan proporsi penduduk tanpa akses terhadap air minum yang layak dan sanitasi yang layak) juga belum memberikan hasil yang maksimal, masih jauh dari target yang telah ditetapkan MDGs. Capaian Target 7c terkait akses masyarakat terhadap air minum yang layak pada tahun 2009 untuk di perkotaan baru mencapai 47,71 % (target MDGs 75,30%) dan di perdesaan 45,72 % (target MDGs 65,80%). Sementara untuk capaian Target 7c terkait akses masyarakat terhadap sanitasi yang layak pada tahun 2009 hanya 51 % dari seluruh penduduk Indonesia yang memiliki akses ke fasilitas sanitasi yang memadai, dengan capaian masyarakat perkotaan sebesar 69,51 % (target MDGs 76,8 %) dan masyarakat perdesaan sebesar 33,96% (target MDGs 55,54%).
- g. MDG 7 terkait pencapaian Target 7d (meningkatkan kehidupan penduduk miskin di permukiman kumuh) juga belum memberikan hasil

yang maksimal. Pada tahun 2009, proporsi rumah tangga kumuh di perkotaan masih 12,12 %, sementara target MDGs pada tahun 2020 adalah 6 %.

Batas waktu untuk pelaksanaan MDGs adalah hingga 2015. Mengingat beberapa Tujuan dalam MDGs belum tercapai, dan waktu yang tersisa kurang dari 5 tahun bagi negara-negara berkembang untuk mencapai target-target MDGs, maka Pemerintah Indonesia mengeluarkan Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan yang salah satunya mengagendakan percepatan dalam pencapaian MDGs.

Langkah percepatan yang dilakukan antara lain dengan:

- a. penyusunan Peta Jalan Percepatan Pencapaian MDGs yang menjadi acuan bagi seluruh pemangku kepentingan untuk melaksanakan percepatan pencapaian MDGs di seluruh Indonesia. Peta Jalan Percepatan MDGs sudah diterbitkan pada tahun 2010.
- b. Penyiapan Rencana Aksi Daerah (RAD) Percepatan Pencapaian MDGs yang dilakukan oleh Pemerintah Provinsi. Pemerintah pusat menargetkan tahun 2011 semua daerah sudah menyiapkan RAD Percepatan Pencapaian MDGs.
- c. Peningkatan alokasi dana pemerintah pusat, provinsi, dan kabupaten untuk mendukung intensifikasi dan perluasan program-program pencapaian MDGs.
- d. Peningkatan dukungan untuk perluasan pelayanan social di daerah tertinggal dan daerah terpencil.
- e. Pengembangan kemitraan dan swasta di sektor social, khususnya pendidikan dan kesehatan.
- f. Menyusun mekanisme untuk perluasan inisiatif CSR dalam rangka mendukung pencapaian MDGs.
- g. Meningkatkan kerjasama terkait konversi utang untuk pencapaian MDGs dengan negara-negara kreditor.

Untuk MDG 6 dan MDG 7 juga disusun kebijakan-kebijakan untuk percepatan pencapaian seperti yang tertuang dalam dokumen Peta Jalan Percepatan Pencapaian MDGs yang sudah diterbitkan Pemerintah pada akhir tahun 2010. Dalam rangka percepatan pencapaian MDGs tersebut, daerah sangat berperan karena untuk mencapai target MDGs nasional, tidak mungkin dicapai tanpa menyukseskan MDGs di tingkat daerah. Oleh karena itu pengarusutamaan MDGs juga harus dilakukan dalam perencanaan pembangunan daerah. Yaitu dengan menuangkan upaya-upaya pencapaian MDGs dalam RPJPD dan RPJMDnya (baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota), yang kemudian diterjemahkan melalui program, kegiatan, indikator, target, termasuk anggarannya.

Pemerintah Provinsi Maluku Utara telah mengarusutamakan MDGs dalam proses pembangunannya, sebagaimana telah dituangkan dalam RPJPD 2005-2025, RPJMD 2005-2009 dan RPJMD 2010 – 2014, dan Rencana Kerja Tahunan Daerah berikut dokumen anggarannya (APBD) yang senantiasa berlandaskan strategi *pro-growth, pro-jobs, pro-poor, pro-environment*. Selain itu Pemerintah Provinsi Maluku Utara juga menjalin kemitraan produktif dengan organisasi masyarakat dan sektor swasta untuk berkontribusi dalam pencapaian MDGs di daerahnya. Tidak demikian dengan Provinsi Sulawesi Utara. Terkait dengan penyusunan Rencana Aksi Daerah (RAD) Percepatan Pencapaian MDGs, di Provinsi Maluku Utara sedang dalam proses (baru membentuk Pokja MDGs). Namun tidak demikian dengan Provinsi Sulawesi Utara.

Meskipun dalam RPJMD Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Utara tidak menyebutkan secara langsung berbagai program kegiatan mereka terkait MDGs, namun program-program kegiatan yang mereka susun banyak yang sudah mengarah pada upaya pencapaian target-target MDGs meski tidak secara eksplisit. Bahkan RAD Pencapaian MDGs pada saat dilakukan penelitian sedang dalam proses penyusunan.

