



PERATURAN BUPATI KABUPATEN KUTAI TIMUR
NOMOR 11 TAHUN 2013

TENTANG

RENCANA AKSI DAERAH PERCEPATAN PENCAPAIAN TARGET MILLENIUM
DEVELOPMENT GOALS KABUPATEN KUTAI TIMUR TAHUN 2011 - 2015

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

BUPATI KUTAI TIMUR,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka pelaksanaan Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan, terkait Program Percepatan Pencapaian Target Millenium Development Goals Kabupaten Kutai Timur, perlu menyusun Rencana Aksi Daerah Pencapaian Target Millenium Development Goals Tahun 2011 - 2015 yang memuat arah kebijakan dan strategi pencapaiannya;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Peraturan Bupati tentang Rencana Aksi Daerah Percepatan Pencapaian Target Millenium Development Goals Kabupaten Kutai Timur Tahun 2011 - 2015;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 47 Tahun 1999 tentang Pembentukan Kabupaten Nunukan, Kabupaten Malinau, Kabupaten Kutai Barat, Kabupaten Kutai Timur dan Kota Bontang (Lembaran Negara Tahun 1999 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3896) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2000 (Lembaran Negara Nomor 3962);
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara (Lembaran Negara Tahun 2003 Nomor 47, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4286);

3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 104, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4421);
4. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4437), sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2005 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 3 Tahun 2005 tentang Perubahan Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan daerah menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 108, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4544);
5. Undang-Undang Nomor 33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Tahun 2004 Nomor 126, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4438);
6. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan (Lembaran Negara Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5234);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2005 Nomor 140, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4578);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah, Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten / Kota (Lembaran Negara Tahun 2007 Nomor 80, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4737);
9. Peraturan Pemerintah ...

9. Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian, dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah (Lembaran Negara Tahun 2008 Nomor 21, Tambahan Lembaran Negara Nomor 4817);
10. Peraturan Presiden Nomor 15 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010 - 2014;
11. Peraturan Presiden Nomor 15 Tahun 2010 tentang Percepatan Penanggulangan Kemiskinan;
12. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tata Cara Penyusunan, Pengendalian, dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah;
13. Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Timur Nomor 4 Tahun 2009 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2009 - 2013;
14. Peraturan Daerah Kabupaten Kutai Timur Nomor 6 Tahun 2009 tentang Kewenangan Daerah Kabupaten Kutai Timur (Lembaran Daerah Kabupaten Kutai Timur Tahun 2009 Nomor 6);
15. Peraturan Daerah Kabupaten Kutai Timur Nomor 4 Tahun 2010 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD) Kabupaten Kutai Timur Tahun 2006 - 2025 (Lembaran Daerah Kabupaten Kutai Timur Tahun 2010 Nomor 4);
16. Peraturan Daerah Kabupaten Kutai Timur Nomor 11 Tahun 2011 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Kabupaten Kutai Timur Tahun 2011 - 2015 (Lembaran Daerah Kabupaten Kutai Timur Tahun 2011 Nomor 11);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN BUPATI TENTANG RENCANA AKSI DAERAH
PERCEPATAN PENCAPAIAN TARGET MILLENIUM DEVELOPMENT
GOALS KABUPATEN KUTAI TIMUR TAHUN 2011 - 2015.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Bupati ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Daerah Kabupaten Kutai Timur.
2. Pemerintah Daerah adalah Bupati dan Perangkat Daerah sebagai unsur penyelenggara Pemerintah Daerah .
3. Pembangunan Daerah adalah rangkaian penyelenggaraan pemerintah dan pembangunan di Kabupaten Kutai Timur.
4. Rencana Aksi Daerah Percepatan Pencapaian Target Millenium Development Goals yang selanjutnya disingkat RAD MDGs adalah Rencana Aksi Daerah Percepatan Pencapaian Target Millenium Development Goals Kabupaten Kutai Timur Tahun 2011 – 2015.

BAB II
RAD MDGs

Pasal 2

RAD MDGs merupakan dokumen perencanaan sebagai pedoman dalam upaya percepatan pencapaian target Millenium Development Goals dalam mendukung pelaksanaan pembangunan daerah pada Tahun 2011 sampai dengan Tahun 2015 dalam bentuk arah kebijaksanaan, strategi, dan program serta kegiatan.

Pasal 3

Dokumen RAD MDGs sebagaimana dimaksud pada Pasal 2 yang tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Bupati ini.

Pasal 4 ...

Pasal 4

RAD MDGs menjadi pedoman Satuan Kerja Perangkat Daerah Pemerintah Daerah Kabupaten Kutai Timur untuk menyusun Rencana Kerja dan menjadi acuan bagi para pemangku kepentingan baik dari unsur Pemerintah Daerah, Perusahaan, dan Lembaga Kemasyarakatan di Kabupaten Kutai Timur dalam usaha percepatan pencapaian target Millenium Development Goals (MDGs).

BAB III

PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pasal 5

- (1) Pemerintah Daerah melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan RAD MDGs.
- (2) Pemerintah Daerah dapat membentuk Tim MDGs untuk melaksanakan kegiatan pemantauan dan evaluasi pencapaian target MDGs di Kabupaten Kutai Timur.
- (3) Tata Cara pemantauan dan evaluasi pelaksanaan RAD MDGs sebagaimana dimaksud pada ayat (1) sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

BAB IV

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 6

Peraturan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Bupati ini dengan menempatkannya dalam Berita Daerah Kabupaten Kutai Timur.

Ditetapkan di Sangatta,
pada tanggal 6 Mei 2013
BUPATI KUTAI TIMUR,



H. ISRAN NOOR

LAMPIRAN
PERATURAN BUPATI KUTAI TIMUR
NOMOR : 11 TAHUN 2013
TANGGAL: 6 Mei 2013
TENTANG
RENCANA AKSI DAERAH PERCEPATAN
PENCAPAIAN TARGET MILLENIUM
DEVELOPMENT GOALS KABUPATEN
KUTAI TIMUR TAHUN 2011-2015

BAB I
PENDAHULUAN

Millenium Development Goals (MDG's) atau Tujuan Pembangunan Millenium adalah upaya untuk memenuhi hak-hak dasar kebutuhan manusia melalui komitmen bersama antara 189 negara anggota PBB 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; (8) membangun kemitraan global dalam pembangunan.

Sebagai salah satu anggota PBB, Indonesia memiliki dan ikut melaksanakan komitmen tersebut dalam upaya untuk mensejahterakan masyarakat. Provinsi Kalimantan Timur sebagai bagian dari Negara Kesatuan Republik Indonesia juga ikut serta mendukung komitmen pemerintah tersebut, dengan melaksanakan program dan kegiatan yang bertujuan untuk mencapai target MDG's.

Percepatan pencapaian target Tujuan Pembangunan Millenium (MDGs) merupakan amanah dari Inpres Nomor 1 tahun 2010 tentang Percepatan Pelaksanaan Pembangunan Nasional 2010 dan Inpres Nomor 3 tahun 2010 tentang Program Pembangunan Berkeadilan. Pemerintah memandang bahwa pencapaian tujuan MDGs sampai dengan tahun 2010 belum optimal. Percepatan pencapaian



MDGs di tingkat nasional tertuang dalam Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium di Indonesia. Sementara itu di tingkat daerah (provinsi dan kabupaten/kota) perlu dituangkan dalam Rencana Aksi Daerah (RAD) Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium.

Rencana Aksi Daerah (RAD) Percepatan Pencapaian Pembangunan Millenium Kabupaten Kutai Timur disusun sesuai panduan yang diterbitkan oleh Bappenas, terdiri dari empat bab, yaitu: Bab I Pendahuluan, mendeskripsikan gambaran kondisi pencapaian MDGs di Kabupaten Kutai Timur dan permasalahan serta tantangan yang dihadapi; Bab II Arah Kebijakan dan Strategi Percepatan RAD MDGs Kabupaten Kutai Timur Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium, mendeskripsikan tentang arah kebijakan dan strategi percepatan pencapaian tujuan pembangunan millenium masing-masing tujuan di Kabupaten Kutai Timur; Bab III Monitoring dan Evaluasi, menggambarkan tentang mekanisme monitoring dan evaluasi percepatan pencapaian tujuan pembangunan millenium di Kabupaten Kutai Timur; dan Bab IV Penutup.

Dalam penyusunan RAD Percepatan Pencapaian Pembangunan Millenium Kabupaten Kutai Timur ini tidak seluruh tujuan (8 tujuan) MDGs dibahas, namun hanya 7 tujuan, mengingat tujuan ke-8 yaitu Mengembangkan Kemitraan Global untuk Pembangunan, kurang relevan untuk dibahas di tingkat daerah baik di tingkat provinsi maupun kabupaten/kota dan menjadi kompetensi Pemerintah Pusat. Pada bab ini akan digambarkan kondisi pencapaian tujuan pembangunan millenium di Kabupaten Kutai Timur dan permasalahan serta tantangan yang dihadapi dalam percepatan pencapaian tujuan pembangunan millenium.

1.1. Kondisi Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Kabupaten Kutai Timur

Gambaran kondisi pencapaian tujuan pembangunan millenium serta permasalahan dan tantangan di Kabupaten Kutai Timur adalah sebagai berikut:

Tabel 1.1. Status Capaian Target-target MDGs Kabupaten Kutai Timur


1

Tujuan 1 . Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

Indikator	Acuan dasar	Capaian 2010	Target 2015	Status	Sumber	
TARGET 1A : Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari US \$ 1 (PPP) per hari dalam kurun waktu 1990-2015						
1.1	Proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari USD 1,00 (PPP) per kapita per hari				BPS, RPJMD, TKP2PM	
1.1.a	Tingkat kemiskinan berdasarkan garis kemiskinan nasional	11,59 (2008)	8,62%	6,13%		▶
1.1.b	Rasio Kesenjangan Kemiskinan					
	Indeks Kedalaman Kemiskinan	-	2,49	Berkurang	▶	
	Indeks Keparahan Kemiskinan	-	0,64	Berkurang	▶	
1.1.c	Proporsi kuintil termiskin dalam konsumsi nasional	13,20 (2008)	11,39	10,00	▶	
TARGET 1 B : Mewujudkan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda						
1.2	Laju pertumbuhan PDB per tenaga Kerja	-0,86 (2008)	9,28%	>7%	●	BPS
1.3	Rasio kesempatan kerja terhadap penduduk usia 15 tahun ke atas	62,69% (2008)	69,79%	86,07%	▶	
1.4	Proporsi tenaga kerja yang berusaha sendiri dan pekerja bebas keluarga terhadap total kesempatan kerja	50,84% (2008)	44,51%	>60%	▼	

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

1.5	Prevalensi balita dengan berat badan rendah/kekurangan gizi					
1.5.a	Prevalensi balita gizi buruk					
1.5.b	Prevalensi balita gizi kurang					
1.6	Proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum :					
	1.400 Kkal/kapita/hari					BPS
	2.000 Kkal/kapita/hari	-	11,39	10,00	▶	



2

Tujuan 2. Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua

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

2.1	Angka Partisipasi Murni (APM) sekolah dasar	94,48% (2008)	97,30%	100%	▶	BPS, Dinas Pendidikan
2.2	Proporsi murid kelas 1 yang berhasil menamatkan sekolah dasar		99,40%	100%	▶	
	Angka Melek Huruf penduduk usia 15-24 tahun, perempuan dan laki-laki	95,21%	97,76%	100%	▶	





Tujuan 3 : Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

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

3.1	Rasio perempuan terhadap laki-laki di tingkat pendidikan dasar, menengah dan tinggi					
	Rasio APM perempuan/ laki-laki di SD	-	101,68%	100%		BPS, Dinas Pendidikan
	Rasio APM perempuan/ laki-laki di SMP	-	97,96%	100%		
	Rasio APM perempuan/ laki-laki di SMA	-	97,34%	100%		
	APM perempuan di Perguruan Tinggi	-	6,50%	40%		
3.1a	Rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki pada kelompok usia 15-24 tahun	88,65%	90,15%	100%		
3.2	Kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor nonpertanian	28,88% (2008)	30,00%	35%-50%		Badan pemberdayaan perempuan
3.3	Proporsi kursi yang diduduki perempuan di DPR	5,32% (2009)	7,15%	10%		



Tujuan 4 : Menurunkan Angka Kematian anak

TARGET 4A : Menurunkan Angka Kematian balita (AKBA) hingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990-2015

4.1	Angka Kematian Balita per 1.000 kelahiran hidup	32	32	30		Data Kutim Tidak tersedia, mengikuti Propinsi
4.2	Angka Kematian Bayi (AKB) per 1.000 kelahiran hidup	17	17	17		Data acuan AKB Kutim Tahun 2011



4.3	Persentase anak di usia 1 tahun yang divaksinasi campak	95%	76,00%	95%		Data acuan profil kesehatan 2011
 5	Tujuan 5 : Meningkatkan Kesehatan Ibu					
TARGET 5A : Menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990-2015						
5.1	Angka Kematian Ibu per 100.000 kelahiran hidup	512	429	102**		Data acuan thn 2010-2011
5.2	Proporsi kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan terlatih	61,00%	73%	90%		Data PWS KIA 2010 dan 2011
TARGET 5B : Mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015						
5.3	Angka pemakaian kontrasepsi / CPR bagi perempuan menikah usia 15-49, semua cara					
5.3a	Angka pemakaian kontrasepsi / CPR pada perempuan menikah usia 15-49, cara modern	58%	61%	70%		Profil Kesehatan 2011
5.4	Angka kelahiran remaja (perempuan usia 15-19 tahun) per 1.000 perempuan usia 15-19 tahun	34	31,2	28,5		Mengikuti Propinsi
5.5	Cakupan pelayanan Antenatal (sedikitnya satu kali kunjungan dan empat kali kunjungan)					
	1 kunjungan :	90%	91%	95%		Data PWS KIA 2010 dan 2011
	4 kunjungan :	80%	80%	95%		Data PWS KIA 2010 dan 2011
5.6	Unmet Need (kebutuhan keluarga berencana/KB yang tidak terpenuhi)	7,7	5,7	3,7		Mengikuti target propinsi


Tujuan 6 : Memerangi HIV/AIDS, Malaria dan Penyakit Menular Lainnya
Tujuan 6A : Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV/AIDS hingga tahun 2015

6.1	Prevalensi HIV/ AIDS (persen) dari total populasi	0,12%	0,15%	0,40%		KPAI Kutim
6.2	Penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi terakhir	8,50%	20%	70%		KPAI Kutim
6.3	Proporsi jumlah penduduk usia 15-24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS	30%	75%	95%		KPAI Kutim

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

6.4	Proporsi penduduk terinfeksi HIV lanjut yang memiliki akses pada obat- obatan antiretroviral	-	30,00%	100%		Dinas Kesehatan, RSUD
-----	--	---	--------	------	--	-----------------------

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

6.5	Angka kejadian dan tingkat kematian akibat Malaria					
6.6	Angka kejadian Malaria (per 1.000 penduduk) :					
6.7	Proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida					
6.8	Angka kejadian, prevalensi dan tingkat kematian akibat Tuberklosis					
6.8a	Angka kejadian Tuberklosis (semua kasus / 100.000 penduduk/tahun)					
6.8b	Tingkat prevalensi Tuberklosis (per 100.000 penduduk)					



6.8c	Tingkat kematian karena Tuber-kulosis (per 100.000 penduduk)					
6.9	Proporsi jumlah kasus tuberkulosis yang terdeteksi dan diobati dalam program DOTS					
6.9a	Proporsi jumlah kasus tuberkulosis yang terdeteksi dalam program DOTS					
6.9b	Proporsi kasus Tuberkulosis yang diobati dan sembuh dalam program DOTS					
 Tujuan 7 : Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup						
Tujuan 7A : Memadukan prinsip- prinsip pembangunan yang berkesinambungan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumberdaya lingkungan yang hilang						
7.1	Rasio luas kawasan tertutup pepohonan berdasarkan hasil pemotretan citra satelit dan survei foto udara terhadap luas daratan	61,50%	61,50%	Meningkat		Dinas Kehutanan
7.2	Jumlah emisi karbonmonoksida (CO)	4.727 Ug/m3(2005)	<1-12 µg/Nm ³ /24jam	Memenuhi standar baku mutu kualitas udara		Bapedalda Provinsi Kaltim (Profil Lingkungan Hidup Kaltim, 2005)
7.3	Konsentrasi Ozon	<20 -25 µg/Nm ³ (2009)	<20 µg/Nm ³	Memenuhi standar baku mutu kualitas udara		PT KPC
7.4	Proporsi tangkapan ikan yang berada dalam batasan biologis yang aman					
7.5	Proporsi kawasan hutan lindung yang terkelola baik	50,72% (2008)	53,87%	100%		Dinas Kehutanan
7.6	Proporsi ekosistem terumbu karang yang terlindungi	65%(2008)	85,00%	100%		Dinas Kelautan dan Perikanan



Tujuan 7C : Menurunkan hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum layak dan sanitasi layak hingga tahun 2015						
7.7	Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak	12,56%	10,09%	80,00%		Kantor PDAM Kutim
7.8	Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi layak, perkotaan dan pedesaan	7,24%	5,69%	>75%		Dinas PU
Tujuan 7D : Mencapai peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di permukiman kumuh (minimal 100 juta) pada tahun 2020						
7.9	Rumah Layak Huni	0,0724	0,0568	Meningkat >85%		BPS
7.10	Pemukiman Layak Huni	-	95,45%	100%		
7.11	Luas Pemukiman yang Tertata	15,87% (2008)	16,23%	Meningkat		

Keterangan Simbol :

-  Tercapai (achieve)
-  Akan Tercapai (On Track)
-  Tidak Tercapai (Off Track)

1. **Proporsi Penduduk dengan pendapatan kurang dari US\$ 1,00 (PPP) per kapita per hari.**

Dalam pengukuran tingkat kemiskinan BPS Provinsi Kalimantan Timur tidak melakukan pendataan dengan tolok ukur proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari US\$ 1,00 per kapita per hari karena secara teknis data sulit diperoleh, akan tetapi didekati dengan data persentase penduduk dengan pengeluaran perkapita kurang dari Rp 500.000 per bulan.

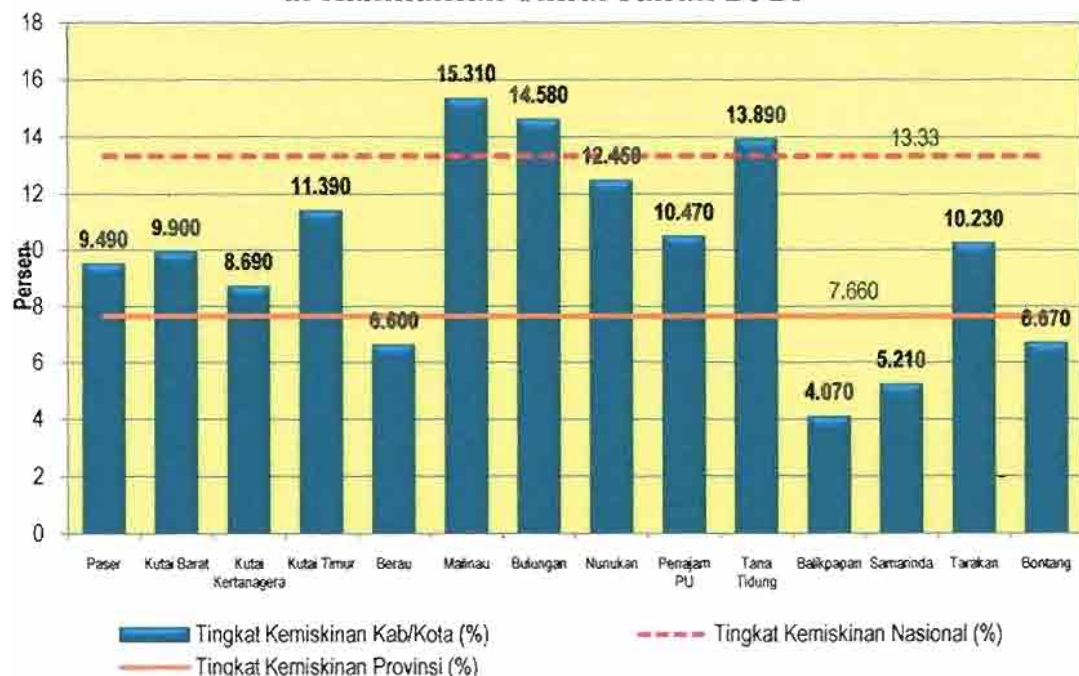


2. Persentase Penduduk yang hidup dibawah garis kemiskinan nasional.

Garis Kemiskinan (poverty line) adalah suatu batas dimana penduduk dengan pengeluaran kurang dari batas tersebut dikategorikan sebagai miskin. Garis kemiskinan terdiri dari dua komponen yaitu komponen batas kecukupan pangan (GKM) dan komponen batas kecukupan non makanan (GKNM). Garis kemiskinan Kutim tahun 2010 adalah Rp 300.108,- dengan demikian penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita/ bulan di bawah nilai tersebut.

Tingkat kemiskinan Kabupaten Kutai Timur berada diatas garis kemiskinan Propinsi Kalimantan Timur dan berada dibawah garis kemiskinan nasional.

Gambar 1.1
Posisi Tingkat Kemiskinan Kabupaten Kutai Timur
di Kalimantan Timur Tahun 2010



Berdasarkan garis kemiskinan tersebut maka jumlah penduduk miskin selama kurun waktu 2005-2010 mengalami penurunan dari 15,19% pada tahun 2005 menjadi 8,62% pada tahun 2010.

Tabel 1.2
Persentase Penduduk Diatas Garis Kemiskinan Kabupaten Kutai Timur

Tahun	Penduduk Miskin	Penduduk Diatas Garis Kemiskinan
	(%)	(%)
(1)	(2)	(3)
2005	15,19	84,81
2006	15,65	84,35
2007	15,92	84,08
2008	11,59	88,41
2009	9,31	90,69
2010	8,62	90,38

Sumber: SUSENAS, 2010

3. Rasio Kesenjangan Kemiskinan

Indeks Kedalaman Kemiskinan (IKK) merupakan ukuran rata-rata kesenjangan pengeluaran masing-masing penduduk miskin terhadap garis kemiskinan. Semakin tinggi nilai indeks, maka semakin jauh rata-rata pengeluaran penduduk dari garis kemiskinan. Indeks kedalaman kemiskinan Kabupaten Kutai Timur tahun 2010 sebesar 2,49, keparahan kemiskinan sebesar 0,64.

4. Kontribusi Kuantil Termiskin Terhadap Konsumsi Nasional

Kontribusi penduduk kuantil termiskin adalah proporsi konsumsi dari 20 persen lapisan penduduk berpendapatan terendah terhadap konsumsi nasional. Indikator ini memberikan informasi mengenai ketimpangan pendapatan dalam masyarakat, dan disebut juga "ukuran ketimpangan relatif.

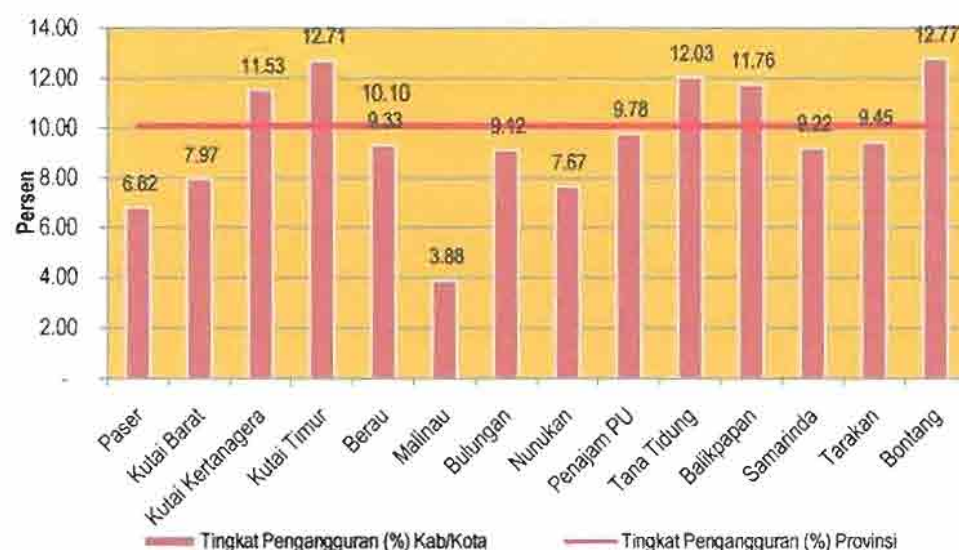
Target 1B: Mewujudkan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda

Ketenagakerjaan merupakan aspek yang mendasar dalam kehidupan manusia, karena mencakup dimensi sosial ekonomi. Salah satu sasaran dalam pembangunan adalah diarahkan pada perluasan kesempatan kerja dan terciptanya lapangan kerja baru dalam jumlah dan kualitas yang seimbang dan memadai untuk dapat menyerap tambahan angkatan kerja yang memasuki pasar kerja setiap tahunnya. Kondisi ketenagakerjaan suatu daerah dapat menggambarkan ketersediaan sumber daya manusia serta daya serap perekonomian terhadap tenaga kerja. Secara teoritis, penduduk dapat dikelompokkan ke dalam dua kategori, yaitu penduduk usia kerja dan penduduk bukan usia kerja. Penduduk usia kerja sendiri dibedakan menjadi angkatan kerja dan bukan angkatan kerja. Angkatan kerja adalah mereka yang bekerja dan mencari kerja, sedangkan yang termasuk bukan angkatan kerja adalah mereka yang sekolah, mengurus rumah tangga dan lainnya.

Tingkat pengangguran Kabupaten Kutai Timur berada diatas tingkat pengangguran Propinsi Kalimantan Timur, sebagaimana tersaji pada gambar berikut.



Gambar 1.2.
Perbandingan Tingkat Pengangguran
Kabupaten Kutai Timur terhadap Rata-Rata Provinsi Tahun 2010



Tabel 1.3
Penduduk Usia 15 Tahun Ke atas (Penduduk Usia Kerja)
Menurut Kelompok Umur Kabupaten Kutai Timur 2006-2010

Kelompok Umur	2006			2007			2008		
	L	P	L+P	L	P	L+P	L	P	L+P
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
15-24	17.694	13.966	31.660	18.113	19.240	37.353	18.289	19.408	37.697
25-34	16.866	19.910	36.776	22.794	19.895	42.689	21.330	16.435	37.765
35-44	21.597	16.852	38.449	17.184	14.397	31.581	19.875	16.076	35.951
45-54	10.361	8.359	18.720	10.235	9.432	19.667	11.557	10.165	21.722
55-59	3.077	1.989	5.066	3.746	1.997	5.743	2.809	3.080	5.889
60+	5.473	2.645	8.118	3.107	4.293	7.400	5.352	3.789	9.141
Jumlah	75.066	63.723	138.789	75.178	69.255	144.433	79.212	68.953	148.165

Kelompok Umur	2009			2010		
	L	P	L+P	L	P	L+P
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
15-24	22.391	19.312	41.703	24.146	20.873	45.019
25-34	22.428	19.343	41.771	29.132	24.766	53.898
35-44	21.454	18.503	39.957	22.693	17.155	39.848
45-54	13.814	11.914	25.728	12.932	9.752	22.684
55-59	4.237	3.655	7.892	3.547	2.185	5.732
60+	9.213	7.947	17.160	5.914	4.063	9.977
Jumlah	93.540	80.671	174.211	98.364	78.794	177.158

Sumber: SIMREDA Kabupaten Kutai Timur Tahun 2011

Dari Tabel 1.2 di atas terlihat bahwa jumlah penduduk usia kerja dari tahun ke tahun selalu meningkat, pada tahun 2006 tercatat sejumlah 138.789 jiwa meningkat 20,62% menjadi 177.158 jiwa pada tahun 2010. Jika dilihat dari jenis kelamin, tercatat peningkatan jumlah penduduk usia kerja laki-laki cenderung lebih besar jika dibandingkan penduduk usia kerja perempuan. Penduduk usia kerja laki-laki meningkat sebesar 32,21% sedangkan yang perempuan 23,65% dari tahun 2006 ke tahun 2010.

Hasil Survei Angkatan Kerja Nasional (SAKERNAS) mencatat jumlah penduduk usia kerja (15 Th ke atas) pada tahun 2005 mencatat angka sebesar 116.590 jiwa dan yang kategori sebagai angkatan kerja di Kutai Timur pada tahun 2005 mencatat angka sebesar 76.405 jiwa yang berarti tingkat partisipasi angkatan kerja (TPAK) mencapai angka 61,24 persen. Sementara pada tahun 2010 jumlah penduduk usia kerja (15 Th ke atas) mencatat angka sebesar 177.158 jiwa, dan yang kategori sebagai angkatan kerja tercatat angka sebesar 121.630 jiwa yang berarti tingkat partisipasi angkatan kerja (TPAK) mencapai angka 68,66 persen.

Pada tahun 2005 jumlah tenaga kerja yang terserap sebanyak 64.605 orang dari seluruh angkatan kerja. Lebih separuhnya yaitu 69% terserap di sektor



pertanian sedangkan pada tahun 2010 menurun menjadi sebesar 48,45% dari jumlah angkatan kerja yang terserap sebanyak 105.902 orang.

Tabel 1.4
Jumlah Tenaga Kerja di Kabupaten Kutai Timur
Berdasarkan Lapangan Pekerjaan Utama Tahun 2006-2009

Sektor/ Lapangan Pekerjaan Utama	2006		2007		2008		2009		2010	
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
Pertanian	44.795	51,68	50.065	60,79	46.602	52,46	43.736	52,46	51.310	48,45
Pertambangan	4.808	5,55	5.221	46,34	10.489	11,86	9.890	11,86	17.365	16,40
Industri Pengolahan	6.001	6,92	1.211	1,47	417	0,47	392	0,47	1.081	1,02
Listrik, Gas dan Air Bersih	699	0,81	91	0,11	381	0,43	375	0,45	257	0,24
Bangunan	1.124	1,30	4.826	5,86	2.039	2,30	1.943	2,33	4.234	4,00
Perdagangan, Hotel dan Restoran	8.910	10,28	9.273	11,26	6.286	7,09	5.929	7,11	11.589	10,94
Pengangkutan dan Komunikasi	6.449	7,44	1.664	2,02	576	0,65	550	0,66	2.846	2,69
Keuangan, Persewaan dan Jasa Perusahaan	2.005	2,31	0	0	1.498	1,69	1.418	1,70	4.044	3,82
Jasa-jasa	10.566	1,19	8.606	0,45	13.894	13,894	13.050	15,65	13.176	12,44
Lainnya	1.326	1,53	1.400	1,70	6.481	7,31	6.104	7,32	0	0
Total	86.686	100,00	82.357	100,00	88.665	100,00	83.387	100,00	105.902	100,00

Sumber:SIMREDA Kabupaten Kutai Timur Tahun 2011

Dari keseluruhan tenaga kerja yang terserap, menyisakan para pencari pekerjaan yang harus menjadi perhatian besar para pemegang kebijakan untuk mengatasinya. Pada tahun 2008, jumlah penduduk belum mempunyai pekerjaan sebesar 4.220 orang dan pada tahun 2009 sebanyak 4.636 orang. Sedangkan bagi mereka yang telah memiliki pekerjaan akan tetapi mempunyai pekerjaan yang tidak diharapkan/masih mau menerima pekerjaan dan bekerja di bawah jam kerja yang



optimal (<35 jam seminggu) atau disebut setengah penganggur tercatat tahun 2008 sejumlah 16.309 orang dan 27.354 orang pada tahun 2010. Tingkat Pengangguran Terbuka dapat dihitung dengan membuat perbandingan antara jumlah pencari kerja dengan jumlah angkatan kerja. Dengan demikian Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) tahun 2008-2010 adalah 5,09 persen, 14,59 persen dan 12,71 persen dari total angkatan kerja di Kabupaten Kutai Timur. Jadi pada tahun 2010 dari 100 penduduk yang termasuk angkatan kerja 23 orang diantaranya adalah pencari kerja (pengangguran terbuka).

Dari penduduk usia 15 tahun keatas yang bekerja sekitar 105.902 orang, ternyata masih terdapat setengah pengangguran yaitu orang yang bekerja kurang dari 35 jam/minggu, tahun 2010 terdapat sekitar 27.354 orang, dengan demikian angka Tingkat Setengah Penganggur berkisar 22,49 persen. Semakin tinggi tingkat setengah penganggur memberi indikasi pemanfaatan sumber daya manusia semakin rendah, atau sebaliknya. Sementara itu penduduk yang bekerja 35 jam/minggu atau lebih berjumlah 78.820 orang atau sebanyak 74,24 persen dari penduduk 15 tahun keatas yang bekerja. Artinya mereka bekerja dengan produktivitas yang tinggi.

Tabel 1.5.
Penduduk Usia 15 tahun ke atas menurut Jenis Kelamin di Kabupaten Kutai Timur
2005-2010

Uraian	2005	2009	2010
Angkatan Kerja	76.405	83.387	121.630
Laki-laki	55.839	62.641	84.469
Perempuan	20.566	20.746	37.161
Bukan Angkatan kerja	40.185	53.162	55.528
Laki-laki	7.156	10.455	13.895
Perempuan	33.029	42.707	41.633
TOTAL	116.590	136.549	177.158

Sumber : Badan Pusat Statistik Kabupaten Kutai Timur dan BPS Provinsi Kalimantan Timur (SAKERNAS)



Tabel 1.6.
Jumlah Angkatan Kerja dan Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK) di Kabupaten Kutai Timur 2005-2010

No		2005	2009	2010
1.	Angkatan Kerja/AK	76.405	83.387	121.630
2.	Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja/TPAK	61,24	61,07	68,66

Sumber : Badan Pusat Statistik Kabupaten Kutai Timur dan BPS Provinsi Kalimantan Timur (SAKERNAS)

Tabel 1.7.
Tingkat pengangguran di Kabupaten Kutai Timur 2005-2010

No.	Variabel	2008	2009	2010
1.	Angka pengangguran	5,09 %	14,59 %	12,71 %
2.	Angka setengah menganggur	16.309	15.014	27.334

Sumber : Badan Pusat Statistik Kabupaten Kutai Timur dan BPS Provinsi Kalimantan Timur (SAKERNAS)

1. Laju Pertumbuhan PDRB per Tenaga Kerja selama periode Tahun 2010

PDRB Kabupaten Kutai Timur, terus berkembang sejak tahun 2006-2010. Jika tahun 2006 nilai PDRB sebesar Rp 16,26 triliun, maka pada tahun telah berkembang menjadi Rp 34,17 triliun.

Tabel 1.8
Perkembangan PDRB dan Laju Pertumbuhan Ekonomi Kabupaten Kutai Timur Tahun 2006-2010

Tahun	Dengan Migas (Juta Rp)		Tanpa Migas (Juta Rp)		Tanpa Migas & Batubara (Juta Rp)	
	Harga Berlaku	Harga Konstan 2000	Harga Berlaku	Harga Konstan 2000	Harga Berlaku	Harga Konstan 2000
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
2006	16.264.633,10	13.725.717,92	15.853.954,84	13.462.726,34	2.664.223,10	1.751.396,39
2007	18.394.194,66	14.834.118,89	17.821.603,42	14.656.942,05	3.056.749,36	1.841.789,54
2008	24.391.455,20	14.706.782,47	23.521.639,69	14.505.373,10	3.630.633,06	1.936.780,71
2009	27.380.004,69	15.530.301,70	26.430.182,46	15.313.671,39	4.101.439,75	2.017.156,18
2010	34.179.895,99	16.972.264,28	33.427.758,31	16.808.371,51	4.701.103,10	2.140.410,93

Produktivitas tenaga kerja sangat penting dalam perekonomian, disamping menggambarkan kemampuan sumberdaya manusia dalam menghasilkan suatu produk juga akan sekaligus akan berpengaruh terhadap biaya produksi yang pada akhirnya akhir akan melahirkan *competitive advantage*.

Secara sektoral, produktivitas tenaga kerja tahun 2006-2010 berfluktuasi, sektor yang cenderung menurun adalah sektor pertanian, dan perdagangan serta industri pengolahan, sedangkan sektor-sektor lain cenderung relatif terjadi kenaikan.

Untuk mengetahui Laju Pertumbuhan PDRB Pertenaga kerja dilaksanakan dengan melakukan Perbandingan antara Jumlah Angka Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) dengan Jumlah Penduduk yang bekerja selama Priode Tahun 2010 dengan perbandingan sebagai berikut :

$$\frac{\text{Rp. 34.179.895.990.000}}{121.630 \text{ Orang}} = \text{Rp. 281.015.342/tahun}$$

Dengan demikian untuk mengukur laju Pertumbuhan PDRB Pertenaga Kerja telah diperoleh Angka Sebesar Rp. 281.015.342,- pertenaga Kerja Pertahun dalam arti Setiap Tenaga Kerja memiliki Produktivitas Sebesar Rp., 281.015.342,- /Tahun

2. Rasio Kesempatan Kerja terhadap Penduduk Usia 15 Tahun ke atas

Salah satu sasaran dalam pembangunan adalah diarahkan pada perluasan kesempatan kerja dan terciptanya lapangan kerja baru dalam jumlah dan kualitas yang seimbang dan memadai untuk dapat menyerap tambahan angkatan kerja yang memasuki pasar kerja setiap tahunnya. Karena itu peningkatan dalam jumlah angkatan kerja bila tidak diimbangi



dengan penambahan kesempatan kerja akan menimbulkan permasalahan dalam pembangunan.

Rasio penduduk yang bekerja terhadap angkatan kerja merupakan Tingkat Kesempatan Kerja (TKK). Melalui angka ini, dapat dilihat seberapa besar kesempatan kerja untuk semua orang termasuk penduduk yang berusia 15 tahun keatas termasuk pekerja perempuan dan kaum muda.

Untuk mengetahui besaran Angka Rasio Kesempatan Kerja terhadap Penduduk Usia 15 keatas selama kurun waktu Tahun 2010, maka dilakukan perhitungan dengan membandingkan antara Orang Bekerja dengan Penduduk Usia Kerja sebagai berikut :

$$\frac{121.630 \text{ Orang}}{177.158 \text{ Orang}} = 0,68\%$$

3. Proporsi Tenaga Kerja yang Berusaha Sendiri dan Pekerja Bebas Keluarga terhadap Total Kesempatan Kerja

Status pekerjaan merupakan indicator ketenagakerjaan yang dapat menjelaskan kedudukan penduduk yang bekerja. Status pekerjaan pekerja dapat dikelompokkan dalam lima katagori: berusaha sendiri tanpa dibantu orang lain, berusaha sendiri dibantu ART tidak tetap, berusaha dibantu buruh tetap, buruh/karyawan dan pekerja keluarga.

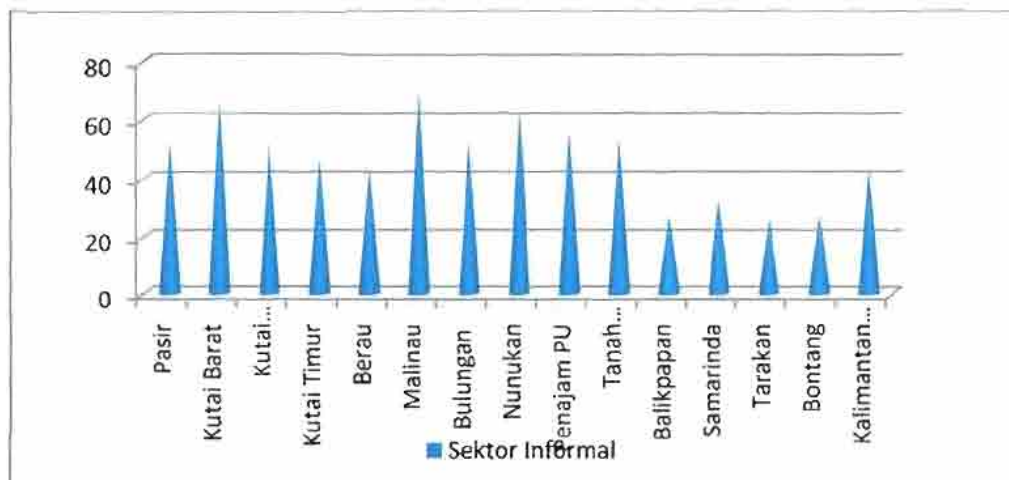
Proporsi penduduk yang bekerja dengan status berusaha sendiri dan pekerja keluarga atau lebih dikenal dengan pekerja di sektor informal di Kabupaten Kutai Timur cenderung fluktuatif. Dalam periode 2005-2010, persentase penduduk di Kabupaten Kutai Timur yang bekerja di sektor formal sekitar 43 persen sampai dengan 55 persen. Pada tahun 2005, persentase penduduk Kabupaten Kutai Timur yang



bekerja di sector informal sebesar 49,36%. Sedangkan pada tahun 2009 mengalami peningkatan menjadi 51,24% tetapi kembali mengalami penurunan meski pun tidak signifikan menjadi 44,51% pada tahun 2010.

Gambar 1.3.

Proporsi Tenaga Kerja Yang Berusaha Sendiri dan Pekerja Bebas Keluarga Terhadap Total Kesempatan Kerja Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2010



Sumber: BPS Provinsi Kalimantan Timur

Jumlah Penduduk Usia Kerja (PUK) di Kabupaten Kutai Timur selama kurun waktu Tahun 2010 telah tercatat sebanyak 116.590 Orang dan tidak seluruhnya Bekerja pada Sektor Formal melainkan juga Bekerja di Sektor Informal. Dari Jumlah Penduduk Usia Kerja (PUK) tersebut diatas Jumlah Penduduk yang Bekerja dalam tahun 2010 tercatat sebanyak 105.902 Orang terdiri dari Bekerja di Sektor Formal sebanyak 58.768 Orang dan di Sektor Informal Sebanyak 47.134 Orang.

Untuk mengetahui Proporsi Tenaga Kerja yang Berusaha Sendiri dan Bekerja Bebas Keluarga terhadap Total Kesempatan Kerja selama Tahun 2010 dilakukan perhitungan dengan membandingkan antara jumlah Orang Bekerja selama Tahun 2010 dengan Orang Bekerja di Sektor Informal yaitu sebagai berikut :

$$\frac{47.134 \text{ Orang}}{105.902 \text{ Orang}} = 44,51\%$$

Tabel 1.9.
Penduduk bekerja menurut Sektor Formal dan Informal
di Kabupaten Kutai Timur Tahun 2005-2010

No.	Sektor	2005		2009		2010	
		Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%
1.	Formal	18.354	31,70	39.569	48,72	58.768	55,49
2.	Informal	39.546	68,30	41.649	51,28	47.134	44,51
	TOTAL	57.901	100,00	81.218	100	105.902	100,00

Sumber : Badan Pusat Statistik Kabupaten Kutai Timur dan BPS Provinsi Kalimantan Timur (SAKERNAS)

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

1. Prevalensi Balita dengan Berat Badan Rendah/Kekurangan Gizi

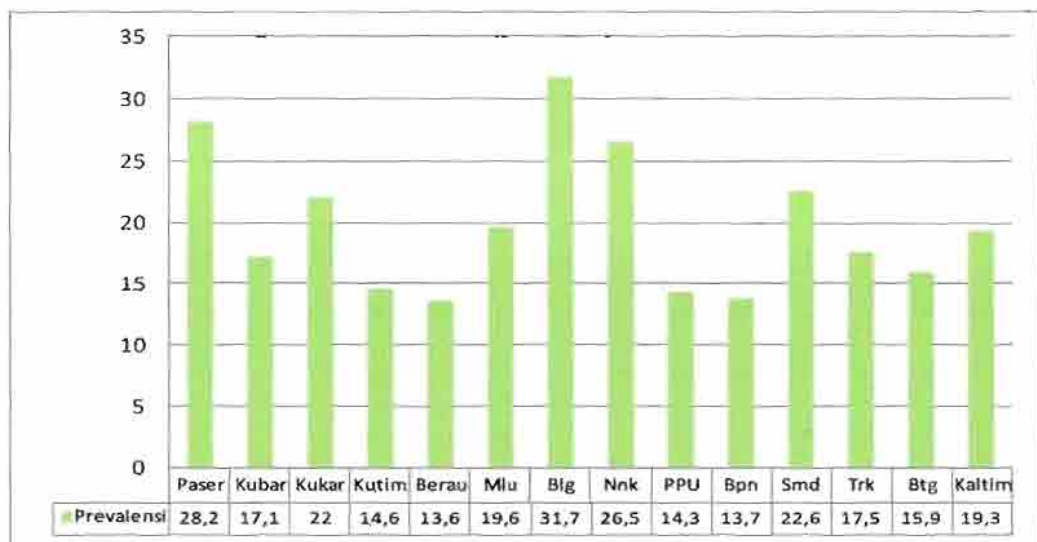
Tolok ukur yang dapat mencerminkan status gizi masyarakat adalah status gizi pada balita yang diukur dengan berat badan dan tinggi badan menurut umur dan dibandingkan dengan standar buku rujukan WHO (2005). Selain itu keadaan gizi masyarakat juga dapat diketahui dari besarnya masalah kekurangan gizi mikro pada kelompok rentan, yaitu Gangguan Akibat Kekurangan Yodium (GAKY), Anemia Gizi Besi (AGB) dan Kurang Vitamin A (KVA).