Berikut adalah hasil-hasil pencapaian MDG 6 dan MDG 7 di Provinsi Maluku Utara dan Provinsi Sulawesi Utara:

1. Upaya pencapaian MDG 6 terkait memerangi HIV/AIDS (Target 6a dan 6b).

Upaya memerangi HIV/AIDS di Maluku Utara tidak berjalan sebagaimana yang diharapkan. Yang terjadi adalah sebaliknya, yaitu peningkatan jumlah kasus dan beberapa tahun terakhir gejalanya cukup mengkhawatirkan. Tentang jumlah pasti penderita HIV/AIDS di Maluku Utara belum diketahui, hanya saja kasus HIV/AIDS di Maluku Utara terjadi kecenderungan peningkatan. Budaya masyarakat yang "menabukan" untuk mengatur masalah pelacuran menjadikan kendala bagi proses menjaring data jumlah penderita HIV/AIDS. HIV/AIDS menjadi seperti fenomena gunung es, yang sewaktu-waktu bila mencair akan sangat sulit ditangani. Kendala lain yang dihadapi pemerintah daerah Maluku Utara adalah adanya keterbatasan dana, sarana prasarana penunjang program (seperti laboratorium, logistic obat dan reagen, alat kesehatan, dan keterbatasan SDM secara kualitas dan kuantitas. Anggaran untuk memerangi HIV/AIDS lebih banyak berasal dari Bantuan luar negeri dan dari Pemerintah pusat. Sebagai daerah pemekaran baru, selama ini pendanaan lebih banyak digunakan untuk pembangunan sarana dan prasarana daripada pengendalian penyakit. Di sisi lain, Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) yang merupakan pelaku utama dalam penyelenggaraan pengendalian HIV/AIDS di suatu wilayah yang semestinya sudah terbentuk di setiap Kabupaten/Kota, di Provinsi Maluku Utara baru terbentuk di Kabupaten Halmahera Utara (Tobelo) dan Kota Ternate. Selain itu, koordinasi antara BAPPEDA Provinsi dengan BAPPEDA Kabupaten/Kota di Provinsi Maluku Utara juga belum ada.

Untuk di Provinsi Sulawesi Utara juga terus terjadi peningkatan kasus HIV/AIDS. Penyebaran sangat cepat terjadi pada kelompok usia produktif dengan penularan tertinggi melalui hubungan seks. Hal ini terjadi sebagai dampak negative dari pertumbuhan ekonomi yang pesat dan terbukanya daerah Sulawesi Utara bagi peluang investasi serta berkembangnya industri pariwisata yang mengakibatkan meningkatnya perilaku dan gaya hidup masyarakat yang negative terhadap kesehatan, seperti perilaku seks bebas yang menjadi resiko penyebaran HIV/AIDS. Peningkatan secara signifikan dari waktu ke waktu mendorong Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Utara menjalankan berbagai kebijakan pemerintah

pusat dalam penanggulangan HIV/ AIDS, yaitu melakukan upaya pencegahan yang terintegrasi dengan perawatan, dukungan, dan pengobatan. Keseriusan Provinsi Sulawesi Utara dalam penanggulangan HIV/AIDS dituangkan dalam Peraturan Daerah Provinsi Sulawesi Utara Nomor 1 Tahun 2009 tentang Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS, Rencana Aksi Strategis 2010-2014, dan dalam Renstra Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara. Keseriusan pemerintah daerah Sulawesi Utara dalam penanggulangan HIV/AIDS mendapatkan penghargaan dari Pemerintah pusat sebagai daerah yang mampu menjalankan program pencegahan dan penanggulangan HIV/AIDS terbaik di Indonesia. Seperti halnya Provinsi Maluku Utara, anggaran yang selama ini digunakan untuk penanggulangan HIV/AIDS sebagian besar berasal dari bantuan luar negeri (Global Fund), dan hal ini bisa menjadi kendala jika bantuan tersebut terhenti ketika pemerintah belum berhasil secara tuntas melakukan pengendalian HIV/AIDS.

2. Upaya pencapaian MDG 6 terkait memerangi Malaria (Target 6c).

Provinsi Maluku Utara adalah daerah dengan *Annual Parasite Incidence* (API) tinggi yaitu 9,0% (6 kabupaten/kota API tinggi). API tertinggi Kabupaten Halmahera Selatan yaitu 22,5 % dan Tidore Kepulauan yaitu 10,8 %. Sementara angka kematian tidak stabil, pernah mengalami kenaikan hampir dua kali lipat pada tahun 2007 ke 2008. Kondisi endemisitas tinggi penyakit Malaria mendorong Pemerintah daerah Provinsi Maluku Utara *concern* terhadap upaya memerangi Malaria. Perhatian besar tersebut diwujudkan dengan (1) dibangunnya Malaria Center sejak 2003, (2) dikeluarkannya Instruksi Gubernur Provinsi Maluku Utara Nomor 5 tahun 2003 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Malaria, (3) dikeluarkannya Keputusan Gubernur Provinsi Maluku Utara Nomor 10.1/KPTS/MU/2004 tentang Pelimpahan Tugas Koordinator Malaria Center, yang diikuti dengan keputusan bupati/walikota yang ada di Provinsi Maluku Utara, (4) disusunnya Rencana Strategis Malaria Provinsi Maluku Utara 2010-2014. Guna mendukung program-program pengendalian malaria, Pemerintah Daerah juga bekerjasama dengan pihak swasta (melalui kegiatan Corporate Social Responsibility/CSR). Permasalahan yang dihadapi

Pemerintah Daerah dalam pengendalian Malaria ini adalah tingginya tingkat ketergantungan dana dari pihak asing. Pada tahun 2011 hampir 100 % (98 % dari Global Fund dan Unicef, dan 2 % dari APBN). Hal ini menjadi kekhawatiran daerah, karena jika sewaktu-waktu terjadi penghentian bantuan luar negeri maka upaya-upaya pengendalian malaria yang dilakukan selama ini akan terhenti.