Terdapat hubungan timbal balik antara kekurangan gizi dengan kemiskinan. Kemiskinan merupakan penyebab pokok atau akar masalah terjadinya kekurangan gizi selain disebabkan oleh kurangnya pemahaman tentang gizi seimbang bagi sebagian masyarakat terutama di perdesaan dan kelompok rentan. Proporsi Balita yang kekurangan gizi berbanding lurus dengan jumlah penduduk miskin. Semakin kecil pendapatan



penduduk maka persentase Balita yang kekurangan gizi semakin meningkat, dan sebaliknya semakin tinggi tingkat pendapatan penduduk, semakin rendah persentase Balita yang kekurangan gizi. Prevalensi kurang gizi pada balita di Kabupaten Kutai Timur sebesar 14,6%.

Gambar 1.4.
Prevalensi Balita dengan Berat Badan Rendah/Kekurangan Gizi menurut Kabupaten/Kota (2007)



Faktor penyebab langsung pertama adalah konsumsi makanan yang tidak memenuhi jumlah dan komposisi zat gizi yang memenuhi syarat makanan beragam, bergizi seimbang dan aman. Pada tingkat makro, konsumsi makanan individu dan keluarga dipengaruhi oleh ketersediaan pangan yang ditunjukkan oleh tingkat produksi dan distribusi pangan. Ketersediaan pangan beragam sepanjang waktu dalam jumlah yang cukup dan harga terjangkau oleh semua rumah tangga sangat menentukan ketahanan pangan di tingkat rumah tangga dan tingkat konsumsi makanan keluarga. Khusus untuk bayi dan anak telah dikembangkan standar emas makanan bayi yaitu : 1) inisiasi menyusui dini; 2) memberikan ASI eksklusif sampai bayi berusia 6 bulan; 3)

pemberian makanan pendamping ASI yang berasal dari makanan keluarga, diberikan tepat waktu mulai bayi berusia 6 bulan; dan 4) ASI terus diberikan sampai anak berusia 2 tahun.

Faktor penyebab langsung kedua adalah penyakit infeksi yang berkaitan dengan tingginya kejadian penyakit menular dan buruknya kesehatan lingkungan. Untuk itu, cakupan universal untuk imunisasi lengkap pada anak sangat mempengaruhi kejadian kesakitan yang perlu ditunjang dengan tersedianya air minum bersih dan hygiene sanitasi yang merupakan salah satu faktor penyebab tidak langsung.

Faktor penyebab tidak langsung, selain sanitasi dan penyediaan air bersih, kebiasaan cuci tangan dengan sabun, buang air besar di jamban, tidak merokok dan memasak di dalam rumah, sirkulasi udara dalam rumah yang baik, ruangan dalam rumah yang terkena matahari dan lingkungan rumah yang bersih. Faktor lain yang juga berpengaruh yaitu ketersediaan pangan. Selanjutnya, pola asuh bayi dan anak serta jangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, akses informasi dan tingkat pendapatan keluarga.

2. Proporsi Penduduk dengan Asupan Kalori di bawah tingkat Konsumsi Minimum

Ketidakstabilan ekonomi, politik, dan sosial dapat disebabkan oleh rendahnya tingkat kesejahteraan rakyat yang tercermin dari rendahnya konsumsi pangan dan status gizi masyarakat. Oleh karena itu, mengatasi masalah gizi masyarakat merupakan salah satu tumpuan penting dalam pembangunan ekonomi, politik, dan kesejahteraan social yang berkelanjutan.



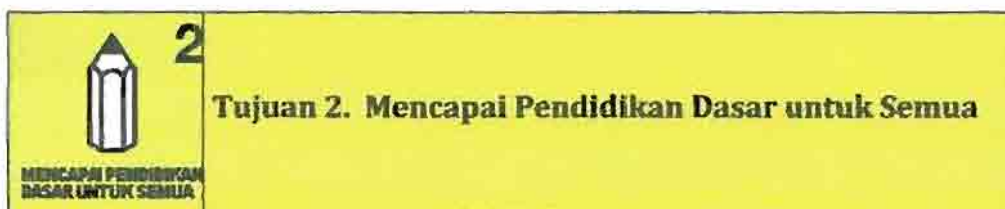
a. Kategori <1400 Kkal/kapita/hari

Proporsi penduduk di Kabupaten Kutai Timur dengan asupan kalori dibawah tingkat konsumsi minimum atau <1400 Kkal/kapita/hari data tidak tersedia.

b. Kategori <2000 Kkal/kapita/hari

Proporsi penduduk di Kabupaten Kutai Timur dengan asupan kalori dibawah tingkat konsumsi minimum atau <2000 Kkal/kapita/hari pada tahun 2010 sebesar 11,39%.

Kabupaten Kutai Timur termasuk kabupaten yang ditetapkan sebagai desa mandiri pangan melalui survey DDRT (Data Dasar Rumah Tangga) dan SRT (Survei Rumah Tangga) yang akhirnya didapat RTM (Rumah Tangga Miskin) minimum 30 %.



Sebagaimana telah diamanatkan Undang-undang Dasar Tahun 1945 Pasal 31 ayat (1) yang menyebutkan bahwa: "*Setiap warga Negara berhak mendapat pendidikan*". Kemudian pada ayat (2) di pasal yang sama disebutkan bahwa: "*Setiap warga Negara wajib mengikuti pendidikan dasar dan pemerintah wajib membiayainya*." Selain itu berdasarkan UU no 20 tahun 2003 Pasal 49 ayat (1) disebutkan bahwa: "*Dana pendidikan selain gaji pendidik dan biaya pendidikan kedinasan, dialokasikan minimal 20 % dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD)*."

Pemerintah Kabupaten Kutai Timur telah mengalokasikan anggaran pendidikan sebesar 20% dari APBD mulai tahun anggaran 2006 sampai tahun anggaran 2010. Pada tahun 2005, angka melek huruf sebesar 93,26%.

Selama kurun waktu waktu tahun 2006-2011 terjadi peningkatan jumlah penduduk melek huruf yaitu berturut-turut: 95,43%; 95,48%; 95,21%; 96,44%, 97,76%, dan 97,99%. Kenaikan angka melek huruf tersebut berarti juga terjadinya penurunan jumlah penduduk buta aksara berturut-turut sebesar: 4,57%; 4,52%; 4,79%; 3,56%; 2,24% dan 2,01%. Pada tahun 2006 - 2011 rata-rata lama sekolah penduduk Kutai Timur berturut-turut sekitar: 7,29 tahun; 7,57 tahun; 7,61 tahun; 7,65 tahun ; 8,03 tahun dan 8,05 tahun.

Pendidikan adalah aspek yang memiliki peranan penting bagi suatu wilayah. Hal ini, karena pendidikan mampu menjawab persoalan-persoalan penting seperti kemiskinan, pengangguran, dan tingkat penghasilan. Dalam jangka menengah pendidikan diharapkan mampu meningkatkan penghasilan masyarakat sehingga, sehingga masyarakat dapat hidup lebih layak. Sedangkan dalam jangka panjang diharapkan pendidikan merupakan solusi bagi pengentasan kemiskinan, mensejahterakan masyarakat, dan sekaligus menjamin kelangsungan pembangunan yang berkelanjutan. Adapun indikator pendidikan yang telah dicapai oleh Provinsi Kalimantan Timur seperti yang tertera pada Tabel berikut.

Tabel 1.10.
Perkembangan Indeks Pembangunan Manusia (IPM) Tahun 2006-2011

No	I P M	2006	2007	2008	2009	2010	2011
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
1	Angka Harapan Hidup	67,90	68,08	68,25	68,43	68,61	68,72*
2	Angka Melek Huruf	95,43	95,48	95,21	96,44	97,76	97,99
3	Angka Buta Aksara	4,57	4,52	4,79	3,56	2,24	2,01
4	Rata-Rata Lama Sekolah	7,29	7,57	7,61	7,65	8,03	8,05
5	Pengeluaran Per Kapita	613,66	615,71	619,00	621,34	675,99	625,13*
6	IPM	69,84	70,46	70,84	71,23	74,76	74,87*
7	Jumlah Penduduk Miskin	31.800	31.700	24.760	22.890	29.200	27.432*
8	Persentase Penduduk Miskin	17.66	17.51	13.20	9,31	7,95	6,37

Sumber:

- Simreda Kabupaten Kutai Timur Tahun 2011, BPS Provinsi Kalimantan Timur dan Bappeda Kabupaten Kutai Timur
- Dinas Pendidikan Kabupaten Kutai Timur Tahun 2012
- *) Data BPS Provinsi Kalimantan Timur Tahun 2012

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

1. Angka Partisipasi Murni Pendidikan Dasar (APM SD & SMP)

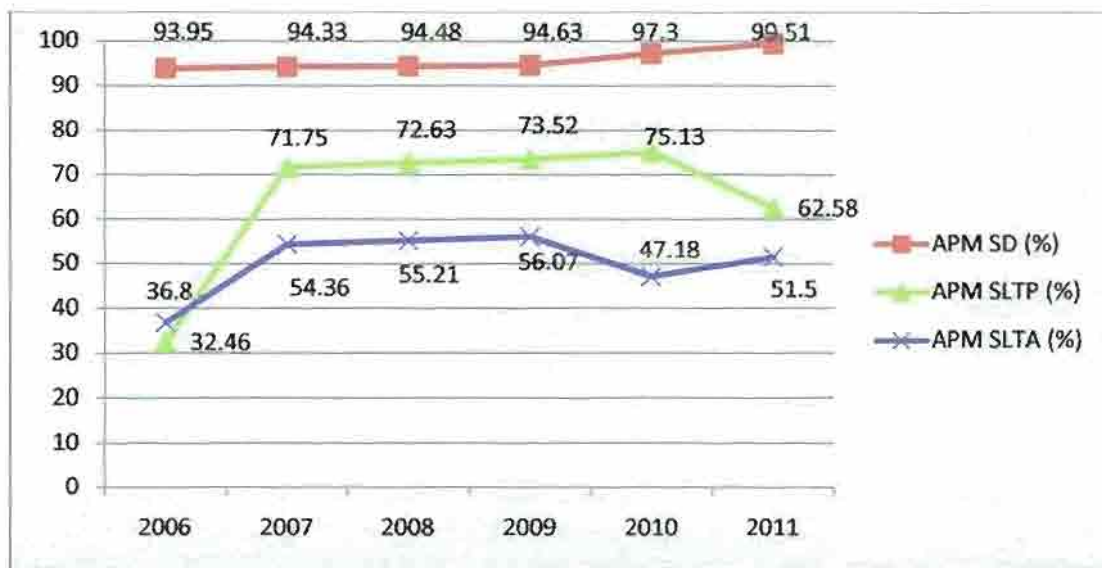
Angka Partisipasi Murni (APM) merupakan perbandingan antara jumlah murid pada suatu jenjang pendidikan tertentu pada kelompok usia jenjang pendidikan yang bersangkutan dengan jumlah penduduk pada kelompok usia untuk tingkat pendidikan yang bersangkutan.

Pada tahun 2006, APM untuk SD, SLTP, dan SLTA berturut-turut: 93,35%; 32,46%; dan 36,80%, kemudian pada tahun 2010 menjadi: 97,30%, 75,13%; dan 47,18% dan tahun 2011 menjadi 99,51%; 62,58%, dan 51,5%. Sedangkan APS untuk kelompok umur 7–12 tahun, 13–15 tahun, dan 16–18 tahun, pada tahun 2006 berturut-turut: 94,90%, 86,45%, dan 47,15%, kemudian pada tahun 2010 menjadi: 99,13%, 94,97%, dan 62,56% dan tahun 2011 menjadi 99,14%; 95,13%; dan 63,45%.

Pada tahun 2006-2010, penduduk menurut jenjang pendidikan SLTP, SLTA, dan Perguruan Tinggi meningkat berturut-turut dari 19,44% menjadi 17,30%, dan 19,05% menjadi 27,34 %, serta dari 2,45 % menjadi 4,59 %. Sementara itu penduduk Tidak/belum sekolah/tidak tamat SD turun dari 31,73% menjadi 25,09%.



Gambar 1.5.
Perkembangan Angka Partisipasi Murni SD, SMP dan SLTA Kabupaten Kutai Timur
Tahun 2006 – 2011



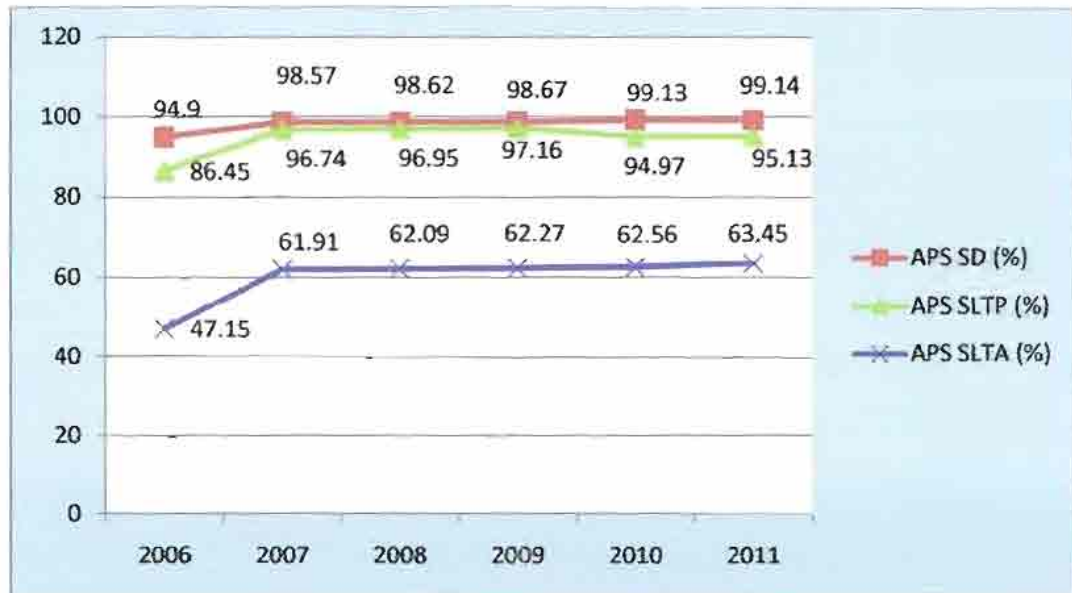
Sumber : SIMREDA Kabupaten Kutai Timur Tahun 2011
Dinas Pendidikan Kabupaten Kutai Timur 2012

Gambar 1.6
Perkembangan Angka Partisipasi Kasar SD, SMP dan SLTA Kabupaten Kutai Timur
Tahun 2006 – 2011



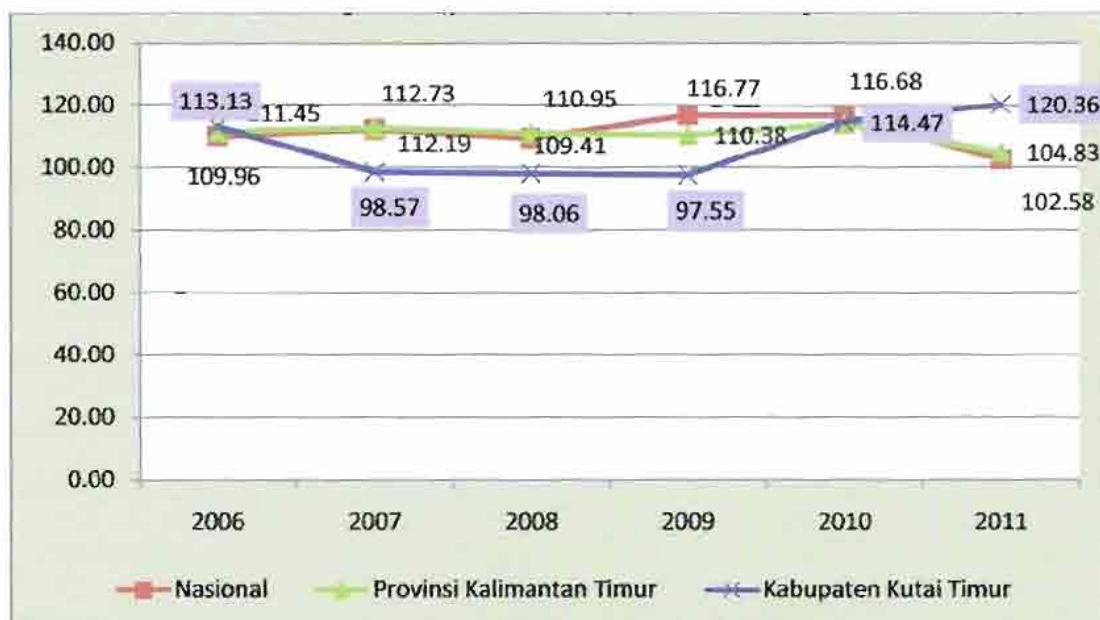
Sumber : SIMREDA Kabupaten Kutai Timur Tahun 2011 dan LKPJ 2011

Gambar 1.7.
Perkembangan Angka Partisipasi Sekolah SD, SMP dan SLTA Kabupaten Kutai Timur Tahun 2006 – 2011



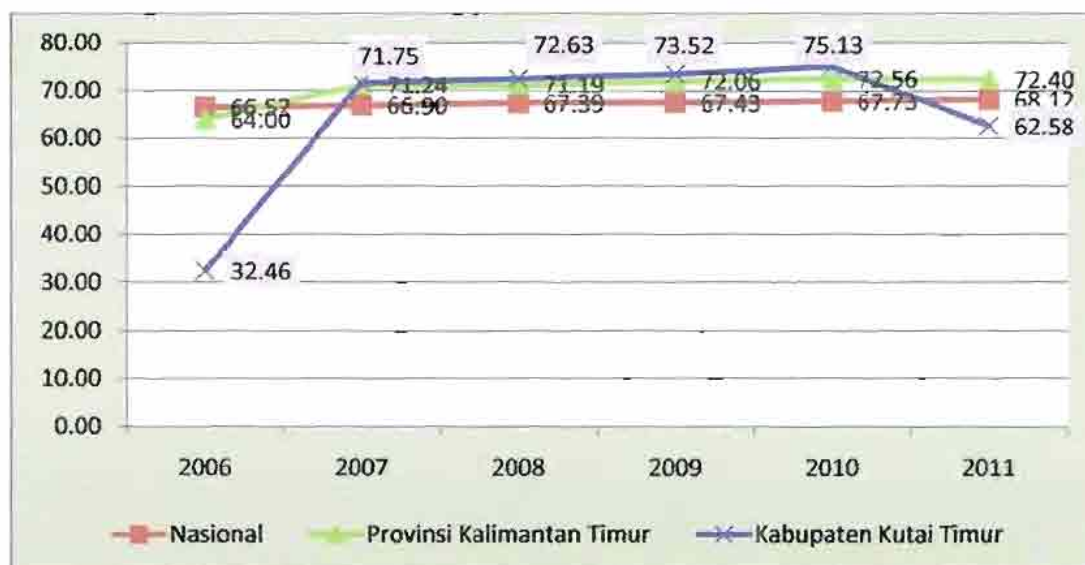
Sumber : SIMREDA Kabupaten Kutai Timur Tahun 2011 LKPJ 2011.

Gambar 1.8.
Relevansi Angka Partisipasi Kasar SD/MI Provinsi, Nasional dan Kabupaten Kutai Timur Tahun 2006 – 2011



Sumber : Data Diolah :Bappeda, Dinas Pendidikan, BPS

Gambar 1.9.
Relevansi Angka Partisipasi Murni SMP/MTS Provinsi, Nasional dan Kabupaten Kutai Timur Tahun 2006 – 2011



Sumber : SIMREDA Kabupaten Kutai Timur Tahun 2011

2. Proporsi Murid Kelas 1 yang Berhasil Menamatkan Sekolah Dasar

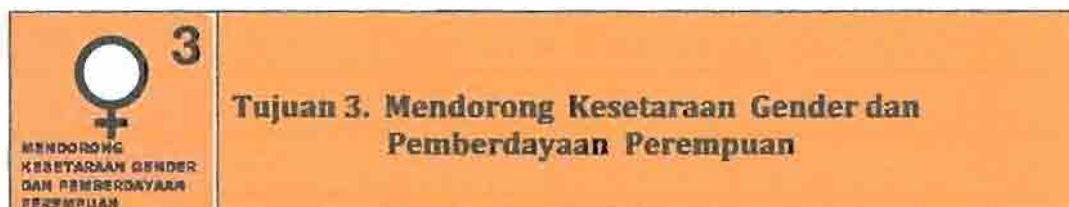
Meskipun angka-angka (APM, APK, dan APS) yang menjadi indikator pendidikan di Provinsi Kalimantan Timur sudah tergolong cukup baik, namun masih ada hal-hal lain yang tak kalah pentingnya harus diperhatikan.

Berdasarkan SP 2010, Kutai Timur Proporsi : Anak Lulusan SD: 4310/ anak usia 12 th = 4578 (SP2010) = 94,14 %. Jika dibandingkan dengan Propinsi maka Kabupaten Kutai Timur untuk proporsi murid kelas 1 yang berhasil menamatkan SD berada diatas angka proporsi Kalimantan Timur Lulus SD 59.222/anak 12th 63023 =93,97%

3. Buta Huruf Penduduk Usia 15-24 Tahun, Perempuan dan Laki-Laki

Angka Melek Huruf (AMH) adalah perbandingan jumlah penduduk berusia 15-24 tahun yang dapat membaca dan menulis kalimat sederhana menggunakan huruf latin dengan jumlah penduduk usia 15-24 tahun.

AMH merupakan salah satu indikator kunci dalam penghitungan Indeks Pembangunan Manusia (IPM). Secara umum AMH untuk Provinsi Kalimantan Timur terus mengalami peningkatan. Salah satu indikasinya adalah pada tahun 2010, jumlah penduduk yang termasuk kategori buta aksara (huruf) di Kabupaten Kutai Timur adalah 2,24 %. Kemudian tahun 2011 menjadi 2,01%.



Tabel 1.11.

Angka Partisipasi Murni (APM) Menurut Tingkat/ Jenjang Pendidikan dan Jenis Kelamin, Tahun 2010

	Laki-Laki	Perempuan	L + P
SD	97,08	98,72	97,89
SLTP	82,68	80,99	81,99
SLTA	54,26	47,39	50,92
PT	0,81	6,50	3,54

Sumber : Susenas 2010

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

1. Rasio Perempuan terhadap Laki-Laki di tingkat Pendidikan Dasar, Menengah Atas, dan Perguruan Tinggi

Dalam upaya mendorong kesetaraan Gender dan pemberdayaan perempuan, Kabupaten Kutai Timur telah cukup berhasil

menyeimbangkan peran perempuan dengan laki-laki dari fokus pendidikan baik pada jenjang SD maupun SMP dan sudah berada pada posisi on track, adapun pada jenjang SMA masih berada pada posisi off track dan sedang diupayakan perbaikannya.

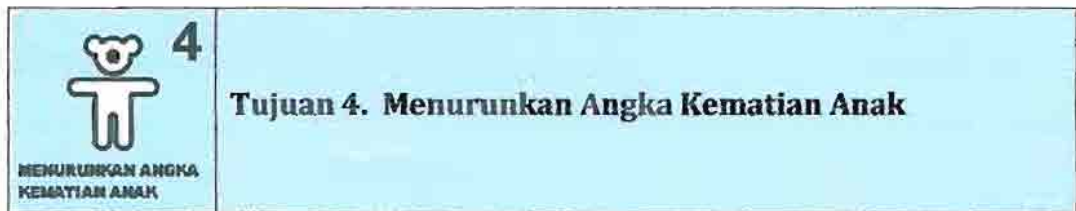
2. Kontribusi Perempuan dalam Pekerjaan Upahan di Sektor Non Pertanian

Fenomena yang sangat menarik dimana sebagai kodrat wanita lebih memilih bekerja di bidang non pertanian, hal ini ditunjukkan dengan adanya peningkatan kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan pada sektor perdagangan, pertambangan, industri dan sebagainya khususnya non pertanian. Adapun kontribusi tersebut mencapai 30%.

3. Proporsi Kursi yang diduduki Perempuan di DPRD

Dalam rangka memberdayakan perempuan menuju kesetaraan gender, diperlukan akses seluas-luasnya terhadap perempuan untuk berperan aktif di semua bidang kehidupan. Untuk dapat mengetahui peran aktif perempuan salah satunya dapat diukur dari partisipasi perempuan pada lembaga pemerintah maupun swasta. Di Kabupaten Kutai Timur, 7,15% pekerja perempuan yang bekerja di lembaga pemerintah 92,85% yang bekerja di lembaga swasta dari 37.161 pekerja perempuan.





Dalam upaya menurunkan Angka Kematian Anak Kabupaten Kutai Timur telah cukup berhasil, terbukti dari Angka Kematian Bayi (AKB) per 1000 kelahiran hidup dan Angka Kematian Balita per 1000 kelahiran hidup sudah berada pada posisi *on track*, yakni mengarah pada target MDGs. Hingga tahun 2010, baik AKB maupun AKABA telah melampaui capaian Propinsi dan Nasional dalam menekan angka kematian anak.

Angka Kematian Bayi (IMR) menurun dari 19,75 per 1.000 kelahiran di tahun 2006 menjadi 11,83 per 1.000 kelahiran di tahun 2010 dan 11,39 pada tahun 2011. Hal ini menggambarkan bahwa ibu-ibu usia produktif mengalami peningkatan dalam hal kesehatannya, memahami arti penting menjaga janin selama kehamilan dengan memakan makanan bergizi dan memeriksakan kesehatannya di tempat sarana kesehatan yang semakin lengkap. Untuk angka harapan hidup mengalami peningkatan dari 67,90 tahun di tahun 2006 menjadi 68,66 tahun di tahun 2010 dan 68,72 tahun pada tahun 2011. Hal ini menggambarkan semakin sehatnya masyarakat karena adanya peningkatan pendapatan hingga dapat memenuhi kebutuhan gizi yang cukup.

Tabel 1.12.
Angka Kelahiran dan Kematian, Usia Harapan Hidup, dan Rasio Ketergantungan
Tahun 2006-2011

NO	VARIABEL	SATUAN	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1	Angka Kelahiran Total /TFR	Per Wanita	2,26	2,25	2,20	2,15	2,22	2,85
2	Angka Kematian Bayi/IMR	Per 1000 kelahiran hidup	19,75	19,74	19,71	19,69	11,83	11,39
3	Angka Harapan Hidup	Tahun	67,90	68,08	68,25	68,43	68,61	68,72
4	Rasio Ketergantungan	%	50,41	46,49	45,99	51,22	51,22	36,97

Sumber: - SIMREDA Kabupaten Kutai Timur Tahun 2011
- Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Timur 2012

Tabel 1.13.
Status Capaian Tujuan 4 MDGs Kabupaten Kutai Timur

Indikator	Acuan Dasar	Saat ini	Target MDGs 2015	Status	Sumber
Target 4 A : Mengurangi 2/3 angka kematian balita dalam kurun waktu 1990 – 2015					
4.1 Angka Kematian Balita (AKABA) per 1000 kelahiran hidup	32	32	30		Data Kutim Tidak tersedia, mengikuti Propinsi
4.2 Angka Kematian Bayi (AKB) per 1000 kelahiran hidup	17	17	17		Data acuan AKB Kutim Tahun 2011
4.3 Persentase anak usia 1 tahun yang imunisasi campak	95%	76%	95%		Data acuan profil kesehatan 2011



Target 4A: Menurunkan angka kematian balita (AKBA) hingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990 – 2015

1. Angka Kematian Balita per 1000 Kelahiran Hidup

Data statistik menunjukkan bahwa Angka Kematian Balita (AKABA) di Kabupaten Kutai Timur pada tahun 2010 tidak tersedia sehingga mengikuti data provinsi yaitu sebesar 32 per 1.000 kelahiran hidup. Dibandingkan dengan target MDGs tahun 2015 sebesar 32 per 1.000 kelahiran hidup kondisi ini dapat dicapai.

2. Angka Kematian Bayi per 1000 Kelahiran Hidup

Sementara itu Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Kutai Timur mengalami penurunan dari 19 tahun 2005 menjadi 11 per 1.000 kelahiran hidup tahun 2010. Jika dibandingkan dengan target MDGs tahun 2015 sebesar 20 per 1.000 kelahiran hidup kemungkinan akan dapat dicapai.

Penurunan AKB tersebut menunjukkan gambaran adanya peningkatan kualitas hidup dan pelayanan kesehatan masyarakat. Penurunan AKB tersebut antara lain disebabkan adanya peningkatan cakupan imunisasi pada bayi, peningkatan cakupan persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten, peningkatan bidan di desa serta peningkatan proporsi ibu dengan pendidikan tinggi.

3. Persentase Anak Usia 1 Tahun yang diimunisasi Campak

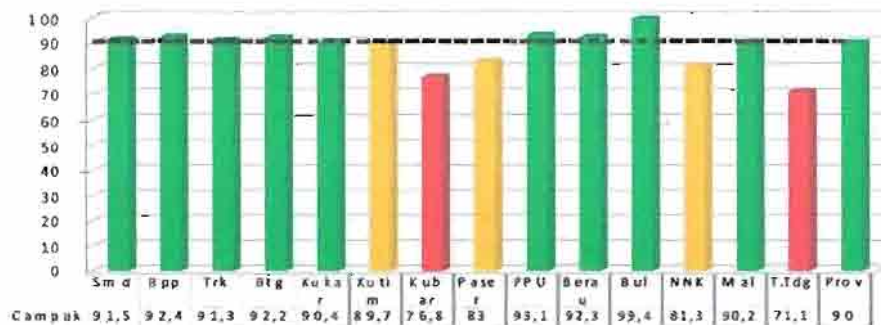
Imunisasi adalah suatu cara untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila kelak ia terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau sakit ringan. Salah satu Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)



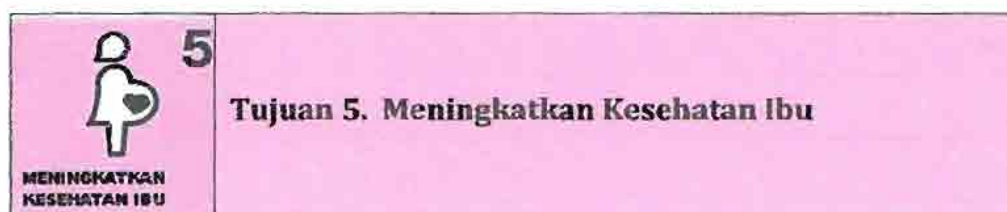
adalah Campak, penyakit ini dapat dicegah dengan pemberian imunisasi campak dengan cakupan rutin yang tinggi (> 90 %) di setiap Kabupaten/Kota. Menurut data surveilans menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara cakupan imunisasi yang tinggi dengan rendahnya kasus campak.

Gambar 1.10

CAKUPAN CAMPAK PER KAB/KOTA
DI KALTIM TAHUN 2010



Pencapaian *Universal Child Immunization* (UCI) dalam arti melindungi sedikitnya 80 persen anak-anak dengan imunisasi dasar lengkap sebelum usia satu tahun masih rendah.



Tujuan 5. Meningkatkan Kesehatan Ibu

Tabel 1.14.
Status Capaian Tujuan 5 MDGs Kabupaten Kutai Timur

 Tujuan 5 : Meningkatkan Kesehatan Ibu						
TARGET 5A : Menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990-2015						
5.1	Angka Kematian Ibu per 100.000 kelahiran hidup	512	429	102		Data acuan thn 2010-2011
5.2	Proporsi kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan terlatih	61%	73%	90%		Data PWS KIA 2010 dan 2011
TARGET 5B : Mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015						
5.3	Angka pemakaian kontrasepsi / CPR bagi perempuan menikah usia 15-49, semua cara					
5.3a	Angka pemakaian kontrasepsi / CPR pada perempuan menikah usia 15-49, cara modern	58%	61%	70%		Profil Kesehatan 2011
5.4	Angka kelahiran remaja (perempuan usia 15-19 tahun) per 1.000 perempuan usia 15-19 tahun	34	31,2	28,5		Mengikuti target propinsi
5.5	Cakupan pelayanan Antenatal (sedikitnya satu kali kunjungan dan empat kali kunjungan)					
	1 kunjungan :	90%	91%	95%		Data PWS KIA 2010 dan 2011



	4 kunjungan :	80%	80%	95%		Data PWS KIA 2010 dan 2011
5.6	<i>Unmet Need</i> (kebutuhan keluarga berencana/KB yang tidak terpenuhi)	7,7	5,7	3,7		Mengikuti target propinsi

Pada dasarnya pembangunan di bidang kesehatan bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan secara mudah, merata dan murah. Dengan meningkatnya pelayanan kesehatan, pemerintah berupaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Salah satu upaya pemerintah dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan kepada masyarakat adalah dengan penyediaan fasilitas kesehatan terutama Puskesmas dan Puskesmas Pembantu (Pusban) serta Puskesmas Keliling karena ketiga fasilitas tersebut dapat menjangkau segala lapisan masyarakat hingga ke daerah terpencil.

Rasio Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) per Satuan Balita

Posyandu merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dikelola masyarakat dalam rangka penyelenggaraan kesehatan. Didirikannya Posyandu sendiri dimaksudkan untuk memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar, untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi.

Sebagai penyedia layanan kesehatan dasar yang dekat dengan masyarakat, Posyandu diharapkan mampu memenuhi kebutuhan masyarakat akan kesehatan. Misi dan visi lain didirikannya Posyandu adalah untuk meningkatkannya kesadaran masyarakat akan kesehatan. Posyandu diharapkan mampu meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat sekitarnya, yang dengan demikian akan mendorong dalam perbaikan mutu sumber daya manusia (perbaikan IPM). Adapun gambaran mengenai kondisi rasio Posyandu di Kabupaten Kutai Timur sebagaimana tabel berikut:



Tabel 1.15.
Jumlah Posyandu dan Balita
Kabupaten Kutai Timur Tahun 2006-2010

No	Uraian	2006	2007	2008	2009	2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Jumlah posyandu	192	194	201	204	210
2	Jumlah balita	17.924	19.811	19.425	21.430	22.501
3	Rasio	0,0107	0,0097	0,0103	0,0095	0,0093

Sumber : - Renstra Penanggulangan Kemiskinan Kab. Kutai Timur 2011-2015
- SIMREDA Kabupaten Kutai Timur Tahun 2011

Rasio Puskesmas, Poliklinik dan Puskesmas Pembantu (Pustu) per Satuan Penduduk

Pembangunan di bidang kesehatan bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan secara mudah, merata dan murah. Meningkatnya pelayanan kesehatan berarti meningkatnya derajat kesehatan masyarakat. Salah satu upaya pemerintah dalam rangka pemerataan pelayanan kesehatan pada masyarakat adalah dengan menyediakan fasilitas kesehatan yang menjangkau semua lapisan masyarakat di berbagai daerah wilayah Kabupaten Kutai Timur. Adapun gambaran mengenai kondisi rasio Puskesmas, Poliklinik dan Pustu per satuan penduduk di Kabupaten Kutai Timur sebagaimana tabel berikut:

Tabel 1.16.
Rasio Puskesmas, Poliklinik dan Pustu per Satuan Penduduk
Kabupaten Kutai Timur Tahun 2006-2010

No	Uraian	2006	2007	2008	2009	2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Jumlah Puskesmas	14	19	19	19	19
2	Jumlah Poliklinik	6	9	9	12	12
3	Jumlah Pustu	85	88	92	92	96
4	Jumlah 1-3	105	116	120	123	127
5	Jumlah Penduduk	203.156	208.662	213.762	245.817	262.972

No	Uraian	2006	2007	2008	2009	2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
6	Rasio Puskesmas per satuan penduduk	1:14.511	1:10.982	1:11.250	1:12.937	1:13.840
7	Rasio poliklinik per satuan penduduk	1:33.859	1:23.184	1:23.751	1:20.484	1:21.914
8	Rasio puskesmas per satuan penduduk	1:2.390	1:2.371	1:2.323	1:2.671	1:2.858
9	Rasio Puskesmas, Poliklinik dan Pustu	1:1.934	1:1.798	1:1.781	1:1.998	1:2.138
10	Jumlah Kecamatan	18	18	18	18	18
11	Jumlah Desa/Kelurahan	135	135	135	135	135
12	Rasio Puskesmas per Kecamatan	0,7:1	1:1	1:1	1:1	1:1

Sumber: - Renstra Penanggulangan Kemiskinan Kab. Kutai Timur 2011-2015
 - SIMREDA Kabupaten Kutai Timur Tahun 2010

Rasio Rumah Sakit per Satuan Penduduk

Rumah Sakit merupakan salah satu sarana kesehatan yang berfungsi menyelenggarakan pelayanan kesehatan rujukan, asuhan keperawatan secara berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit. Semakin banyak jumlah rumah sakit, maka semakin mudah masyarakat mengakses layanan kesehatan. Adapun gambaran mengenai kondisi rasio rumah sakit per satuan penduduk di Kabupaten Kutai Timur sebagaimana tabel berikut:

Tabel 1.17.
 Rasio Rumah Sakit per satuan penduduk
 Kabupaten Kutai Timur Tahun 2006-2010

No.	Uraian	2006	2007	2008	2009	2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Rumah Sakit	3	3	6	6	7
2	Jumlah Penduduk	203.156	208.662	213.762	245.817	262.972
3	Rasio	1:67.718	1:69.554	1:35.627	1:40.970	1:37.567

Sumber: Renstra Penanggulangan Kemiskinan Kab. Kutai Timur 2011-2015

Rasio Dokter, Tenaga Kesehatan per Satuan Penduduk

Ketersediaan dokter dan tenaga kesehatan dapat dijadikan sebagai indikator tingkat pelayanan dan standart sistem pelayanan kesehatan yang diberikan pemerintah daerah kepada masyarakat. Besarnya jumlah dokter dan tenaga kesehatan menggambarkan rasio perbandingan terhadap penduduk. Adapun gambaran mengenai rasio dokter, tenaga kesehatan per satuan penduduk di Kabupaten Kutai Timur sebagaimana tabel berikut:

Tabel 1.18.
Rasio Dokter, Tenaga Kesehatan per Satuan Penduduk
Kabupaten Kutai Timur Tahun 2006-2010

No	Uraian	2006	2007	2008	2009	2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Jumlah Dokter Umum	39	42	64	77	66
2	Jumlah Dokter Gigi	10	14	22	20	17
3	Jumlah Dokter Spesialis	9	9	23	20	19
4	Bulan	35	51	79	99	94
5	Sarjana Keperawatan	-	1	2	2	-
6	Perawat	140	164	311	342	348
7	Tenaga Farmasi	5	6	18	25	7
8	Sarjana Farmasi dan Apoteker	4	4	17	17	7
9	Tenaga Sanitarian	14	9	9	9	10
10	Kesehatan Masyarakat	14	17	21	20	21
11	Tenaga Gizi	8	7	14	17	15
12	Tenaga Terapi Fisik	-	-	5	6	-
13	Tenaga Keteknisian Medis	-	-	22	28	-
14	Jumlah Penduduk	203.156	200.662	213.762	245.817	262.972
15	Rasio dokter terhadap penduduk	1:3.502	1:3.210	1:1.961	1:2.101	1:2.578

Sumber: - SIMREDA Kabupaten Kutai Timur Tahun 2011
- Dinas Kesehatan Kabupaten Kutai Timur

Target 5A : Menurunkan angka kematian ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990 – 2015

1. Angka Kematian Ibu per 100.000 Kelahiran Hidup

Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Kutai Timur pada tahun 2009 adalah 352 per 100.000 kelahiran hidup. AKI Kabupaten Kutai Timur masih berada di bawah AKI Propinsi Kalimantan Timur yaitu 129 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2010. Apabila dibandingkan dengan target MDGs mencapai 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015 maka berbagai upaya yang harus dilaksanakan untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu di Kabupaten Kutai Timur adalah melalui peningkatan kapasitas dan kompetensi petugas kesehatan maupun melalui program pelayanan kesehatan ibu hamil di fasilitas, melahirkan pada tenaga kesehatan dan difasilitas kesehatan serta penggunaan program jaminan persalinan. Pelayanan kesehatan ibu hamil dan bersalin seharusnya dilakukan di fasilitas kesehatan yang sesuai dengan standar untuk itu diharapkan untuk meningkatkan fasilitas kesehatan utamanya Puskesmas rawat inap dapat ditingkatkan menjadi Puskesmas PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar).

Menurunnya angka kematian ibu (AKI) diantaranya disebabkan oleh karena meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan ibu hamil yang mendapatkan kunjungan ibu hamil selama 4 kali dalam masa kehamiannya. Dengan pelayanan antenatal yang baik dan pada tenaga kesehatan, melahirkan pada tenaga kesehatan yang kompeten dan melahirkan di fasilitas kesehatan serta melakukan pelacakan kematian ibu dan pelaksanaan Audit maternal dan perinatal.



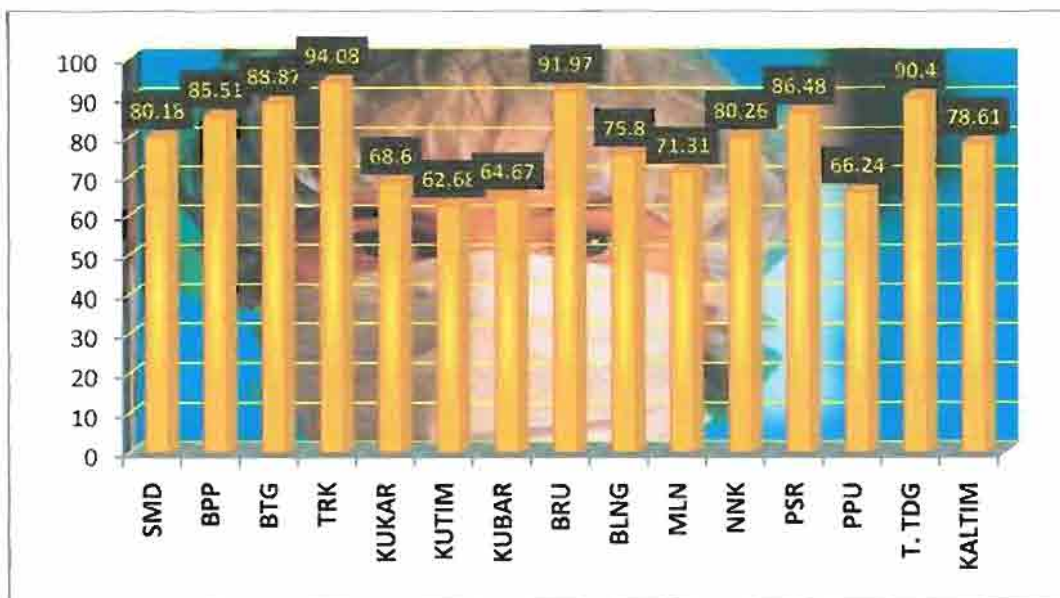
2. Proporsi Kelahiran yang ditolong Tenaga Kesehatan Terlatih

Persalinan oleh tenaga kesehatan di Kabupaten Kutai Timur tahun 2010 pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sebesar 62,68% sedangkan target MDGs pada tahun 2015 sebesar 90%.

Melihat angka capaian pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten masih jauh dari target, maka upaya yang harus dilakukan untuk mencapai target pada tahun 2015 dan masih adanya pertolongan yang ditolong oleh dukun bayi sehingga berbagai upaya harus dilakukan untuk mepertolongan persalinan oleh dukun bayi dan meningkatkan capaian pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang kompeten melalui program pelatihan APN, kemitraan Bidan dan Dukun Bayi, pertemuan kelas ibu hamil, pemasangan stiker P4K (Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi)

Gambar 1.11.

Cakupan Pertolongan Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan di Kabupaten Timur dibandingkan kabupaten/kota lain di Propinsi Kalimantan Timur Tahun 2010



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

1. TFR (Total Fertility Rate)

Pada tahun 2010 Angka Kelahiran Total (Total Fertility Rate/TFR) Kabupaten Kutai Timur 2,10 persen menurun dari tahun 2009 yaitu sebesar 2,15 persen dan di tahun 2015 diharapkan tetap sebesar 2,15 persen.

2. Angka Pemakaian Kontrasepsi/CPR bagi perempuan menikah usia 15-49 tahun, semua cara Pada tahun 2010 persentase Prevalensi Penggunaan Kontrasepsi (Contraceptive Prevalence Rate/CPR) sebesar 63,54% serta menuju target MDGs di tahun 2015.

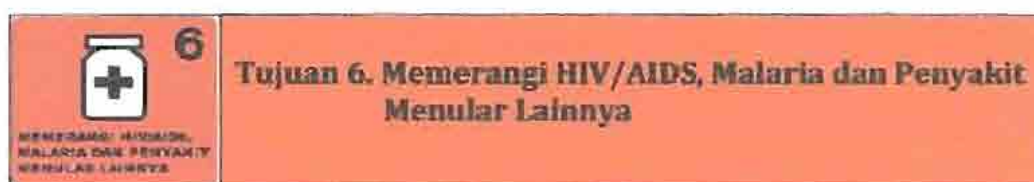
3. Angka Kelahiran Perempuan Usia 15-19 Tahun (Remaja) per 1000 Perempuan usia 15-19 Tahun Data Kutai Timur tidak tersedia, sehingga mengikuti data provinsi. Sampai dengan tahun 2010 jumlah persalinan pada anak remaja (15-19 tahun) per 1000 perempuan sebesar 31,2.