Sementara itu, malaria di Provinsi Sulawesi Utara yang selama ini menempati penyakit nomor 3 terbanyak menunjukkan kecenderungan menurun dalam 5 tahun terakhir, dan berhasil menekan angka kematian dari 0,92% pada tahun 2005 menjadi 0,44 % pada tahun 2009. Keberhasilan Provinsi Sulawesi Utara dalam pengendalian penyebaran Malaria ini karena pengendalian malaria telah menjadi prioritas penanggulangan masalah kesehatan di Provinsi Sulawesi Utara, dengan mengacu pada strategi nasional (diagnose dini dan pengobatan yang tepat, pengendalian vector yang selektif, pengendalian kejadian luar biasa, dan sistem surveilans yang efektif).

3. Upaya pencapaian MDG 6 terkait memerangi Tubercolusis (Target 6c).

Pemerintah daerah Maluku utara juga menaruh perhatian besar terhadap upaya memerangi Tubercolusis, karena jumlah penderita penyakit tuberculosis setiap tahun mengalami peningkatan. Untuk mengatasi hal itu Pemerintah daerah sudah menerapkan strategi pengobatan DOTS yang merupakan program dari Pemerintah pusat. Pelaksanaan program cukup terbantu dengan adanya kerjasama pemerintah daerah dengan pihak swasta (praktek dokter swasta, yayasan atau lembaga keagamaan, ataupun perusahaan). Namun kondisi geografis Maluku Utara yang berbentuk kepulauan menjadi kendala pelaksanaan. Upaya memerangi tubercolusis di provinsi Maluku Utara sangat tergantung pada dana dari asing (100 % dari Global Fund). Dikhawatirkan jika bantuan asing ini dihentikan sewaktu-waktu karena dana ini merupakan dana hibah, maka akan menyulitkan bagi pemerintah daerah untuk melaksanakan upaya-upaya memerangi tubercolusis ini. Kendala lain adalah Sumber Daya Manusia (SDM) yang sudah terlatih dalam menangani tuberculosis.

Tuberculosis masuk dalam 10 penyakit yang sering terjadi di Provinsi Sulawesi Utara. Pemerintah daerah Sulawesi Utara telah menerapkan strategi DOTS jauh sebelum strategi tersebut ditetapkan oleh pemerintah pusat untuk penanganan tuberculosis, yaitu sejak tahun 1993. Provinsi Sulawesi Utara termasuk provinsi yang *Case Detection Rate/CDR* paling tinggi. Pada tahun 2010 CDR provinsi Sulawesi Utara adalah 96%, sementara target nasional 70 % pada tahun 2009. Meskipun CDR Sulawesi Utara jauh diatas target, namun dalam wilayahnya masih terdapat beberapa kabupaten yang CDR di bawah angka nasional (yaitu Kabupaten Bolaang Mongondow Timur 64%, Kabupaten SITARO 67 %, Kabupaten Minahasa Tenggara 68%, dan Kabupaten Bolaang Mongondow Selatan 69%). Rendahnya CDR di beberapa wilayah tersebut karena sebagian merupakan daerah pemekaran sehingga infrastruktur belum maksimal, dan sebagian karena adanya rotasi pimpinan sehingga tidak ada konsistensi dalam keberlanjutan program tuberculosis. Seperti halnya di Provinsi Maluku Utara, penanganan tuberculosis di Provinsi Sulawesi Utara sangat tergantung pada anggaran dari bantuan luar negeri (Global Fund). Global Fund telah memberikan bantuan dana sejak tahun 2003, dan sempat terhenti pada tahun 2005 – 2007, dan baru berlanjut kembali tahun 2008. Ketergantungan yang tinggi pada dana asing dalam pengendalian tuberculosis menjadi masalah juga di Sulawesi Utara karena tidak semua kabupaten/kota memberikan dukungan dana untuk penanganan tuberculosis di wilayahnya. Dukungan dana dari kabupaten/kota pun sangat kecil.

4. Upaya pencapaian MDG 7 terkait memadukan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumber daya lingkungan yang hilang (Target 7a),

Mengukur dari rasio luas tutupan lahan oleh pepohonan, jumlah emisi karbon, jumlah konsumsi bahan perusak ozon, proporsi persediaan ikan dalam batasan biologis aman, dan rasio luas kawasan lindung untuk konservasi di darat maupun di perairan adalah sebagai berikut:

- Baik di Maluku Utara maupun Sulawesi Utara tidak diketahui secara pasti berapa rasio luasan tutupan lahan oleh pepohonan, karena di

daerah tidak terdapat instrument citra satelit yang dapat digunakan untuk mengukurnya, tidak adanya SDM yang mengoperasikan instrument tersebut, dan tidak adanya anggaran daerah untuk melakukan pengukuran tersebut. Pengukuran luasan tutupan lahan selama ini dilakukan oleh Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kehutanan yang di tempatkan di daerah, seperti BP DAS Ake Malami di Provinsi Maluku Utara dan BP DAS Tondano di Provinsi Sulawesi Utara. Selama ini pemerintah daerah beranggapan bahwa pengukuran luasan tutupan lahan oleh pepohonan ini merupakan kewenangan pemerintah pusat.