4. Cakupan Pelayanan Antenatal (sedikitnya satu kali kunjungan dan empat kali kunjungan. Berdasarkan data profil kesehatan tahun 2010 menunjukkan pada tahun 2009 Cakupan K1 sebanyak 5.023 bumil (95,15%) antenatal care (K4) Kabupaten Kutai Timur sebanyak 3.806 bumil (72,10%) dan pada tahun 2010, cakupan K1 sebanyak 5.467 bumil (106,2%) dan K4 sebanyak 4.107 bumil (79,80%).

5. Kebutuhan Keluarga berencana/KB yang tidak terpenuhi (*Unmet Need*)

Pada tahun 2010 jumlah pasangan usia subur yang tidak menggunakan kontrasepsi (*unmet need*) sebesar 16.303 PUS dan tahun 2011 sebesar 13.848 PUS dan hingga Oktober 2012 sebesar 13.723 PUS (BPPKB Kutim, 2012).





Tabel 1.19.
Status Capaian Tujuan 6 MDGs Kabupaten Kutai Timur

Tujuan 6 : Memerangi HIV/AIDS, Malaria dan Penyakit Menular Lainnya						
Tujuan 6A : Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV/AIDS hingga tahun 2015						
6.1	Prevalensi HIV/ AIDS (persen) dari total populasi	0,12%	0,15%	0,40%		KPAI Kutim
6.2	Penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi terakhir	8,50%	20%	70%		KPAI Kutim
6.3	Proporsi jumlah penduduk usia 15-24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS	30%	75%	95%		KPAI Kutim
Tujuan 6B : Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2010						
6.5	Proporsi penduduk terinfeksi HIV lanjut yang memiliki akses pada obat- obatan antiretroviral	-	30.00%	100%		KPAI Kutim
Tujuan 6C : Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru Malaria dan penyakit utama lainnya hingga tahun 2015						
6.6	Angka kejadian dan tingkat kematian akibat Malaria					
6.6a	Angka kejadian Malaria (per 1.000 penduduk) :					
6.7	Proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida					



6.9	Angka kejadian, prevalensi dan tingkat kematian akibat Tuberklosis					
6.9a	Angka kejadian Tuberklosis (semua kasus / 100.000 penduduk/tahun)					
6.9b	Tingkat prevalensi Tuberklosis (per 100.000 penduduk)					
6.9c	Tingkat kematian karena Tuber-kulosis (per 100.000 penduduk)					
6.10	Proporsi jumlah kasus tuberklosis yang terdeteksi dan diobati dalam program DOTS					
6.10a	Proporsi jumlah kasus tuberklosis yang terdeteksi dalam program DOTS					
6.10b	Proporsi kasus Tuberklosis yang diobati dan sembuh dalam program DOTS					

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

1. Prevalensi HIV dari Total Populasi (persen)

Kasus HIV/AIDS Kabupaten Kutai Timur sejak tahun 2006 hingga Desember 2011, telah ditemukan 66 kasus HIV dan AIDS. Kasus HIV dan AIDS pertama kali di Kutai Timur dilaporkan pada tahun 2006. Saat itu tercatat hanya ada 1 kasus. Laporan temuan aksus di peroleh dari RSU Wahab Syahrani. Sampai pada tahun 2011 Kabupaten Kutai Timur telah memiliki klini VCT dimana timnya dilatih oleh kementrian kesehatan. Semenjak berdirinya klinik VCT dan dilaksanakannya VCT Mobile, pengungkapan aksus HIV dan AIDS semakin baik dan pelaporan kasus HIV dapat terkoordinir dengan baik. Sehingga ditemukan jumlah aksus



yang sangat signifikan yaitu 41 kasus dalam setahun. Dimana 29 kasus adalah murni dari kunjungan klinik VCT dan temuan dari unit pelayanan kesehatan sedangkan 13 kasus diantaranya adalah hasil pemeriksaan sero survey yang dilaksanakan oleh dinas kesehatan yang diintegrasikan dalam kegiatan mobile VCT.

Berdasarkan data KPA,Dinkes dan LSM,maka prevalensi HIV/AIDS dari total populasi pada tahun 2010 sebesar 40% dan target pada tahun 2015 sebesar 80%.

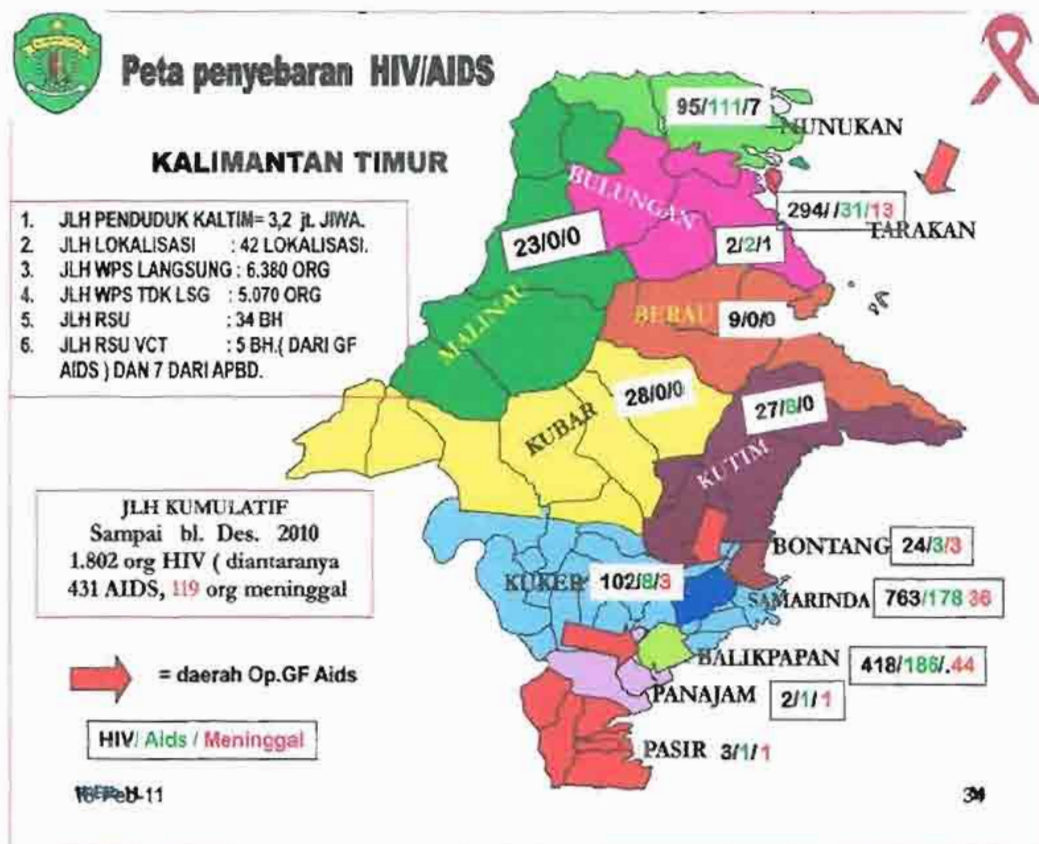
2. Penggunaan Kondom pada hubungan seks beresiko tinggi terakhir

Faktor lain yang terkait dengan penularan HIV/AIDS yaitu penggunaan kondom pada hubungan seks. Berdasarkan data KPA, Dinkes dan LSM maka pada tahun 2010 hanya sebesar 25%.



Gambar 1.12.

Peta Penyebaran HIV/AIDS di Kalimantan Timur



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

Salah satu implementasi penerapan perilaku hidup sehat adalah pengetahuan yang komprehensif tentang HIV dan pencegahannya. Hingga saat ini belum ada data yang konkrit penduduk usia 15-24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif dan benar mengenai AIDS. Tetapi kecenderungannya generasi muda (usia 15-24 tahun) mengalami peningkatan pengetahuannya, terutama yang tinggal di perkotaan dengan tingkat pendidikan yang lebih baik dan lebih mudah memperoleh informasi dibandingkan dengan yang tinggal di pedalaman/perbatasan.

Untuk pengetahuan tentang HIV/AIDS di kalangan resiko kunci, dengan 5 pertanyaan pokok hasilnya hanya 30% yang memahami HIV/AIDS secara komprehensif (data KPA, Diknas, BPPKB Kutai Timur).

Target 6B: Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2015

1. Proporsi Penduduk Terinfeksi HIV Lanjut yang memiliki akses pada obat antiretroviral (persen)

Penyediaan obat terapi antiretroviral masih menjadi masalah, karena belum semua sarana pelayanan kesehatan dasar dan rujukan menyediakan obat Antiretroviral (ART). Tetapi yang lebih penting untuk disadari bahwa kebutuhan akan obat ART ini akan meningkat cepat apabila tidak dilakukan langkah-langkah konkrit untuk pencegahan yang efektif terhadap penularan HIV/AIDS.

Proporsi penduduk terinfeksi HIV lanjut yang memiliki akses pada obat- obatan antiretroviral berdasarkan data Dinkes dan RSUD hanya sebesar 30%.

Rendahnya hasil pengobatan ART ini disebabkan karena pada umumnya penderita AIDS yang sudah ditemukan pada umumnya adalah pendatang dari luar daerah yang pergi tanpa diketahui alamatnya dengan jelas, dan sebagian lagi telah meninggal.

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

1. Angka Kejadian dan Tingkat Kematian Malaria

Malaria merupakan salah satu penyakit menular yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di Kabupaten Kutai Timur.



Penyakit malaria mempunyai pengaruh yang sangat besar pada angka kesakitan dan kematian bayi, anak balita dan ibu hamil serta dapat menyebabkan penurunan produktifitas kerja.

Angka kesakitan malaria di Kabupaten Kutai Timur, berdasarkan indikator *Annual Paracite Incidence* (API) yang dilaporkan pada tahun 2010 adalah sebesar 6,44.

Gambar 1.13
Peta Stratifikasi malaria/ endemis Kalimantan Timur berdasarkan AMI

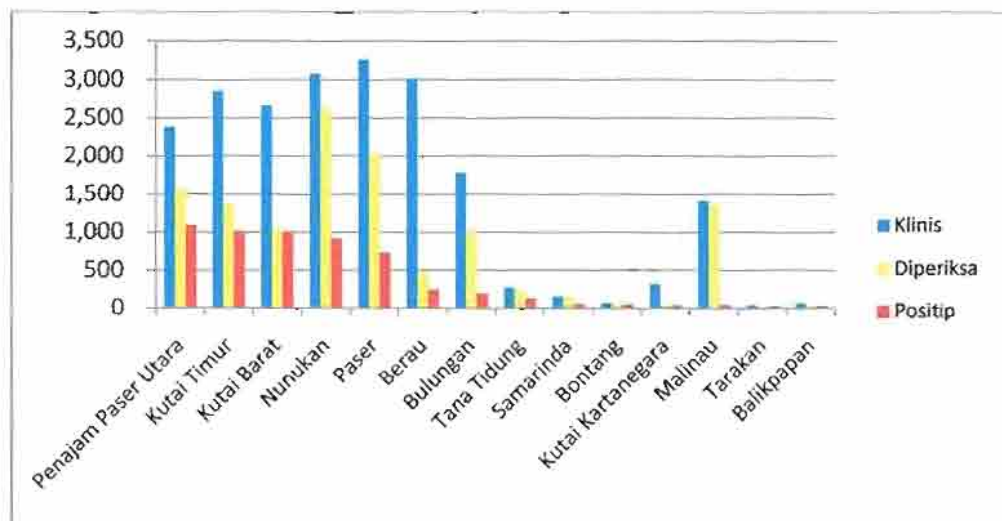
**DAERAH ENDEMIS MALARIA
KALIMANTAN TIMUR
TAHUN 2008**



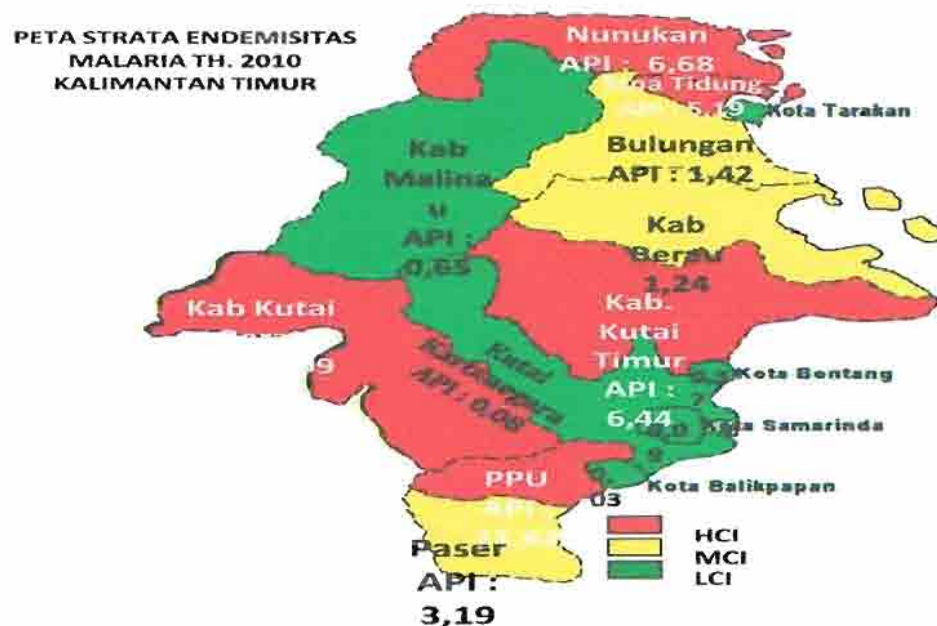
Berdasarkan peta diatas dapat dilihat bahwa Kabupaten Kutai Timur termasuk dalam warna merah yaitu daerah endemis Malaria.

Selama tahun 2010 Kabupaten Kutai Timur termasuk kabupaten yang memiliki kasus positif malaria yang tinggi sekitar 1000 kejadian.

Gambar 1.14.
Kasus Malaria di Kalimantan Timur Tahun 2010



Gambar 1.15.
Peta Strata Endemisitas Malaria di Kalimantan Timur Tahun 2010



Dengan adanya peningkatan SDM, penemuan kasus malaria positif diperkirakan akan naik sehingga API akan meningkat pada akhir tahun 2011, kemudian diharapkan turun pada akhir tahun 2012 seiring dengan upaya-upaya komprehensif berupa upaya promotif, preventif, dan kuratif.

2. Proporsi Anak Balita yang Tidur dengan Kelambu Berinsektisida

Belum ada data yang memadai proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida, namun kecenderungannya terjadi peningkatan karena selama dua tahun terakhir ini pemerintah Kalimantan Timur senantiasa menyediakan anggaran untuk pembelian kelambu berinsektisida demikian pula droping dari pusat khususnya untuk memenuhi kebutuhan daerah kabupaten/kota kategori merah. Sampai saat ini data mengenai proporsi balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida belum tersedia dikarenakan belum pernah ada survey khusus tentang hal tersebut.

3. Angka Kejadian, Prevalensi dan Tingkat Kematian Akibat Tuberkulosis

Persentase BTA+ terhadap suspek di Kabupaten Kutai Timur sebesar rata-rata 19% per puskesmas. Ini berarti petugas kesehatan mampu mendiagnosis kasus BTA + belum sesuai standar.

4. Proporsi Jumlah Kasus Tuberkulosis yang Terdeteksi dan diobati dalam program DOTS

Program penanggulangan penyakit TB di Kabupaten Kutai Timur dengan strategi DOTS. Pada tahun 2009 cakupan penemuan kasus baru TB BTA positif (CDR) mencapai 109 penderita dengan CDR sebesar 20,9% dan angka keberhasilan pengobatan 57, 80%. Sedangkan angka penemuan kasus baru TB BTA positif pada tahun 2010 sebesar 35,39% (190 kasus) dan angka keberhasilan pengobatan belum dapat diketahui karena masih dalam masa pengobatan.



Tabel 1.20.
Pencapaian target pengendalian TB per Kab/Kota tahun 2009 Provinsi Kalimantan Timur

CDR $\geq$ 70%		CDR $<$ 70%
SR $\geq$ 85%	Tidak ada	Berau, Nunukan, Kutai Kartanegara, Paser, Penajam Paser Utara, Kutai Barat dan Balikpapan
SR $<$ 85%	Tidak ada	Tarakan, Malinau, Bulungan, Tanah Tidung, Samarinda, Kutai Timur dan Bontang



Tabel 1.21.
Status Capaian Tujuan 7 MDGs Kabupaten Kutai Timur

 Tujuan 7 : Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup						
Tujuan 7A : Memadukan prinsip- prinsip pembangunan yang berkesinambungan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumberdaya lingkungan yang hilang						
7.1	Rasio luas kawasan tertutup pepohonan berdasarkan hasil pemotretan citra satelit dan survei foto udara terhadap luas daratan	61.50%	61.50%	Meningkat		Dinas Kehutanan
7.2	Jumlah emisi karbonmonoksida (CO)	4.727 Ug/m ³ (2005)	<1-12 μ g/Nm ³ /24jam	Memenuhi standar baku mutu kualitas udara		Bapedalda Provinsi Kaltim (Profil Lingkungan Hidup Kaltim, 2005)
7.3	Konsentrasi Ozon	<20 -25 μ g/Nm ³ (2009)	<20 μ g/Nm ³	Memenuhi standar baku mutu kualitas udara		PT KPC

7.4	Proporsi tangkapan ikan yang berada dalam batasan biologis yang aman					
7.5	Proporsi kawasan hutan lindung yang terkelola baik	50,72% (2008)	53.87%	100%		Dinas Kehutanan
7.6	Rasio luas kawasan lindung untuk menjaga kelestarian keanekaragaman hayati terhadap total luas kawasan hutan	-	8.87%	Meningkat		DDA Kutim 2011
7.7	Proporsi ekosistem terumbu karang yang terlindungi	65%(2008)	85.00%	100%		Dinas Kelautan dan Perikanan

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

7.8	Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak	12.56 %	10.09 %	80.00%		Kantor PDAM Kutim
7.9	proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi layak, perkotaan dan pedesaan	7.24%	5.69%	>75%		Dinas PU

Tujuan 7D : Mencapai peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di permukiman kumuh (minimal 100 juta) pada tahun 2020

7.1	Rumah Layak Huni	0.0724	0.0568	Meningkat <85%		BPS
7.2	Pemukiman Layak Huni	-	95.45 %	100%		
7.3	Luas Pemukiman yang Tertata	15,87 % (2008)	16.23 %	Meningkat		



Target 7A: Memadukan prinsip-prinsip pembangunan yang berkesinambungan dalam kebijakan dan program nasional

1. Rasio Luas Kawasan Tertutup pepohonan berdasarkan hasil pemotretan citra satelit dan survey foto udara terhadap luas daratan

Berdasarkan data Dinas Kehutanan Kutai Timur, luas hutan yang ada di wilayah Kutai Timur tercatat sebanyak 3.188.462,93 hektar yang tersebar di 18 kecamatan. Jika dibandingkan dengan luas hutan dalam Rencana Tata Ruang Wilayah (RTRW) Kutai Timur selama 6 (enam) tahun terakhir, terhitung mulai tahun 1999-2005 maka luasan hutan di Kabupaten Kutai Timur mengalami perluasan. Di tahun 2005, luasan areal hutan di kawasan Kutai Timur terdata seluas 3.188.462,929 hektar atau meningkat sebesar 29.166 hektar. Hutan dimaksud termasuk kawasan budidaya kehutanan (KBK) tahun 1939 seluas 1.716.657,900 hektar menjadi 1.016.318,692 hektar.

Kemudian kawasan budidaya non kehutanan (KBNK) tahun 1999 tercatat 974.626,975 hektar meningkat menjadi 1.271.093,106 ha. Berikut kawasan cagar alam (CA)/hutan wisata suaka alam (HWSA) meningkat dari 44.585,975 menjadi seluas 93.613,175 ha. Sebaliknya taman nasional luasnya mengalami penurunan, dari 162.062,754 di tahun 1999 menjadi 136.195,875 hektar di tahun 2005. Jadi luasan taman nasional turun sekitar 25.866,879 hektar. Sementara itu kawasan hutan lindung di Kabupaten ini meningkat dari 275.552,765 menjadi 656.294,687 hektar di tahun 2005. Sedangkan kawasan Kabupaten Kutai Timur yang termasuk ke dalam badan air tetap sama yaitu seluas 14.947,394 hektar.



Dengan kata lain, di tahun 2005 kawasan KBK, Taman Nasional mengalami penyusutan sedangkan kawasan KBNK, Cagar Alam/HWSA mengalami peningkatan dan kawasan badan air tidak mengalami perubahan.

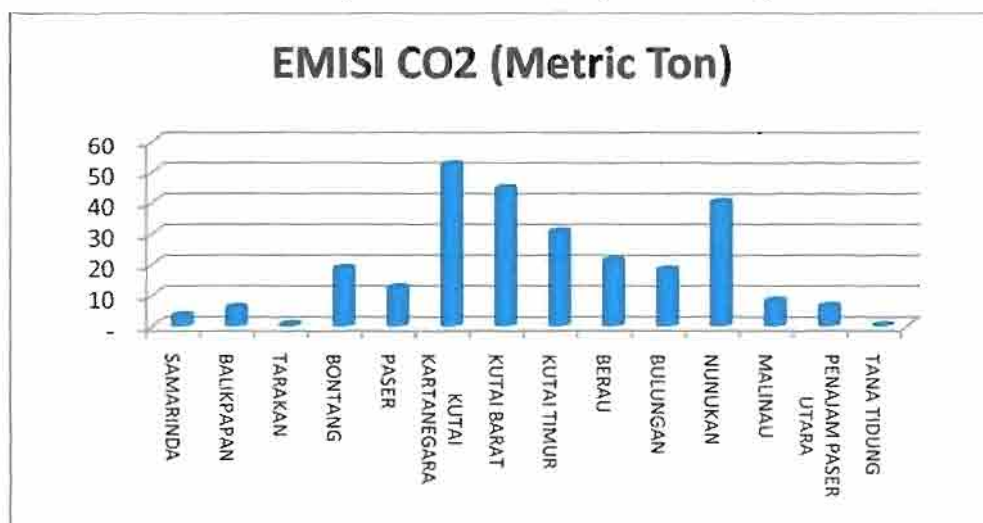
Hasil analisis citra landsat tahun 2006 dan hasil survey lapangan di tahun 2007 menunjukkan perubahan dalam luasan kawasan hutan di wilayah ini.

2. Jumlah Emisi Karbon Dioksida (CO₂)

Karbon monoksida berasal dari proses pembakaran bahan bakar fosil yang tidak sempurna, seperti kendaraan bermotor. Konsentrasi CO pada bulan November-Desember 2008 berada jauh di bawah baku mutu dengan kisaran antara 25 – 69 $\mu\text{g}/\text{Nm}^3$ untuk pengukuran 1 jam dan 20-56 $\mu\text{g}/\text{Nm}^3$ untuk pengukuran 24 jam. Sedangkan pada bulan Oktober 2009 konsentrasi CO terukur sebesar <1-15 $\mu\text{g}/\text{Nm}^3$ untuk pengukuran 1 jam dan <1-12 $\mu\text{g}/\text{Nm}^3$ untuk pengukuran 24 jam. Dibandingkan dengan baku mutu CO menurut PP 41/1999 sebesar 30.000 $\mu\text{g}/\text{Nm}^3/\text{jam}$ atau 10.000 $\mu\text{g}/\text{Nm}^3/24 \text{ jam}$, maka kualitas CO di areal penambangan PT KPC tidak melampaui baku mutu.



Gambar 1.16.
Jumlah Emisi CO2 (Metrik Ton)



Sumber : Hasil Analisis Dewan Perubahan Iklim Kalimantan Timur Tahun 2010

3. Jumlah Konsumsi Bahan Perusak Ozon (BPO)

Penipisan lapisan ozon merupakan salah satu masalah penting yang harus segera ditanggulangi karena setiap penipisan lapisan ozon sebesar 10% akan menyebabkan kenaikan intensitas sinar ultraviolet (UV) B sebesar 20%. Bahan perusak lapisan ozon (BPO) disamping menyebabkan penipisan lapisan ozon juga merupakan gas rumah kaca yang berdampak pada peningkatan temperatur permukaan bumi, hal ini menyebabkan turunnya temperatur lapisan stratosfer yang akan memperlambat pemulihan terhadap lapisan ozon. Beberapa bahan perusak ozon antara lain :

- Unsur Klorin (Cl) yang dikenal sebagai zat CFC (Chlorofluorocarbon). Unsur ini secara luas digunakan sebagai cairan pendingin (refrigerant) pada freezer, lemari es, AC ruangan, dan mesin pendingin lainnya, kaleng semprot untuk pengharum ruangan, penyemprot rambut atau parfum, bahan pelarut, busa pengembang.

- Nitrogen oksida (N_2O) yang merupakan hasil sampingan dari proses pembakaran, misalnya emisi pesawat terbang dan halon (digunakan dalam cairan pemadam kebakaran), methyl bromide, carbon tetrachloride, dan methyl chloroform.

Ozon merupakan salah satu senyawa oksidan dan merupakan pencemar udara sekunder, karena tidak diemisikan secara langsung oleh suatu sumber, namun terbentuk di atmosfer oleh pencemar primer. Pencemar primer berupa NO_x , hidrokarbon dan CO akan membentuk molekul-molekul ozon akibat terjadinya reaksi fotokimia oleh pengaruh sinar matahari. Karena proses pembentukannya tergantung dari radiasi matahari maksimum dan menurun pada malam hari. Setelah terbentuk ozon, waktu tinggal di atmosfer umumnya sekitar 2-5 hari.

Pengukuran pada bulan November-Desember 2008 dan bulan Oktober 2009 menunjukkan konsentrsi ozon di Sangatta dan Bengalon berkisar antara $<20 - 25 \mu\text{g}/\text{Nm}^3$. Konsentrasi ozon sangat dipengaruhi oleh konsentrasi prekursoranya, yaitu senyawa NO_x , HC, CO dan faktor-faktor iklim terutama radiasi matahari, suhu udara dan kelembaban udara. Oleh karena itu pengamatan terhadap kecenderungan meningkatnya konsentrasi ozon perlu dilakukan secara kontinyu.



4. Proporsi Tangkapan ikan yang berada dalam batasan Biologis yang aman.

Luas laut disepanjang 1.185 km garis pantai Kalimantan Timur adalah 2.102.721 ha, memiliki potensi sumber daya perikanan yang sangat besar meliputi 470 species jenis karang, 8 species padang lamun, 872 species jenis ikan karang, dan 12 species jenis ikan plagis.

Untuk perikanan tangkap meski data rumah tangga perikanan menurun namun produksi perikanan meningkat 30,01 persen yaitu dari 180.000 ton di tahun 2009 menjadi 111.702,9 ton di tahun 2010.

Proporsi tangkapan ikan yang berada dalam batasan biologis yang aman mencapai 60,06%. Hal ini menunjukkan bahwa penangkapan ikan tidak melebihi batasan biologis yang aman atau dengan kata lain tidak mengalami overfishing.

Data untuk Kutai Timur tidak tersedia.

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

1. Rasio Kawasan Lindung untuk menjaga kelestarian keanekaragaman hayati terhadap total luas kawasan hutan

Keanekaragaman hayati merupakan bagian dari sumber daya alam yang sangat penting bagi kelangsungan hidup dan upaya peningkatan kesejahteraan masyarakat. Keanekaragaman tersebut meliputi berbagai jenis tumbuhan, satwa, mikroorganisme dan fenomena alam yang secara masing-masing maupun secara bersama-sama mempunyai fungsi dan manfaat sebagai unsure pembentukan lingkungan hidup.



Pola pemanfaatan ruang dapat dilihat berdasarkan keberadaan kawasan lindung dan kawasan budidaya yang ada di wilayah Kabupaten Kutai Timur. Kawasan lindung merupakan suatu kawasan yang karena sifat tertentu sehingga mampu memberikan perlindungan pada kawasan sekitarnya atau bawahannya sebagai pengatur atau pencegahan terhadap kerusakan alam dan dapat mempertahankan kelestarian alam. Kawasan lindung mempunyai fungsi khusus sebagai kawasan yang harus mendapat perhatian serius dari semua pihak terhadap kegiatan budidaya.

Rincian kawasan lindung di Kabupaten Kutai Timur dapat dijelaskan sebagai berikut:

- *Hutan Lindung*, sebaran hutan lindung di wilayah Kabupaten Kutai Timur terutama berada pada bagian barat, yaitu kecamatan Muara Wahau, Telen dan Kecamatan Busang karena pada kawasan tersebut banyak terdapat daerah dengan kemiringan lebih dari 40%. Persentase luas keseluruhan kawasan lindung adalah 39,37% dari luas seluruh wilayah.
- *Kawasan Resapan Air*, sebaran kawasan ini terutama berada pada Kecamatan Sangkulirang (daerah pegunungan kapur), selain itu juga pada wilayah pegunungan dekat sungai-sungai yang ada di wilayah Kabupaten Kutai Timur. Kawasan ini bertujuan untuk meresapkan air hujan yang merupakan tempat pengisian air bumi (aquifer) yang berguna sebagai sumber air.
- *Kawasan Sempadan Sungai*, kawasan yang ditujukan untuk mempertahankan kelestarian fungsi sungai ini, ditetapkan sebagai kawasan sempadan sungai sekurang-kurangnya 100 m di kiri kanan sungai besar dan 50 m untuk anak sungai.
- *Kawasan Sempadan Pantai*, terletak di bagian timur yaitu di Kecamatan Sangatta Utara, Bengalon, Kaliorang, Sangkulirang dan Kecamatan Sandaran. Yang dikategorikan sebagai kawasan sempadan pantai yaitu daratan sepanjang tepian pantai yang lebarnya proporsional dengan bentuk dan kondisi fisik pantai minimal 100 m dari titik pasang tertinggi wilayah laut.



- *Kawasan Sekitar Mata Air*, sumber mata air banyak ditemukan di sekitar pegunungan kapur yang mempunyai sifat peresapan air. Daerah yang harus dilindungi untuk menjaga kelestarian mata air sekurang-kurangnya berjari-jari 200 m di sekitar mata air.
- *Kawasan Cagar Alam dan Taman Nasional*, kawasan cagar alam di Kabupaten ini didominasi oleh hutan rawa (84%) yang sebarannya terutama di daerah Muara Bengkal. Taman Nasional Kutai merupakan aset yang dimiliki kabupaten dan perlu dijaga kelestariannya karena manfaat keberadaan taman nasional tersebut sangat besar.

2. Rasio Kawasan Lindung perairan terhadap total luas perairan teritorial

Luas perairan teritorial pesisir Kabupaten Kutai Timur dan rasio kawasan lindung perairan terhadap total luas perairan teritorial datanya tidak tersedia.

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

1. Proporsi Rumah Tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak, perkotaan dan perdesaan

Persentase Rumah Tangga Berakses Air Bersih

Pelayanan air bersih di Kabupaten Kutai Timur dilakukan oleh PDAM Kabupaten Kutai Timur. Berdasarkan hasil survey/identifikasi yang dilakukan oleh BPS Kabupaten Kutai Timur dapat diketahui bahwa cakupan penyediaan air bersih keseluruhan terhadap rumah tangga di Kabupaten Kutai Timur sampai dengan tahun 2010 mencapai 10,09%. Berikut adalah kondisi rumah tangga yang telah mendapatkan air bersih dalam kurun waktu tahun 2006-2010.



Tabel 1.22.
Jumlah Proporsi Rumah Tangga yang Mendapatkan
Akses Air Bersih di Kabupaten Kutai Timur Tahun 2006-2010

No	Uraian	2006	2007	2008	2009	2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Jumlah rumah tangga yang mendapatkan akses air bersih	6.150	6.470	6.722	6.797	7.771
2	Jumlah rumah tangga	50.676	52.209	53.481	65.014	77.031
3	Persentase rumah tangga berakses air bersih	12,13	12,39	12,56	10,45	10,09

Sumber: - SIMREDA Kabupaten Kutai Timur Tahun 2011
- Kantor PDAM Kab. Kutai Timur

Aspek layanan sanitasi khususnya penyediaan air bersih di Kabupaten Kutai Timur telah dimulai sejak Kabupaten berdiri tahun 1999 hasil dari pemekaran Kabupaten Kutai Kertanegara. Kondisi ini berpengaruh terhadap cakupan air bersih yang masih terkonsentrasi pada wilayah ibu kota kabupaten dan ibu kota kecamatan, sedangkan pedesaan masih menggunakan pola tradisional. Selama perjalanan 10 tahun Kabupaten Kutai Timur banyak perkembangan pembangunan air bersih untuk masyarakat baik di ibukota Kabupaten maupun seluruh kecamatan. Pembangunan tersebut meliputi pembangunan instalasi maupun jaringannya. Namun diakui dengan kondisi geografis wilayah dan anggaran yang masih terbatas tidak semua wilayah terlayani khususnya wilayah pesisir dan pedalaman. Namun masalah ini menjadi komitmen pemerintah untuk dilaksanakan agar semua wilayah serta masyarakat Kutai Timur terlayani air bersih. Berikut gambaran perkembangan pembangunan air bersih :

Tabel 1.23.
Perkembangan Air Bersih Kabupaten Kutai Timur

TAHUN	AIR BAKU UTAMA (M3)	JUMLAH PELANGGAN PDAM (PELANGGAN)	KAPASITAS PRODUKSI (LITER/DETIK)	JUMLAH AIR YANG DISALURKAN (M3)	CAKUPAN LAYANAN RUMAH TANGGA (%)
2005	1.871.616	4.987	75,00	1.128.885	10,92
2006	2.356.128	6.201	75,00	1.421.123	12,39
2007	2.356.128	6.303	75,00	1.425.768	12,07
2008	3.650.000	6.420	75,00	1.351.526	11,81
2009	9.957.600	6.750	485,00	3.423.600	19,36

Sumber : Dinas Pekerjaan Umum

Tabel 1.24.
Perkembangan Pembangunan Air Bersih Kabupaten Kutai Timur
Tahun 2009 – 2010

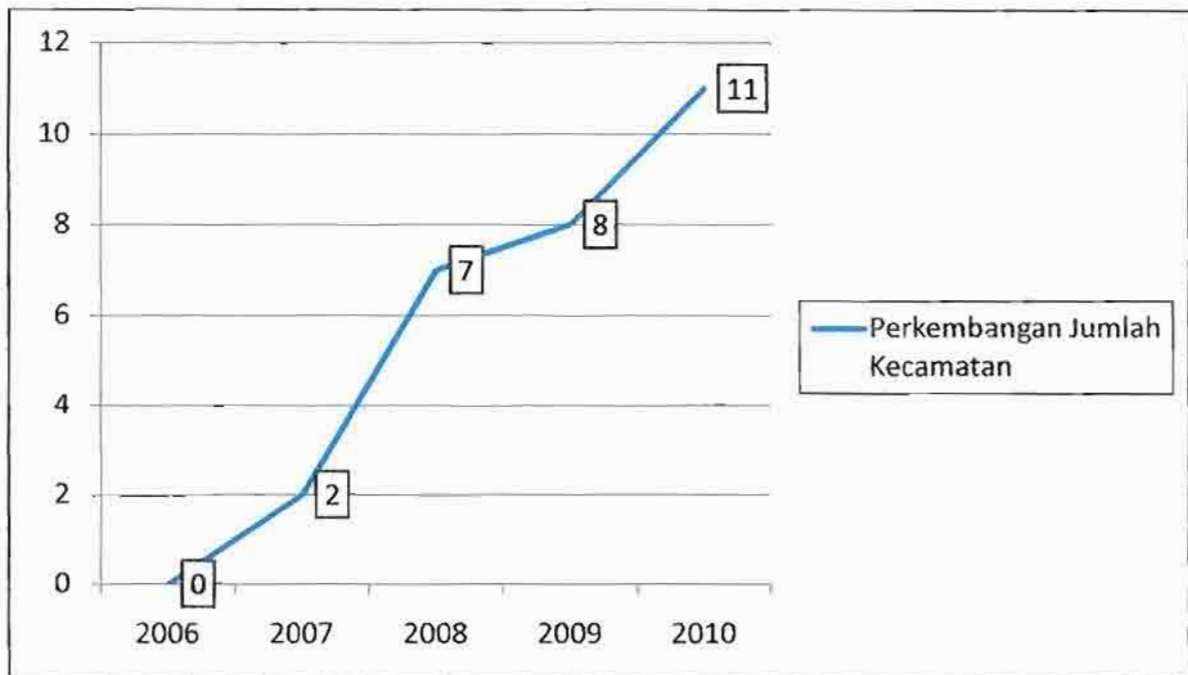
No.	Kecamatan	Kapasitas (L/dt)		Keterangan
		2009	2010	
1	Sangatta Utara	40	60	
		20	40	
		150	150	
2	Sangatta Selatan	10	10	
		220	260	
3	Bengalon	10	10	
4	Telen			dibangun 2011
5	Muara Ancalong	5	5	
6	Busang			dibangun 2011
7	Muara Wahau	15	15	
8	Kaliorang			dibangun 2011

9	Kongbeng	5	5	sedang menyiapkan air baku
10	Muara Bengkal	5	5	
11	Sangkulirang			
12	Sandaran	5		
13	Kaubun		5	dibangun 2011
14	Karangan			
15	Rantau Pulung		5	
16	Teluk Pandan		5	
17	Batu Ampar		5	
18	Long Mesangat		10	
TOTAL		405	590	

Sumber : Dinas Pekerjaan Umum



Gambar 1.17.
Perkembangan Jumlah Kecamatan di Kabupaten Kutai Timur yang Masuk dalam
Program Pembangunan Infrastruktur Air Minum
Tahun 2006 – 2010 (Jumlah Kecamatan)



Sumber : Dinas PU Kabupaten Kutai Timur per Oktober 2010

2. Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi dasar, perkotaan dan perdesaan

Persentase Rumah Tinggal Bersanitasi (Mempunyai Fasilitas Tempat Buang Air Besar/Tinja)

Rumah tinggal berakses sanitasi sekurang-kurangnya mempunyai: 1) Fasilitas air bersih, 2) Pembuangan air besar/tinja, 3) Pembuangan air limbah (air bekas) dan 4) pembuangan sampah. Berikut adalah gambaran kondisi rumah tinggal berakses sanitasi di Kabupaten Kutai Timur selama kurun waktu 2006-2010.

Tabel 1.25.
Persentase Rumah Tinggal Bersanitasi (Mempunyai Fasilitas Tempat Buang Air Besar/Tinja) di Kabupaten Kutai Timur Tahun 2006-2010

No	Uraian	2006	2007	2008	2009	2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Jumlah rumah tinggal yang mempunyai fasilitas pembuangan air besar/tinja	3.508	3.689	3.872	4.108	4.381
2	Jumlah rumah tinggal	50.676	52.209	53.481	65.014	77.031
3	Persentase	6,92	7,06	7,24	6,32	5,69

Sumber: Dinas PU Kabupaten Kutai Timur

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

Konsep Rumah Tangga Kumuh antara lain :

1. Ada akses air minum (air minum layak) adalah rumah tangga yang sumber air minumnya berasal dari leding, air hujan, dan pompa/sumur bor, sumur terlindung, mata air terlindung dengan jarak ≥ 10 m dari penampungan kotoran. Air kemasan (bermerk dan isi ulang) yang dikonsumsi dikategorikan sebagai tidak ada akses terhadap air minum, (dengan bobot penimbang 15 %)
2. Ada akses sanitasi (sanitasi layak) adalah rumah tangga yang mempunyai fasilitas buang air besar sendiri dan bersama, kloset leher angsa, dan tangki septik pembuangan akhir kotoran (bobot penimbang 15 %)
3. Sufficient living area adalah luas lantai hunian per kapita $> 7,2$ m² (bobot penimbang 35 %)
4. Durability of housing dengan bobot penimbang sebesar 35 %, dan kriteria: (i) jenis atap terluas ijuk/rumbia dan lainnya, (ii) jenis dinding terluas bambu dan lainnya, (iii) jenis lantai terluas tanah. Dan dikatakan kumuh apabila minimal 2 kriteria terpenuhi

5. Jika rumah tangga memiliki nilai kategori $> 35\%$ termasuk rumah tangga kumuh, sebaliknya jika nilainya $\leq 35\%$ dianggap tidak kumuh.

Selain sandang dan pangan, rumah merupakan salah satu kebutuhan pokok penduduk. Seiring dengan berkembangnya peradapan manusia, rumah tidak saja berfungsi sebagai tempat tinggal, tetapi juga sudah berfungsi sebagai tempat pemenuhan kebutuhan psikologis atau kejiwaan khususnya dalam membentuk kepribadian, watak manusia, gaya hidup, dan status social.

Untuk menuju pemukiman yang ideal, perumahan juga mempunyai mempunyai tantangan. Pertama adalah bagaimana memenuhi peningkatan kebutuhan rumah yang layak huni (*backlog*) baik yang disuhakan oleh pengembang, pemerintah/pemerintah daerah maupun swadaya masyarakat. Kedua adalah bagaimana menurunkan jumlah perumahan yang tidak layak huni (kumuh) baik yang berlokasi di pedesaan maupun di perkotaan.

Seperti yang dicanangkan MDG's, maka diharapkan pada Tahun 2020, akan tercapai penurunan yang signifikan bagi penduduk yang bermukim di pemukiman kumuh.

Rasio Permukiman Layak Huni dan Rasio Rumah Layak Huni

Permukiman dan rumah layak huni merupakan harapan dan idaman setiap insan. Pemerintah telah berupaya meningkatkan kualitas hunian masyarakat terutama masyarakat berpenghasilan rendah dan kurang mampu, dengan tujuan agar muncul kepedulian sosial untuk partisipasi dari warga mampu terhadap yang kurang mampu.



Tabel 1.26.
Jumlah permukiman layak huni dan rumah layak huni
di Kabupaten Kutai Timur Tahun 2006-2010

No	Uraian	2006	2007	2008	2009	2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Luas permukiman layak huni (ha)	-	-	-	-	735,31
2	Luas wilayah permukiman (ha)	506,76	522,09	534,81	650,14	770,31
3	Rasio permukiman layak huni	-	-	-	-	95,45
4	Jumlah rumah layak huni (unit)	3.508	3.689	3.872	4.108	4.381
5	Jumlah rumah tangga (RT)	50.676	52.209	53.481	65.014	77.031
6	Rasio rumah layak huni	0,06922	0,07066	0,0724	0,06319	0,0568

Sumber: Hasil analisa dari data BPS Kab. Kutai Timur dan BPS Prov. Kalimantan Timur

Persentase Luas Permukiman yang Tertata

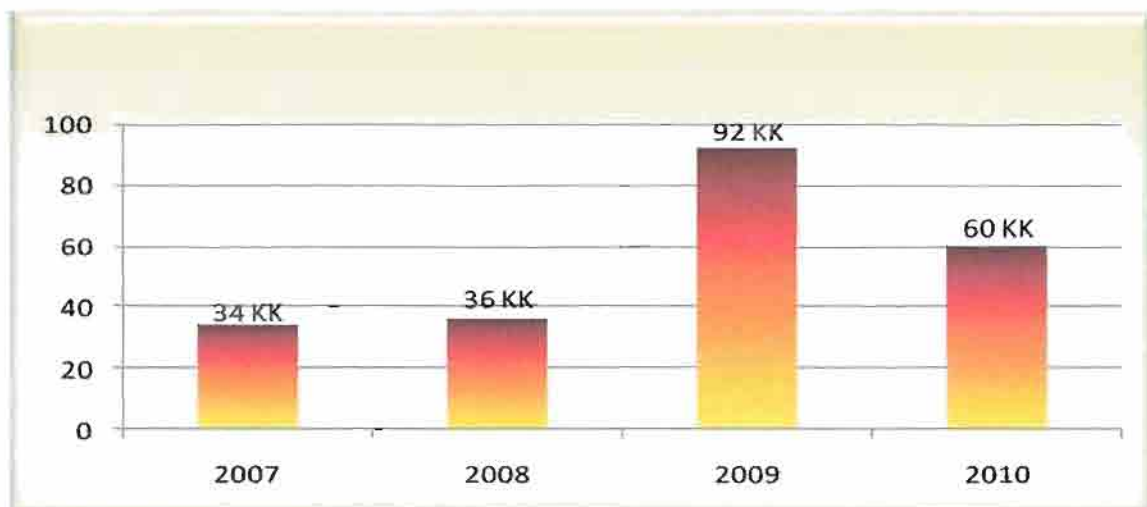
Permukiman adalah bagian dari lingkungan hidup di luar kawasan lindung, baik yang berupa kawasan perkotaan maupun perdesaan yang berfungsi sebagai lingkungan tempat tinggal atau lingkungan hunian dan tempat kegiatan yang mendukung perikehidupan dan penghidupan.