- Untuk jumlah emisi karbon tidak diketahui secara pasti apakah terjadi penurunan ataukah kenaikan emisi karbon di Provinsi Maluku Utara dan di Provinsi Sulawesi Utara. Karena pihak pemerintah daerah belum pernah melakukan pengukuran emisi karbon yang ada karena terkendala pada kurangnya sarana prasarana dan sumber daya manusianya yang terlatih untuk melakukan pengukuran emisi karbon. Sementara itu Pemerintah Pusat (Kementerian Lingkungan Hidup) hanya melakukan perkiraan emisi di setiap wilayah di Indonesia berdasarkan sumber emisinya, dan terlihat bahwa penghasil emisi terbesar baik di Provinsi Maluku Utara maupun Sulawesi Utara berasal dari kegiatan memasak di rumah tangga yang sebagian besar masih menggunakan kayu bakar. Datanya pun tidak lengkap setiap tahunnya sehingga sulit untuk dilakukan pengukuran berapa besar terjadinya kenaikan emisi karbon dari berbagai kegiatan/sumber emisi tersebut.
- Terkait penggunaan bahan perusak ozon seperti CFC, Halon, CTC, TCA, dan Metil Bromida, baik di Provinsi Maluku Utara dan Provinsi Sulawesi Utara tidak terdapat data-datanya. Oleh karenanya tidak diketahui secara pasti apakah telah terjadi penurunan ataukah kenaikan dalam penggunaan bahan-bahan perusak ozon, meskipun secara nasional dinyatakan sejak tahun 2007 konsumsi CFC Indonesia telah turun ke tingkat minimum. Yang cukup menarik terkait penggunaan bahan perusak ozon ini dengan apa yang telah dilakukan oleh Pemerintah Kota Manado, yaitu sudah melakukan pembinaan

kepada pihak para pengusaha yang menggunakan bahan perusak ozon dengan alternatif bahan yang ramah lingkungan.

- Terkait penangkapan ikan dalam batasan biologis aman, baik Provinsi Maluku Utara dan Provinsi Sulawesi Utara berada dalam beberapa WPP (Wilayah Pengelolaan Perikanan). Produksi perikanan dari kedua provinsi tersebut masih cukup rendah, karena jumlah nelayan yang relative sedikit dengan perairan yang cukup luas sehingga tingkat eksploitasi perikanan pun masih rendah. Dengan jumlah nelayan yang relative rendah dibandingkan dengan WPP di kawasan barat Indonesia, maka kemungkinan untuk terjadinya *over-exploitation* mengacu target pencapaian MDG's masih dapat terlaksana.
- Terkait penambahan luasan kawasan lindung untuk kelestarian keanekaragaman hayati baik di kawasan daratan maupun perairan di Provinsi Maluku Utara tidak terjadi. Jika terkait kawasan konservasi itu merupakan kewenangan pemerintah pusat (Kementerian Kehutanan), sedangkan jika terkait hutan lindung itu merupakan kewenangan pemerintah daerah. Meskipun penambahan luasan kawasan lindung tidak ada, namun upaya untuk melindungi kawasan lindung sudah dilakukan seperti untuk di wilayah perairan telah dilakukan upaya pencegahan terjadinya *illegal fishing*, upaya transplantasi terumbu karang. Namun hasilnya kurang maksimal karena keterbatasan anggaran. Pemerintah daerah lebih memprioritaskan pada program-program yang berindikasi eksploitasi sumber daya alam baik di wilayah daratan maupun perairan (lautan) dalam rangka meningkatkan PAD. Sementara di provinsi Sulawesi Utara, penambahan kawasan lindung terjadi terakhir tahun 2003 yaitu dengan dikeluarkannya penunjukan Cagar Alam Gunung Lokon di Tomohon. Sementara pemeliharaan kawasan-kawasan lindung kurang dilakukan oleh Pemerintah daerah, seperti kawasan Taman Laut Bunaken yang mulai mengalami kerusakan terumbu karang sebagai akibat dari aktivitas domestik yang padat, terutama oleh sektor pariwisata itu sendiri.

5. Upaya pencapaian MDG 7 terkait mengurangi laju kehilangan keragaman hayati (Target 7b).

Upaya untuk mengurangi laju kehilangan keragaman hayati ini merupakan kewenangan dari pemerintah pusat jika itu terkait dengan yang ada dalam kawasan konservasi, dan kewenangan pemerintah daerah jika itu berada di luar kawasan konservasi. Hanya saja karena tidak adanya dokumentasi yang lengkap tentang keanekaragaman hayati yang ada hanya sebatas jenis-jenis yang ditemukan, tanpa diketahui seberapa banyak jenis-jenis tersebut ada di bumi Indonesia ini, maka sulit diketahui berapa besar laju penyusutan keragaman hayati yang ada. Meskipun tidak diketahui secara pasti berapa laju kehilangan keragaman hayati yang ada, namun upaya-upaya untuk melindungi keragaman hayati sudah dilakukan seperti dengan dilakukan penataan batas kawasan konservasi, operasi pengamanan gabungan, operasi khusus, operasi penanggulangan peredaran tumbuhan dan satwa liar, serta pembinaan dan sosialisasi kepada masyarakat. Upaya-upaya tersebut dilakukan oleh UPT-UPT Kementerian Kehutanan yang ada di kedua provinsi (Sulawesi Utara dan Maluku Utara) bekerjasama dengan lembaga-lembaga terkait seperti kepolisian daerah, dinas kehutanan.

6. Upaya pencapaian MDG 7 terkait peningkatan akses penduduk terhadap air minum yang layak dan sanitasi yang layak (Target 7c).