Tabel 1.27.
Persentase Luas Permukiman yang Tertata
di Kabupaten Kutai Timur Tahun 2006-2010

No	Uraian	2006	2007	2008	2009	2010
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Luas area permukiman tertata (ha)	81,67	83,89	84,87	97,59	104,39
2	Total luas area permukiman (ha)	506,76	522,09	534,81	650,14	770,31
3	Luas permukiman yang tertata (%)	16,12	16,07	15,87	15,01	16,23

Sumber: Hasil analisa dari data BPS Kab. Kutai Timur dan BPS Prov. Kalimantan Timur

Gambar 1.18.
Perkembangan Pembangunan Perumahan Tidak Layak Huni
Tahun 2007 - 2010



Sumber : SIMREDA Kabupaten Kutai Timur Tahun 2011

Tabel 1.28.
Kegiatan Fasilitasi & Stimulasi Pembangunan Perumahan Masyarakat Kurang
Mampu DPU Kimpraswil Provinsi Kalimantan Timur Tahun Anggaran 2007

NO	KECAMATAN	DESA	JUMLAH KK
1	TELEN	Juk Ayak	8 KK
		Muara Pantun	15 KK
2	KONGBENG	Miau Baru	12 KK
TOTAL			35 KK

Sumber : DPU Kimpraswil Provinsi Kalimantan Timur

Tabel 1.29.
Kegiatan Fasilitasi & Stimulasi Pembangunan Perumahan Masyarakat Kurang Mampu DPU Kimpraswil Provinsi Kalimantan Timur Tahun Anggaran 2008

NO	KECAMATAN	DESA	JUMLAH KK
1	KONGBENG	Miau Baru	12 KK
		Makmur Jaya	10 KK
2	MUARA WAHAU	Muara Wahau	8 KK
TOTAL			30 KK

Sumber : DPU Kimpraswil Provinsi Kalimantan Timur

Tabel 1.30.
Bantuan Perumahan Atap, Lantai, Dinding (Aladin) APBD Kabupaten Tahun Anggaran 2009

NO	KECAMATAN	DESA	JUMLAH KK
1	KALIORANG	Bumi Sejahtera	9 KK
		Bukit Harapan	7 KK
		TOTAL	16 KK
2	SANGKULIRANG	PERUPUK	7 KK
		BENUA BARU ILIR	6 KK
		TOTAL	13 KK
3	BENGALON	SEPASO TIMUR	4 KK
		SEPASO BARAT	10 KK

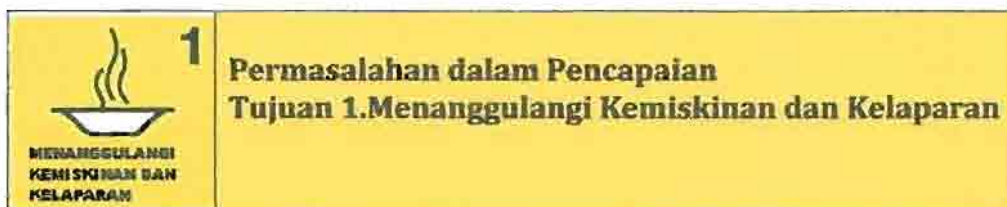
		TOTAL	14 KK
4	SANGATTA UTARA	DESA TELUK LINNGA VII	
		BUKIT PELANGI	5 KK
		TELUK LINGGA	6 KK
		SWARGA BARAT	9 KK
		DUSUN SINGA KARTI	6 KK
		SINGA GEMBARA	7 KK
		TOTAL	28 KK
5	SANGATTA UTARA	SINGA GEWEH	9 KK
		DUSUN SYAMPAI	7 KK
		TELUK KABA	5 KK
		DS.KAMPUNG KAJANG	7 KK
		SANGKIMA LAMA	10 KK
		DESA SANGKIMA	
		DS.SUNGAI TABUAN	5 KK
		DS. GUNUNG TEKNIK	3 KK
		TOTAL	46 KK

Sumber : Dinas Pekerjaan Umum



1.2. Permasalahan dan Tantangan Dalam Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium di Kabupaten Kutai Timur

1.2.1. Permasalahan



Target 1A: Menurunkan proporsi penduduk miskin setengahnya dalam kurun waktu 1990-2015

1. Rentannya kondisi ekonomi masyarakat yang di Indikasikan oleh masih tingginya presentase penduduk miskin
2. Masih rendahnya peran koordinasi dan belum padunya program-program yang dilaksanakan oleh Pemerintah Daerah, Private Sector dan Masyarakat dalam upaya penanggulangan kemiskinan di daerah.
3. Masih belum adanya aturan daerah yang mengatur program penanggulangan kemiskinan, misalnya dalam bentuk Peraturan Daerah (Perda).
4. Masih kurangnya peran sosialisasi mengenai kemiskinan kepada seluruh lapisan masyarakat.

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

1. Belum adanya grand design tentang man power planning
2. Rendahnya pendayagunaan angkatan kerja yang tersedia mengakibatkan banyak terjadi pengangguran terbuka dan setengah pengangguran.

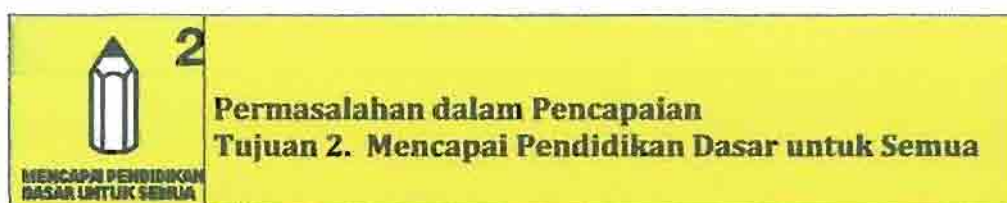
3. Rendahnya kualitas angkatan kerja yang terlihat dari besarnya jumlah angkatan kerja dengan pendidikan tertinggi tamat SLTP bahkan dibawahnya
4. Rendahnya produktivitas, kesejahteraan dan perlindungan sebagian besar pekerja.
5. Terbatasnya dan belum optimalnya operasionalisasi BLK
6. Kurangnya koordinasi antara Disnaker dengan sektor lapangan usaha terkait baik di lingkup pemerintah maupun swasta
7. Belum adanya pengaturan untuk bidang ketenagakerjaan secara menyeluruh dikaitkan dengan *local spesifik*.

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

1. Masih adanya kelompok risiko dan wilayah rawan pangan
2. Masih ada Balita yang ditemukan mengalami gizi buruk dan gizi kurang.
3. Masih banyaknya tenaga pengelola program gizi di puskesmas yang tidak mempunyai pendidikan dengan latar belakang gizi.
4. Masih rendahnya cakupan balita yang datang ke posyandu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan pemantauan pertumbuhan.
5. Masih rendahnya partisipasi masyarakat melalui kegiatan posyandu yang meliputi pemantauan status gizi bayi dan balita melalui penimbangan.
6. Sosialisasi dan penyuluhan untuk membentuk keluarga sadar gizi masih kurang sehingga menyebabkan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang pola gizi yang seimbang.



7. Masih tingginya kesakitan pada bayi dan anak yang tidak mendapat air susu ibu (ASI) dan makanan pendamping ASI yang tepat.
8. Belum mantapnya system ketahanan pangan pada keluarga, konsumsi makanan individu dan keluarga dipengaruhi oleh ketersediaan pangan yang ditunjukkan oleh tingkat produksi dan distribusi pangan.
9. Menetapkan desa sasaran sesuai kriteria RTM
10. Menetapkan peluang usaha ekonomi di pedesaan
11. Membangun system pengelolaan pelayanan lembaga keuangan desa yang modern.



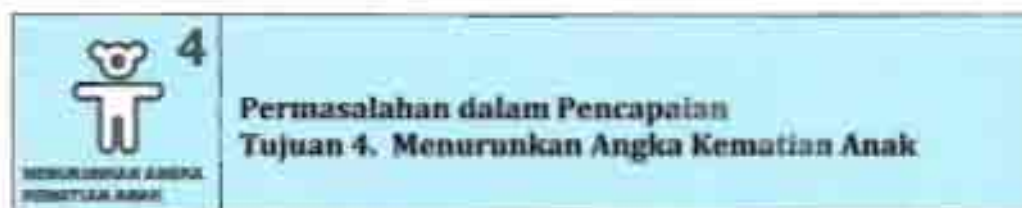
1. Masih terbatasnya daya tampung sekolah jenjang pendidikan menengah dan atas (jumlah per tingkat sekolah per desa/kecamatan)
2. Masih terbatasnya jumlah guru dari sisi kualifikasi bidang studi
3. Belum optimalnya monitoring implementasi dalam penyelenggaraan pendidikan
4. Belum optimalnya pelimpahan kewenangan dari Dinas Pendidikan ke UPTD
5. Belum memadainya akses jalan menuju ke sekolah
6. Masih kurangnya fasilitas pendukung sekolah
7. Terlambatnya pemanfaatan sekolah karena sering terhambatnya proses serah terima antara Dinas Pendidikan ke pihak sekolah
8. Terkendalanya pembangunan sekolah karena belum selesainya proses penyelesaian lahan
9. Lemahnya koordinasi antara Dinas Pendidikan dengan sektor terkait

10. Rentang kendali tinggi karena kondisi geografis wilayah
11. Masih kurangnya sekolah pendidikan kejuruan
12. Masih kurangnya jumlah sekolah yang memenuhi standar
13. Belum adanya forum koordinasi bidang penyelenggaraan pendidikan
14. Belum adanya *Standard Operational Procedure* aspek pelayanan pendidikan



Permasalahan dalam Pencapaian Tujuan 3 : Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan :

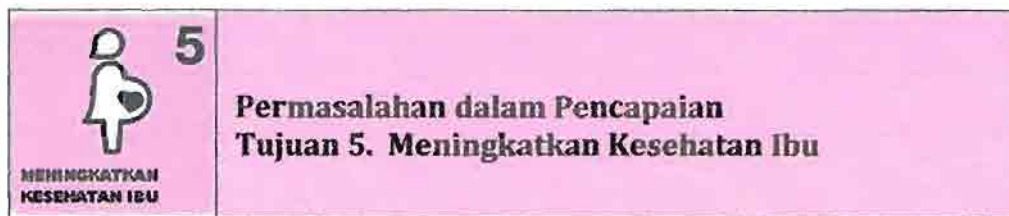
1. Partisipasi dan keterwakilan perempuan di Kabupaten Kutai Timur pada bidang politik masih rendah dibandingkan laki-laki.
2. Belum optimalnya pengarusutamaan gender dan anak
3. Masih lemahnya data tentang perlindungan perempuan dan anak
4. Belum optimalnya peran serta perempuan dalam pembangunan



Target 4A: Menurunkan angka kematian balita (AKABA) hingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990 – 2015

1. Sisi Supply
 - a. Jumlah tenaga kesehatan (bidan dan dokter) belum mencukupi untuk mengisi Puskesmas, Puskesmas pembantu, dan poskesdes.

- b. Jumlah dan sebaran sarana, fasilitas dan SDM kesehatan khususnya bidan/perawat untuk pelayanan KIA belum merata.
 - c. Kesiambungan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) berkualitas, termasuk rujukan belum memadai.
 - d. Pembiayaan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) berkualitas belum memadai dan rendahnya perencanaan yang terintegrasi dalam program imunisasi pada bayi dan balita
2. Sisi Demand
- a. Pendidikan perempuan terutama tentang perawatan dan cara pengasuhan terhadap anak masih rendah.
 - b. Sosial ekonomi rendah juga berimbas pada status kesehatan bayi dan balita.
 - c. Kondisi social budaya kurang mendukung pada sebagian masyarakat
 - d. Kedudukan dan peranan perempuan dalam keluarga dan masyarakat tidak menguntungkan terutama pada masyarakat yang ada di desa.
 - e. Ketersediaan sarana prasarana transportasi belum mendukung yang mengakibatkan keterbatasan akses pada masyarakat.
 - f. Masih rendahnya partisipasi masyarakat melalui kegiatan posyandu yang meliputi pemantauan status gizi bayi dan balita melalui pemberian imunisasi lengkap dan layanan kesehatan lainnya.



Permasalahan dalam Pencapaian Tujuan 5 : Meningkatkan Kesehatan ibu adalah sebagai berikut :

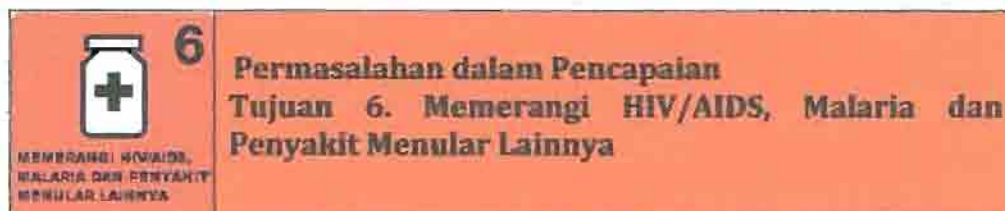
1. Sisi Supply

- a. Rendahnya pelayanan kesehatan ibu khususnya bagi ibu hamil dan melahirkan dikarenakan bidan belum ada di setiap desa, distribusi bidan tidak merata, saat diperlukan bidan tidak ada ditempat dan akses menuju pelayanan kesehatan kurang memadai
- b. Kualitas dan efektifitas pelayanan kesehatan ibu melahirkan (maternal) belum optimal dan belum mampu PONEC (Pelayanan Obstetri Neonatus Emergensi Dasar)..
- c. Pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit belum seluruhnya berkualitas , khususnya mampu PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatus Emergensi Komprehensif).
- d. Kurangnya advokasi dan KIE.

2. Sisi Demand

- a. Masyarakat kurang memperoleh pengetahuan tentang pentingnya kesehatan ibu (hamil, bersalin, dan nifas)
- b. Kondisi sosial budaya kurang mendukung, sebagian masyarakat masih mempercayakan kepada dukun beranak dari pada petugas kesehatan untuk menolong persalinan.
- c. Peranan perempuan dalam pengambilan keputusan terhadap pelayanan kesehatan ibu, terutama dalam persalinan dan KB masih rendah.

- d. Ketersediaan sarana prasarana transportasi tidak mendukung mengakibatkan keterbatasan akses pada masyarakat untuk dapat menjangkau pelayanan kesehatan.
- e. Masih rendahnya partisipasi masyarakat terhadap desa siaga



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

1. Masih kurangnya upaya-upaya pencegahan IMS dan AIDS melalui jalur pendidikan formal, non formal maupun pendidikan umum dan agama.
2. Terbatasnya penganggaran dalam usaha pencegahan/menghindari gigitan nyamuk khususnya penyediaan kelambu berinsektisida tahan lama.
3. Cakupan pengobatan kasus malaria terkonfirmasi positif yang dilakukan baik di rumah sakit maupun puskesmas masih rendah.
4. Koordinasi multipihak (lintas program, lintas sektor baik dari pemerintah maupun swasta serta lembaga swadaya masyarakat) dan mekanisme monitoring dan evaluasi belum optimal.
5. Migrasi penduduk khususnya pencari kerja di Kalimantan Timur sangat tinggi yang menyebabkan juga pola penularan penyakit HIV/AIDS cukup tinggi
6. Terbatasnya ketersediaan alokasi anggaran yang berkelanjutan dalam pengendalian HIV/AIDS

Target 6B: Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2015

1. Masih kurangnya akses dan mutu perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA karena keterbatasan fasilitas dan tenaga kesehatan serta ketersediaan obat ARV.
2. Perlu upaya memperluas jangkauan pelayanan bagi ODHA dilakukan baik dengan mendekatkan sarana pelayanan maupun dengan membentuk kelompok-kelompok pendamping/dukungan sebaya, serta dukungan terhadap KDS.

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

A. Malaria

1. Upaya preventif terhadap penularan malaria masih lemah, kegiatan surveilans epidemiologi dan pengendalian vektor masih terbatas. Untuk meningkatkan upaya preventif pemerintah Kabupaten Kutai Timur meneruskan kebijakan yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan antara lain : kasus harus dikonfirmasi laboratorium, pengobatan dengan menggunakan ACT (*Artemisinin Based Combination Therapy*), distribusi kelambu bagi ibu hamil dan anak-anak dan kerjasama dalam forum gebrak malaria. Pemberian kelambu berinsektisida atau kelambu poles telah direkomendasikan oleh WHO sejak Tahun 2004, selain itu metode ini dianggap lebih efektif dibandingkan dengan metode pencegahan lain selain itu juga mempertimbangkan perilaku nyamuk *Anopheles* yang senang menggigit



pada jam 18.00 – 06.00 dengan puncak kepadatan menggigit selepas tengah malam. Selain itu pengobatan yang selama ini dilakukan dengan monotherapy sudah kurang efektif lagi karena berdasarkan hasil penelitian terdapat beberapa daerah di Indonesia termasuk Provinsi Kalimantan Timur yang resistensi terhadap pengobatan dengan jenis obat anti malaria tertentu terutama dengan monotherapy, sehingga dikeluarkan kebijakan bahwa untuk menghindari efek resistensi terhadap obat anti malaria terhadap penderita malaria maka diberikan metode pengobatan terbaru dengan therapy ACT. Namun Penggunaan kelambu maupun pemberian pengobatan dengan ACT pada daerah malaria masih rendah perlu upaya sosialisasi ke semua puskesmas maupun masyarakat pengguna.

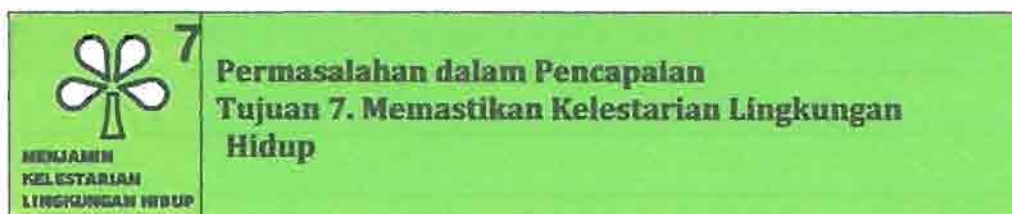
2. Terbatasnya penganggaran dalam usaha pencegahan/menghindari gigitan nyamuk khususnya penyediaan kelambu berisektisida tahan lama
3. Cakupan pengobatan kasus malaria terkonfirmasi positif yang dilakukan baik di rumah sakit maupun puskesmas masih rendah.
4. Terbatasnya kemampuan manajemen kasus malaria yang mengakibatkan beragamnya tatalaksana kasus malaria di berbagai jenjang pelayanan kesehatan.
5. Pelayanan kesehatan dasar dan rujukan belum dilengkapi dengan fasilitas dan tenaga yang terlatih
6. Kurangnya pemahaman dan dukungan masyarakat tentang tindakan pencegahan malaria.
7. Belum optimalnya monitoring dan evaluasi pengendalian penyakit malaria.



B. Tuberkulosis

1. Kurangnya dukungan penganggaran sehingga ketergantungan pembiayaan program TB terhadap donor masih besar
2. Keterbatasan SDM baik kualitas maupun kuantitasnya sehingga akses pelayanan penyakit menular TB di unit pelayanan kesehatan dasar dan rujukan belum optimal, demikian pula dengan kegiatan surveilans penyakit TB masih kurang
3. Belum semua Rumah Sakit dan Dokter Praktek Swasta terlibat secara aktif dalam program TB, dan strategi pengobatan DOTS yang dianjurkan pemerintah masih dilakukan di puskesmas sedangkan rumah sakit dan dokter praktek swasta belum semua menggunakan strategi DOTS tersebut.
4. Paradigma laboratorium belum sebagai penentu diagnosa TB, sehingga kesulitan dalam diagnosis untuk menentukan kepastian seseorang dinyatakan sebagai penderita TB atau bukan





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

1. Pembukaan lahan tambang tanpa pelaksanaan pengelolaan lingkungan yang memadai
2. Eksploitasi hutan menjadi penyebab utama terjadinya erosi sehingga proses sedimentasi semakin parah.
3. Meningkatnya konversi hutan alami menjadi tambak, pertambangan, permukiman dan perkebunan, semakin meningkatnya kendaraan bermotor yang sulit dibatasi, perkembangan industri menengah maupun besar yang berpengaruh terhadap peningkatan konsumsi BBM, secara keseluruhan berpengaruh terhadap peningkatan emisi CO₂ (e).
4. Ketersediaan data kurang memadai untuk bahan perhitungan emisi CO₂ (e) setiap tahunnya.

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

1. Penebangan hutan dalam bentuk HPH, HPHTI, Illegal Logging pembukaan lahan untuk perumahan.
2. Semakin luas areal pembukaan lahan untuk perkebunan kecenderungan terancamnya keberadaan keanekaragaman hayati akan semakin tinggi dan mengkhawatirkan.

3. Akibat langsung dari pembukaan lahan untuk pertambangan adalah timbulnya perubahan ekologi struktur tanah, air serta terjadinya kerusakan lingkungan secara total yang berdampak pada berpindahnya fauna/satwa ke daerah yang lebih aman sementara untuk fauna akan lebih banyak yang hilang.
4. Kurangnya sosialisasi tentang keberadaan cagar alam.
5. Kurangnya jumlah personil terbatasnya sarana dan prasarana serta anggaran menyebabkan pengelolaan kurang optimal.

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

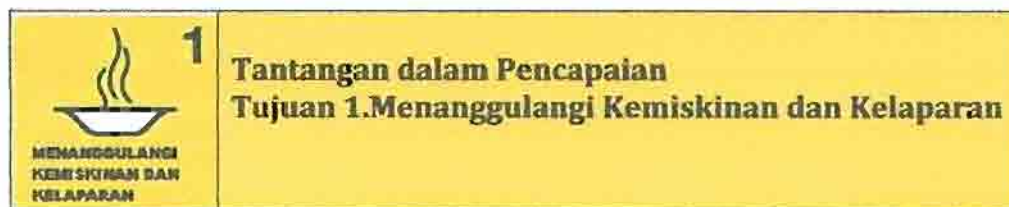
1. Berkembangnya usaha pertambangan di wilayah Kabupaten Kutai Timur mengakibatkan pencemaran terhadap sumber air baku sehingga menurunkan kuantitas dan kualitas air minum
2. Belum semua penduduk dapat mengakses air minum dan sanitasi yang layak, mengingat pertumbuhan penduduk di Kabupaten Kutai Timur cukup pesat terutama dari migrasi tidak seimbang dengan penyediaan fasilitas air minum dan sanitasi yang layak khususnya yang tinggal di perkotaan

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

1. Masyarakat berpenghasilan rendah belum mampu untuk mendapatkan rumah yang layak.
2. Fasilitas permukiman di daerah-daerah padat penduduk kurang memadai.
3. Kondisi hunian rumah & permukiman serta penggunaan ruang-ruangnya tidak memadai.