Provinsi Maluku Utara dan Provinsi Sulawesi Utara termasuk provinsi yang hingga saat ini berada di bawah rata-rata pencapaian tingkat nasional dalam hal akses penduduk terhadap air minum yang layak. Capaian tingkat nasional 47,71%, capaian provinsi Maluku Utara 43,75%, dan capaian provinsi Sulawesi Utara 44,49%. Perhatian pemerintah daerah terhadap akses air minum yang layak dan sanitasi yang layak masih kurang atau dapat juga dikatakan tidak ada, terlihat dari tidak adanya dukungan dana APBD untuk masalah ini. Program PAMSIMAS yang dilakukan di Provinsi Maluku Utara (yaitu di Kabupaten Halmahera Barat dan Kota Tidore Kepulauan) 100% menggunakan anggaran dari pemerintah pusat (APBN) dan bantuan asing.

Terkait dengan akses sanitasi yang layak capaian Provinsi Maluku Utara maupun Provinsi Sulawesi Utara masih di bawah rata-rata nasional. Capaian tingkat nasional adalah 73,9%, capaian Provinsi Maluku Utara hanya 56,4% dan Provinsi Sulawesi Utara 63,59%. Provinsi Maluku Utara termasuk daerah yang capaian terkait akses penduduk terhadap sanitasi yang layak 3 terendah di Indonesia. Upaya peningkatan akses masyarakat terhadap sanitasi yang layak di Provinsi Maluku Utara terkendala oleh rendahnya kesadaran masyarakat akan pentingnya sanitasi dan kebiasaan sehari-hari yang belum mengacu pada sanitasi yang layak. Kondisi ini berbeda dengan di Provinsi Sulawesi Utara, melalui program sanitasi perumahan dan lingkungan, provinsi Sulawesi Utara berhasil mengajukan 4 kabupaten/ kotanya untuk dinilai di tingkat nasional dalam penilaian Kota Sehat. Hasilnya Kota Manado mendapatkan penghargaan sebagai Kota Sehat pada tahun 2009.

7. Upaya pencapaian MDG 7 terkait peningkatan kehidupan masyarakat miskin yang berada di permukiman kumuh (Target 7d).

Meskipun data jumlah penduduk miskin yang berada di permukiman kumuh tidak tersedia di Provinsi Maluku Utara, namun dari hasil penelitian terlihat bahwa masih terdapat rumah-rumah kumuh di Provinsi Maluku Utara, terutama di Kota Ternate yaitu di daerah pesisirnya. Sejauh ini belum ada program khusus dari pemerintah daerah untuk menanganii perumahan kumuh tersebut. Kondisi sangat berbeda terdapat di Provinsi Sulawesi Utara, dimana pemerintah daerahnya telah memberikan perhatian dalam hal meningkatkan kehidupan masyarakat miskin yang berada di permukiman kumuh, yaitu dengan program penyehatan lingkungan. Melalui program tersebut terpantau bahwa pada tahun 2009 rumah yang memenuhi standar kesehatan telah mencapai 70,33%, meskipun pada tahun 2010 menurun menjadi 64,95%. Agar permukiman penduduk lebih tertata dengan baik dan teratur, Pemerintah daerah provinsi Sulawesi Utara juga melakukan program pengembangan wilayah strategis dan cepat tumbuh. Bahkan Kota Manado sebagai ibu kota Provinsi Sulawesi Utara berhasil meraih

Adipura karena telah berhasil meningkatkan kualitas lingkungannya dan penataan kawasan perumahannya.

B. SARAN

Hasil pencapaian MDG's daerah memperlihatkan bahwa Pemerintah perlu bekerja lebih keras lagi untuk mencapai target-target MDG's terutama yang terkait dengan pengendalian penyebaran HIV/AIDS (Target 6a dan Target 6b) dan semua target dalam MDG 7. Karena keberhasilan pencapaian MDG's secara nasional akan sangat ditentukan keberhasilan pemerintah daerah mencapai target yang sama di wilayahnya masing-masing. Hal ini berarti mensyaratkan adanya kesiapan daerah untuk berbagi tanggung jawab dengan pemerintah pusat, termasuk dalam implementasi program dan mengatasi kebutuhan pembiayaan program.

Hasil penelitian masih memperlihatkan bahwa tidak semua daerah siap untuk melaksanakan MDG's. Terlihat dari tidak adanya dukungan dana atau minimnya dana pemerintah daerah untuk pelaksanaan MDG's. Padahal keberhasilan pencapaian MDG's di daerah sangat menentukan keberhasilan pencapaian secara nasional. Oleh karena itu, pemberdayaan pemerintah daerah dalam pencapaian MDG's sangat diperlukan. Apalagi dengan telah diberlakukannya kebijakan otonomi daerah, sangat memungkinkan bagi pemerintah daerah mengatur sendiri semua urusan seluas-luasnya. Dengan koridor bahwa dalam mengatur dan mengurus semua urusannya tersebut harus ditujukan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat.

Dalam pemberdayaan pemerintah daerah ini, komitmen dari pemerintah daerah akan MDG's sangat diperlukan. Komitmen tersebut harus diterjemahkan dan diwujudkan dalam proses pembangunan yang mereka lakukan. Ini berarti harus diwujudkan mulai dari perencanaan pembangunan, penganggarannya, hingga pelaksanaannya. Untuk itu, mengintegrasikan berbagai target MDG's dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerahnya (RPJMD) dan Rencana Kerja Satuan Kerja Perangkat Daerahnya dengan mengacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) sangat diperlukan. Dalam RPJMD tersebut dimuat rancangan kerangka ekonomi daerah, prioritas pembangunan

daerah, berikut rencana kerja dan pendanaannya, baik yang dilaksanakan langsung oleh pemerintah daerah maupun yang ditempuh dengan mendorong partisipasi masyarakat dengan mengacu pada Rencana Kerja Pemerintah (RKP). Setelah itu dijabarkan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerahnya (APBD).

Melalui otonomi daerah diharapkan agar pemerintah daerah dapat menerjemahkan target MDG's ini sesuai kebutuhan masyarakatnya sehingga daerah mampu menjawab persoalan daerahnya.

Selanjutnya pemerintah daerah diharapkan untuk mempersiapkan sumber daya manusianya. Karena adanya keterbatasan pengetahuan aparat pemerintah daerah tentang MDG's menjadi salah satu kendala mengapa banyak daerah yang tidak siap melaksanakan MDG's. Dukungan pemerintah pusat sangat diperlukan dalam mempersiapkan sumber daya manusia di daerah, seperti dengan mengadakan pelatihan untuk SDM dari daerah.

Disinilah advokasi dari Pemerintah pusat tentang percepatan pencapaian MDG's sangat diperlukan. Selain itu pemerintah pusat juga harus sering melakukan pemantauan terhadap pelaksanaan MDG's di daerah sehingga agenda daerah dan nasional bisa selaras dan berkelanjutan.

Pencapaian MDG's sangat memerlukan adanya komitmen bersama antar semua komponen bangsa. Masing-masing memiliki peran sesuai porsinya dalam pencapaian MDG's dan kerjasama yang baik antar semua komponen sangat diperlukan agar berbagai target MDG's dapat tercapai.



DAFTAR PUSTAKA

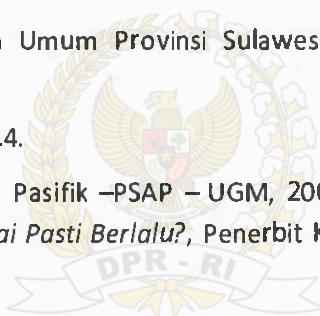
- 
1. Achmadi Umar Fahmi, 2005, *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*, Penerbit Buku Kompas, Jakarta.
 2. Amsyari Fuad, 1996, *Membangun Lingkungan Sehat*, Airlangga University Press, Surabaya.
 3. Christine Daymone dan Immy Holloway, 2008, *Metode –Metode Riset Kualitatif*, penerjemah Cahya Wirtama, penyunting Santi Indra Astuti, Bentang, Yogyakarta.
 4. Michael P. Todaro dan Stephen C. Smith, 2006, *Pembangunan Ekonomi, Edisi Kesembilan Jilid I*, Alih bahasa: Haris Munandar dan Puji A L, Penerbit Erlangga, Indonesia.
 5. The Johns Hopkins and IFRC Public Health Guide for Emergencies, 1997, *Control of Communicable Diseases*, New York.
 6. Ani Adiwinata Nawir, Murniati, Lukas Rumboko, 2008, *Rehabilitasi Hutan di Indonesia: Akan Kemanakah Arahnya Setelah Lebih dari Tiga Dasawarsa?*, Center for International Forestry Research (CIFOR), Bogor
 7. Titik Handayani, *Kebangkitan Nasional dan Pembangunan Manusia: Sebuah Catatan Kritis*, dalam Jurnal "MASYARAKAT INDONESIA, Majalah Ilmu-Ilmu Sosial Indonesia, Jilid XXXIV, No. 2, Tahun 2008
 8. Lampiran Keputusan Direktur Jenderal Perlindungan Hutan dan Konservasi Alam Nomor: SK.181/IV-Set/2010 tentang Rencana Strategis (Renstra) Direktorat Jenderal Perlindungan Hutan dan Konservasi Alam Tahun 2010 – 2014.
 9. Lampiran Peraturan Menteri Kehutanan Republik Indonesia Nomor P.51/Menhet-II/2010.
 10. Lampiran Peraturan Menteri Pekerjaan Umum Nomor: 02/PRT/M/2010 tentang Rencana Strategis Kementerian Pekerjaan Umum Tahun 2010-2014.

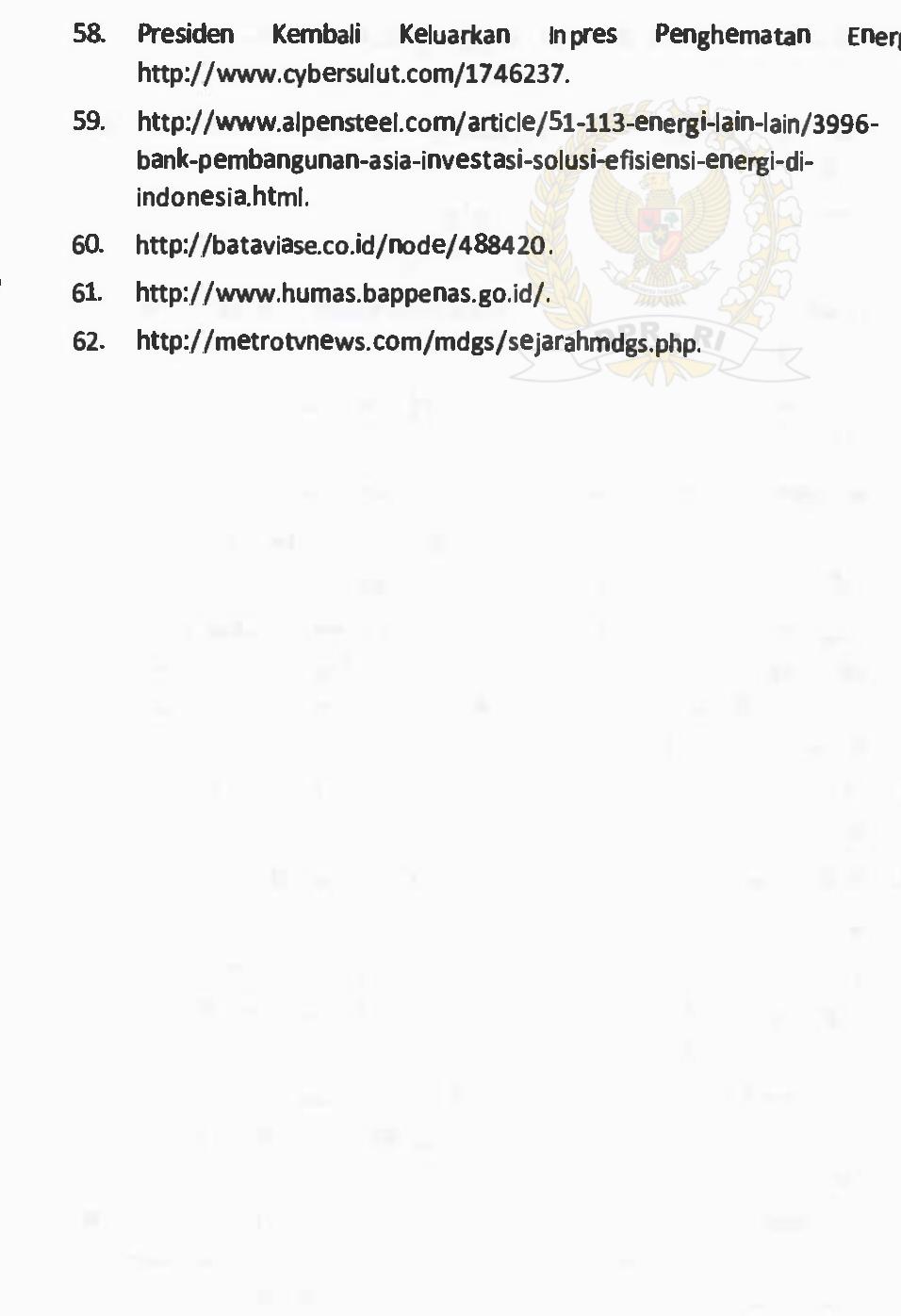
- 
11. Badan Nasional Penanggulangan Bencana, 2010, *Data Bencana Tahun 2009*, diterbitkan oleh Badan Nasional Penanggulangan Bencana, Jakarta.
 12. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS), *Indonesian Biodiversity Strategy and Action Plan 2003 - 2020*, Jakarta.
 13. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS), 2004, *Wilayah Kritis Keanekaragaman Hayati di Indonesia: Instrumen Penilaian dan Pemindaian Indikatif/Cepat bagi Pengambil Kebijakan (Sebuah Studi Kasus Ekosistem Pesisir Laut)*, Deputi Bidang Sumber Daya Alam dan Lingkungan Hidup, Direktorat Pengendalian Sumberdaya Alam dan Lingkungan Hidup.
 14. Badan Pusat Statistik, 2010, *Hasil Sensus Penduduk 2010 Data Agregat per Provinsi*, diterbitkan oleh Badan Pusat Statistik, Jakarta.
 15. Departemen Kehutanan Dirjen Perlindungan Hutan dan Konservasi Alam Balai Taman Nasional Aketajawe Lolobata, 2009, *Buku Statistik 2009 Balai Taman Nasional Aketajawe Lolobata*, Departemen Kehutanan Dirjen Perlindungan Hutan dan Konservasi Alam Balai Taman Nasional Aketajawe Lolobata, Ternate
 16. Departemen Kehutanan, 2009, *Statistik Kehutanan Indonesia 2008*, Departemen Kehutanan, Jakarta
 17. Dewan Energi Nasional, Edisi Ke-4 tahun 2010
 18. Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara, *Laporan Pelaksanaan Kegiatan Program Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis di Provinsi Maluku Utara Tahun 2010*.
 19. Dinas Kesehatan Provinsi Maluku Utara, *Laporan Tahunan Program Pemberantasan Penyakit Malaria Tahun 2010*.
 20. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara. *Draf Data Profil Kesehatan Sulawesi Utara Tahun 2010*
 21. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara, *Laporan Penanggulangan Penyakit TB Provinsi Sulawesi Utara 2009*.

- 
22. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara. *Laporan Tahunan Penanggulangan Penyakit HIV Tahun 2010.*
23. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara. *Posisi Terkini Sulawesi Utara dalam Pencapaian MDGoal 6,7 dan Rencana Aksi Daerah.* Disampaikan pada Rapat Kerja Kesehatan Daerah Provinsi Sulawesi Utara 2010, Hotel Sutan Raja, 5-7 Juli 2010.
24. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara, *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara 2009.*
25. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara. *Rencong Aksi Strategis 2009 –2014.*
26. Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Utara. *Situasi HIV/AIDS Provinsi Sulawesi Utara Tahun 1997 – Februari 2011.*
27. Kementerian Negara Lingkungan Hidup Indonesia, 2009, *Emisi Gas Rumah Kaca dalam Angka*, Kementerian Negara Lingkungan Hidup Indonesia.
28. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), 2010, *Ringkasan Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia*, diterbitkan oleh Kementerian Pembangunan Nasional/ Bappenas, Jakarta.
29. Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. *Profil Penanggulangan HIV dan AIDS di 33 Provinsi Tahun 2010.*
30. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Maluku Utara, *Situasi Penanggulangan HIV dan AIDS di Provinsi Maluku Utara Tahun 2010.*
31. Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi Sulawesi Utara, *Materi Rakar 1 KPAP Sulawesi Utara Tahun 2011.*
32. Laporan Program Penyehatan Lingkungan Provinsi Sulawesi Utara, Dinas Kesehatan, tahun 2011
33. Makalah yang disampaikan Menteri Kehutanan dengan judul *“Kehutanan dalam Kebijakan Perubahan Peruntukan dan Fungsi serta*

Pinjam Pakai Kawasan Hutan” dalam acara Workshop Kehutanan Komisi IV DPR RI, di Jakarta, 19 Juli 2010.

34. Neraca Sumberdaya Hutan Provinsi Sulawesi Utara Tahun 2009.
35. Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS), 2007, *Laporan Pencapaian Millennium Development Goals Indonesia 2007*, diterbitkan oleh Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Jakarta.
36. Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS), 2010, *Laporan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Indonesia 2010*, diterbitkan oleh Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Jakarta.
37. Pusat Data dan Survailans Epidemiologi Kementerian Kesehatan, 2006, *Profil Kesehatan Indonesia 2005*, diterbitkan oleh Pusat Data dan Survailans Epidemiologi Kementerian Kesehatan, Jakarta.
38. Pusat Data dan Survailans Epidemiologi Kementerian Kesehatan, 2007, *Profil Kesehatan Indonesia 2006*, diterbitkan oleh Pusat Data dan Survailans Epidemiologi Kementerian Kesehatan, Jakarta.
39. Pusat Data dan Survailans Epidemiologi Kementerian Kesehatan, 2008, *Profil Kesehatan Indonesia 2007*, diterbitkan oleh Pusat Data dan Survailans Epidemiologi Kementerian Kesehatan, Jakarta.
40. Pusat Data dan Survailans Epidemiologi Kementerian Kesehatan, 2009, *Profil Kesehatan Indonesia 2008*, diterbitkan oleh Pusat Data dan Survailans Epidemiologi Kementerian Kesehatan, Jakarta.
41. Pusat Data dan Survailans Epidemiologi Kementerian Kesehatan, 2010, *Profil Kesehatan Indonesia 2009*, diterbitkan oleh Pusat Data dan Survailans Epidemiologi Kementerian Kesehatan, Jakarta.
42. Rancangan Teknis MDGs 2011 Satker PLP.
43. Rencana Kerja Badan Lingkungan Hidup Provinsi Sulawesi Utara tahun 2012.

- 
44. Rencana Strategis Badan Lingkungan Hidup Kota Ternate tahun 2011-2015.
 45. Rencana Strategis Dinas Pekerjaan Umum Provinsi Sulawesi Utara, 2010.
 46. RPJM Maluku Utara tahun 2010-2014.
 47. Sri Adiningsih dkk., Pusat Studi Asia Pasifik –PSAP – UGM, 2008, *Satu Dekade Pasca-Krisis Indonesia, Badai Pasti Berlalu?*, Penerbit Kanisius, Yogyakarta.
 48. Statistik Balai Konservasi Sumber Daya Alam Sulawesi Utara Tahun 2009.
 49. Statistik Kesejahteraan Rakyat Sulawesi Utara, 2009
 50. *Statistik Kasus HIV/AIDS di Indonesia*, up date terakhir 25 Januari 2011, Ditjen PP dan PL Kementerian Kesehatan RI.
 51. *Statistik Pembangunan Balai Pengelolaan Daerah Aliran Sungai (BP DAS) Ake Malamo Tahun 2008*, BP DAS Ake Malamo Direktorat Jenderal Rehabilitasi Lahan dan Perhutanan Sosial Departemen Kehutanan, Ternate, Februari 2009.
 52. Status Lingkungan Hidup Provinsi Sulawesi Utara dari tahun 2008 - 2010.
 53. Status Lingkungan Hidup Provinsi Sulawesi Utara (SLHD) Tahun 2010.
 54. Sulawesi Utara dalam Angka 2010.
 55. Indonesia Berhasil Capai Sejumlah Target MDGs, <http://www.antaranews.com/news/237516/indonesia-berhasil-capai-sejumlah-target-mdgs>.
 56. *Penanggulangan TB Kini Lebih Baik*, <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/1348-penanggulangan-tb-kini-lebih-baik.html>
 57. *Pengendalian TB di Indonesia Telah Dekati Target MDGs*, 24 Maret 2010, Sumber: Depkominfo di <http://kabar.in/2010/indonesia-headline/rilis-berita-depkominfo/03/24/pengendalian-tb-di-indonesia-telah-dekati-target-mdgs.html>.

- 
58. Presiden Kembali Keluarkan Inpres Penghematan Energi", <http://www.cybersulut.com/1746237>.
 59. <http://www.alpensteel.com/article/51-113-energi-lain-lain/3996-bank-pembangunan-asia-investasi-solusi-efisiensi-energi-di-indonesia.html>.
 60. <http://bataviase.co.id/node/488420>.
 61. <http://www.humas.bappenas.go.id/>.
 62. <http://metrotvnews.com/mdgs/sejarahmdgs.php>.