1.2.2. Tantangan



Target 1A: Menurunkan proporsi penduduk yang tingkat pendapatannya di bawah \$ 1 (PPP) per hari menjadi setengahnya antara 1990-2015

Tantangan dalam upaya Penanggulangan Kemiskinan:

1. Penanggulangan kemiskinan tidak dapat dilaksanakan secara instan dan bersifat sementara tetapi harus terus menerus dilaksanakan dan berkelanjutan. Program penanggulangan kemiskinan di Kabupaten Kutai Timur harus mengarah pada pendekatan menyeluruh (*multi-sector*).
2. Perlu adanya aturan yang tegas mengenai penanggulangan kemiskinan, walaupun di Indonesia sampai saat ini belum ada Undang-Undang Penanggulangan Kemiskinan, Pemerintah Daerah bersama-sama DPRD sebaiknya membuat Peraturan Daerah (Perda) tentang Penanggulangan Kemiskinan di Kabupaten Kutai Timur.
3. Penanggulangan kemiskinan harus dimulai dari penyadaran kepada masyarakat miskin untuk memperbaiki nasibnya (*self-help*) yaitu mendidik penduduk/keluarga miskin agar dapat menemukan potensi yang dimiliki, mendorong tumbuhnya rasa percaya diri, memberikan pemahaman bahwa masalah kemiskinan merupakan tugas dan tanggung jawab bersama antara pemerintah dan masyarakat, menyadarkan bahwa tidak akan ada seseorang dapat keluar dari belenggu kemiskinan selain atas usaha orang itu sendiri, sedangkan upaya yang dilakukan pemerintah bersifat *suplementer* dan *komplementer*.



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

1. Kondisi lingkungan bisnis yang semakin kompetitif di masa mendatang mengharuskan perusahaan untuk mencari sumber daya manusia yang berpengalaman demi mempertahankan dan mengembangkan eksistensinya. Hal tersebut mendorong perusahaan untuk cenderung memilih angkatan kerja yang berpengalaman.

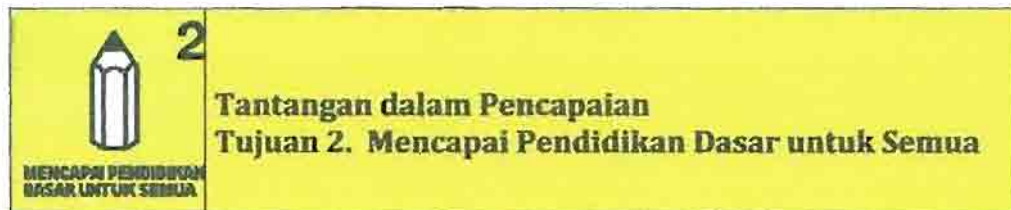
Target 1C: Menurunkan proporsi penduduk yang menderita kelaparan menjadi setengahnya dalam kurun waktu 1990-2015

Tantangan dalam upaya perbaikan status gizi masyarakat :

1. Pencapaian perbaikan status gizi masyarakat ditentukan oleh berbagai faktor, sehingga keterpaduan baik secara sektoral maupun program harus selalu ditingkatkan.
2. Mengingat bidang kesehatan (program gizi) merupakan salah satu urusan yang telah diserahkan ke pemerintah kabupaten/kota, oleh karena ini hal ini akan menjadi tantangan tersendiri apabila perhatian pemerintah kabupaten/kota tidak tertuju pada pencapaian SPM.
3. Perbaikan gizi masyarakat haruslah dapat dilaksanakan dengan pendekatan perbaikan gizi masyarakat harus dapat dilaksanakan dalam setiap siklus kehidupan.
4. Minimnya akses transportasi dari desa sasaran untuk menunjang perkembangan usaha ekonomi kelompok penerima bantuan
5. Masih terbatasnya sumberdaya manusia pelaksana kegiatan desa mandiri pangan



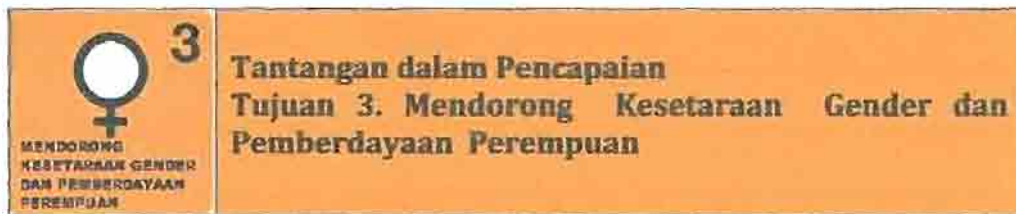
6. Masih terbatasnya dukungan pembiayaan dari APBD kabupaten yang bersangkutan
7. Membangun koordinasi lintas sector.



Beberapa tantangan umum yang dihadapi dalam upaya penuntasan Wajar 9 tahun dan 12 tahun di Kabupaten Kutai Timur antara lain:

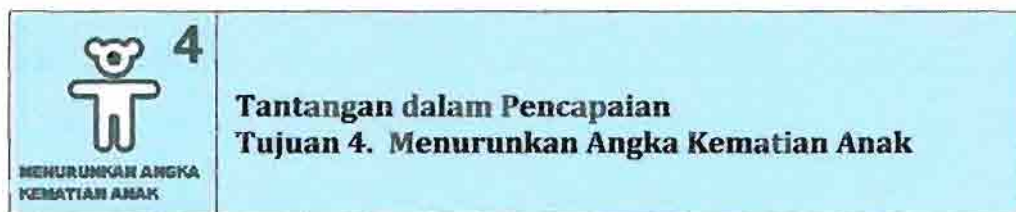
1. Belum optimalnya sistem koordinasi antara Dinas Pendidikan Propinsi dan Dinas Pendidikan Kabupaten/Kota,
2. Belum adanya sinkronisasi yang baik dari program-program yang ada pada Dinas Pendidikan Propinsi dan Dinas Pendidikan Kabupaten/Kota
3. Masih kurang efektif dan meratanya kemampuan kelembagaan dan aparatur pemerintahan di daerah.
4. Letak geografis, sebagian besar berada di daerah terpencil, terpencar, dan terisolir, terutama di daerah pedalaman dan perbatasan.
5. Keadaan sosial ekonomi Anak putus Sekolah pada umumnya berasal dari keluarga yang kurang mampu atau miskin
6. Infrastruktur yang masih sangat terbatas, sehingga pelayanan pendidikan belum bisa menjangkau semua masyarakat,





Tantangan dalam Pencapaian Tujuan 3 : Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan :

1. Pola pikir masyarakat yang masih terpengaruh budaya, fanatisme agama, serta kebiasaan-kebiasaan lama yang secara langsung maupun tidak langsung menghambat perempuan untuk maju.
2. Status kesehatan perempuan masih belum menunjukkan perbaikan, status gizi perempuan masih merupakan persoalan yang harus diselesaikan.
3. Masih rendahnya akses perempuan terhadap sumber daya ekonomi.



Target 4A: Menurunkan angka kematian balita (AKABA) hingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990 – 2015

Tantangan dalam upaya menurunkan Angka Kematian Balita (AKABA):

1. Belum terpenuhi kebutuhan tenaga kesehatan (Bidan, perawat) untuk semua puskesmas dan desa sehingga diperlukan upaya inovasi untuk mempercepat pemenuhan tenaga kesehatan tersebut.
2. Tidak semua tenaga yang ada di Puskesmas, Polindes, Pustu dapat mengikuti pelatihan dan peningkatan mutu tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi.
3. Belum adanya kesinambungan perencanaan kegiatan yang ada kaitannya dengan penurunan AKB dan AKABA.

4. Kurangnya komitmen dalam pembiayaan pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA).
5. Perlunya peningkatan peran aktif terutama untuk ibu-ibu dalam memantau dan memonitoring pertumbuhan balita secara teratur
6. Perlu penyuluhan dan informasi tentang perawatan bayi dan balita yang kontinu.
7. Masih kurangnya akses pelayanan kesehatan anak di sarana kesehatan.



Target 5A : Menurunkan angka kematian ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990 – 2015

Tantangan dalam Pencapaian Tujuan 5 : Meningkatkan Kesehatan Ibu adalah sebagai berikut :

1. Pertolongan persalinan yang dilakukan oleh tenaga yang tidak kompeten atau yang dilakukan bukan oleh tenaga kesehatan dan dilakukan di rumah bukan di fasilitas kesehatan
2. Tingkat pengetahuan masyarakat khususnya ibu hamil tentang kesehatan masih kurang.
3. Kondisi sosial ekonomi menyebabkan sebagian masyarakat lebih memilih melahirkan di rumah dan ditolong oleh dukun beranak.
4. Belum tersedianya dana operasional yang memadai untuk kemitraan Bidan dan dukun beranak.

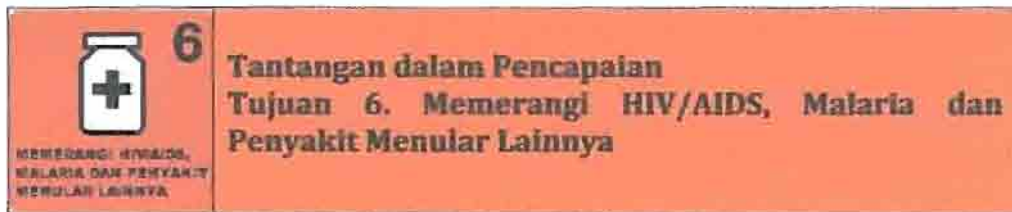


5. Belum semua Puskesmas rawat inap mampu PONE.
6. Belum semua Desa Siaga berjalan sebagaimana yang diharapkan.
7. Koordinasi dan kerjasama lintas sektoral terkait belum optimal
8. Revitalisasi GSI belum menjangkau seluruh kecamatan
9. Revitalisasi posyandu belum maksimal (jumlah posyandu mandiri baru mencapai 16%).

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

1. Masih rendahnya pengetahuan orangtua terhadap dampak pernikahan dini.
2. Masih tingginya kebiasaan masyarakat untuk menikahkan anak di usia dini (kurang dari 19 tahun).
3. Belum adanya Petugas Lapangan Program Keluarga Berencana (PLKB)
4. Kurangnya kerjasama dan koordinasi lintas sektoral dalam melaksanakan program Keluarga Berencana (KB).
5. Pemahaman orangtua dan remaja terhadap kesehatan reproduksi masih rendah (masih menganggap tabu pendidikan seks dalam keluarga).
6. Komunikasi orangtua dan remaja terhadap kesehatan reproduksi masih rendah (masih menganggap tabu pendidikan seks dalam keluarga).





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

1. Kutai Timur adalah salah satu pusat pengembangan ekonomi di wilayah Kalimantan Timur dimana sektor pertambangan, perkebunan dan sektor konstruksi yang mendominasi dengan konsentrasi penduduk di perkotaan dan di *camp-camp* perusahaan. Mobilitas penduduk yang tinggi serta banyaknya pekerja yang pisah dari keluarga dalam waktu relatif lama telah mendorong munculnya tempat- tempat prostitusi.
2. Sejalan dengan hal diatas juga bisnis hiburan juga sangat berkembang, sehingga diduga juga banyak muncul tempat prostitusi ilegal. Hal ini menyulitkan dalam hal pendataan dan upaya penjangkauan karena terkesan ditutup – tutupi.
3. Adanya perubahan sikap dan perilaku remaja yang tercemar dalam perubahan sikap dan pemahaman terhadap seks sehingga menganggap seks bebas merupakan hal yang biasa.
4. Telah ada bukti pengidap HIV dan AIDS yang juga ternyata sebagai pengguna dan pengedar Narkoba, terutama di Kota Sangatta
5. Jumlah dan fluktuasi pekerja seks yang sangat tinggi pada semua sentra kegiatan ekonomi termasuk di tengah hutan juga perusahaan baru. Angka pemakaian kondom yang masih rendah di lokalisasi dan daerah Resti lainnya.
6. Rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang HIV dan AIDS baik tentang pengertiannya dan cara pencegahannya serta



berkembangnya mitos-mitos yang menyesatkan di kalangan masyarakat (penyakit AIDS adalah kutukan Tuhan, bisa sembuh dengan obat tradisional, dll) sementara kegiatan KIE yang dilaksanakan belum terpadu dan materinya kurang proporsional. Sehingga stigma dan diskrimansi terhadap ODHA masih sangat tinggi

7. Adanya dampak informasi, krisis ekonomi, pemutusan hubungan kerja, sempitnya lapangan pekerjaan, khususnya para eks pekerja wanita muda yang berpendidikan rendah dan tidak cukup mempunyai ketrampilan, kemungkinan akan mencari jalan pintas untuk mencari nafkah dengan cara yang mudah yaitu dengan menjajakan dirinya sebagai wanita penghibur dan sejenisnya.
8. Secara nasional terjadi lonjakan kasus HIV sebesar 700% pada lelaki beresiko tinggi (Tahun 2007-2011).

Target 6B: Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2015

Tantangan dalam upaya mewujudkan akses pengobatan HIV/AIDS bagi yang membutuhkan adalah :

1. Terbatasnya ketersediaan pelayanan kesehatan dasar di puskesmas dan pelayanan rujukan di rumah sakit dalam pencegahan, perawatan dan pengobatan penderita HIV/AIDS, khususnya penyediaan layanan Konseling dan Tes Sukarela atau *Voluntary Conseling and Testing* (VCT),
2. Pelayanan konseling dan tes yang telah tersedia harus ditingkatkan mutunya yaitu dilaksanakan oleh tenaga yang professional.



3. Perlu tambahan fasilitas konseling dan tes VCT dengan wilayah konsentrasi tenaga kerja tinggi yaitu PKM Teluk Lingga, PKM Muara wahau, dan PKM Bengalon.

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

Tantangan dalam upaya mengendalikan penyebaran dan menurunkan jumlah kasus baru Malaria dan Tuberkulosis adalah :

1. Komitmen dari masing-masing Pemda untuk mendukung program pengendalian malaria baik secara politis maupun pendanaan yang memadai.
2. Adanya perubahan lingkungan (penggalian tambang) yang nantinya dapat menjadi tempat perindukan baru bagi vektor malaria yaitu nyamuk Anopheles.
3. Upaya pencegahan penularan malaria belum optimal, karena lemahnya pengendalian vektor malaria yang berdasar fakta (evidence based), dan belum optimal dilaksanakan secara terintegrasi terpadu dengan melibatkan masyarakat.
4. Sumber Daya Kesehatan yang terlatih dan siap dalam mendukung kesuksesan pencegahan malaria terbatas baik jumlah maupun kemampuan manajemen kasus malaria.
5. Belum tersedianya layanan pengobatan yang memadai khususnya rujukan kasus TB MDR termasuk layanan pemeriksaan DST (*Drug Sensitivity Test*) yang tersertifikasi, unit laboratorium termasuk laboratorium swasta belum dimanfaatkan secara maksimal.





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

1. Kemampuan aparat dalam merumuskan kebijakan yang mengutamakan kelestarian lingkungan hidup masih terbatas.
2. Kemitraan dan kerjasama pemerintah daerah, pelaku usaha dan masyarakat dalam pemeliharaan dan pelestarian alam dan lingkungan hidup masih kurang.
3. Pelestarian sumber daya alam dan lingkungan hidup berbenturan dengan pemenuhan kebutuhan energi dan pengembangan ekonomi.
4. Kepastian hukum dalam pengelolaan sumber daya alam dan lingkungan hidup belum ditegakkan sebagaimana mestinya.
5. Kualitas ruang terbuka hijau perkotaan masih rendah dan tingginya tingkat kerusakan ekosistem pesisir pantai yang dipengaruhi gejala pemanasan global.

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

1. Kerjasama pemerintah dan masyarakat dalam melestarikan keanekaragaman hayati belum sinergi.



2. Keterpaduan pemanfaatan sumber daya keanekaragaman hayati belum optimal.
3. Kemiskinan dan kerentanan sosial penduduk sekitar hutan relatif tinggi yang dapat mempengaruhi tingkat pemanfaatan hutan.
4. Adanya peraturan perundangan yang memperkenankan pemanfaatan kawasan hutan alam melalui proses pinjam pakai yang umumnya dimanfaatkan untuk kegiatan pertambangan.

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

Tantangan dalam upaya meningkatkan akses masyarakat terhadap air minum dan sanitasi dasar yang layak adalah :

1. Berkembangnya usaha pertambangan di wilayah Kabupaten Kutai Timur kurang diimbangi dengan upaya rehabilitasi/reboisasi lahan pasca tambang, mengakibatkan semakin berkurangnya sumber air baku dan menurunkan kuantitas dan kualitas ketersediaan air minum
2. Kesadaran masyarakat untuk melaksanakan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) masih rendah, masih membuang sampah sembarangan terutama ke sungai yang menjadi sumber air baku
3. Pertumbuhan penduduk di Kabupaten Kutai Timur cukup pesat terutama dari migrasi tidak seimbang dengan upaya pemerintah dalam penyediaan fasilitas air minum dan sanitasi yang layak khususnya yang tinggal di perkotaan, karena pembiayaan yang terbatas.

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



1. Pertambahan penduduk kota yang sangat pesat karena migrasi dan terbatasnya pemukiman yang diperuntukkan bagi penduduk miskin.
2. Penataan dan pengelolaan fasilitas perumahan dan pemukiman masih terbatas dan pembiayaannya relatif mahal.
3. Kebutuhan fasilitas perumahan dan permukiman bagi yang berpenghasilan rendah masih terbatas.



BAB II

ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI PERCEPATAN PENCAPAIAN TARGET MDGs DI KABUPATEN KUTAI TIMUR

Pada bagian ini dijelaskan arah kebijakan dan strategi yang dilakukan dalam rangka percepatan pencapaian tujuan MDGs, serta target kinerja pencapaian tujuan MDGs. Strategi dirumuskan mengacu pada kegiatan nasional sebagaimana dituliskan dalam peta jalan (roadmap) nasional percepatan pencapaian MDGs, Rencana Aksi Daerah (RAD) MDGs Propinsi Kalimantan Timur Tahun 2011-2015 dan RPJMD Kabupaten Kutai Timur Tahun 2011-2015.

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

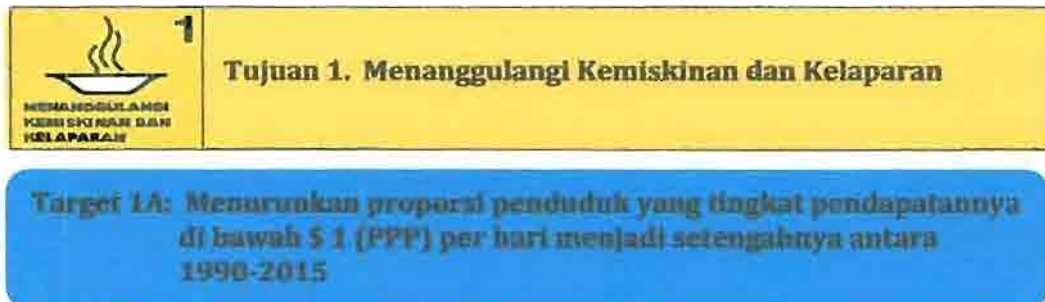
Visi Pembangunan Kabupaten Kutai Timur Tahun 2006-2025 adalah ***"Terwujudnya Ekonomi Daerah yang Berdaya Saing dan bertumpu pada Pemanfaatan Sumber Daya Lokal menuju Kemandirian Daerah"***. Untuk mewujudkan harapan dimaksud, pembangunan di Kabupaten Kutai Timur difokuskan pada:

- Pembangunan daerah yang mampu mengelola sumber daya alam dan sumber daya manusia secara tepat, bijaksana dan lestari melalui pembangunan pertanian dalam kerangka pembangunan agribisnis.
- Mengarah pada pemantapan kemandirian pangan dan pengembangan komoditi unggulan yang mampu berkompetisi di tingkat regional, nasional maupun global
- Kutai Timur Mandiri adalah membangun Kutai Timur sebagai daerah mandiri (*independent region*), memiliki kemampuan sendiri, tidak memiliki ketergantungan besar dalam pelaksanaan pembangunan
- Kemandirian masyarakat ditunjukkan oleh kemampuan dalam melaksanakan



proses produksi dan mampu meningkatkan derajat kehidupan keluarga secara layak materiil dan spirituil.

Guna percepatan pencapaian tujuan pembangunan Milenium (MDGs) di Kabupaten Kutai Timur, maka arah kebijakan diuraikan sebagai berikut:



Arah kebijakan untuk mencapai target penurunan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari US\$1,00 (PPP) per kapita per hari adalah:

1. Menggali dan mengembangkan kegiatan ekonomi/usaha produktif berbasis UMKM dan menciptakan peluang kerja dan usaha penduduk/keluarga miskin berorientasi sektor pertanian
2. Meningkatkan kehidupan sosial budaya penduduk/keluarga miskin dengan menekankan partisipasi aktif pada semua pembangunan, terutama pertanian dalam arti luas
3. Terbukanya kesempatan kerja dan berusaha bagi masyarakat miskin (baik sebagai petani, buruh tani, penyedia sarana produksi dan alat & mesin pertanian, pemasar dan pemroses hasil pertanian, dan sebagainya).
 - a. Meningkatnya peran masyarakat miskin dalam pembangunan pertanian dalam arti luas
 - b. Memberikan pelatihan keterampilan sesuai kebutuhan dunia usaha dan pengembangan kewirausahaan.
 - c. Meningkatnya keterampilan masyarakat miskin
 - d. Meningkatnya usaha keluarga miskin berbasis agribisnis

- e. Menambah modal dan tenaga kerja (skill) untuk merubah bukan tanah pertanian menjadi tanah pertanian (Contoh: membuka tanah hutan, tanah rawa, tanah padang rumput dan sebagainya menjadi tanah pertanian).

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

Arah kebijakan untuk mencapai target terwujudnya kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda, adalah :

1. Memberikan kemudahan aksesibilitas permodalan kepada sektor formal dan sektor informal.
2. Fasilitasi kemudahan aksesibilitas permodalan kepada sektor formal dan sector informal.
3. Pengembangan peran koperasi dan UMKM serta lembaga keuangan mikro dalam pemenuhan kebutuhan pasar, serta pengembangan kewirausahaan dan pengembangan lokal untuk mendorong daya saing.
 - a. Penerapan manajemen modern pada koperasi
 - b. pengembangan SDM Kader dan Pengurus Koperasi.
 - c. Penyehatan koperasi.
 - d. Gerakan bangkit 135 koperasi wanita.
 - e. Fasilitasi permodalan koperasi dan UMKM
 - f. Peningkatan akses permodalan masyarakat miskin.
 - g. Pendampingan usaha produktif koperasi.
4. Pengembangan struktur perekonomian daerah melalui pengembangan investasi, potensi dan produk unggulan daerah yang berdaya saing serta



mengembangkan BUMD dan aset-aset daerah untuk mendorong sektor riil dalam rangka memperluas kesempatan kerja.

- a. Pengembangan iklim investasi yang kondusif dari segi permodalan, infrastruktur, kelembagaan serta kepastian dan keamanan berinvestasi.
- b. Pengembangan pranata investasi.
- c. Pengembangan pranata pelayanan perijinan investasi
- d. Pengembangan iklim investasi yang kondusif dari segi permodalan, infrastruktur, kelembagaan serta kepastian dan keamanan berinvestasi.
- e. Pengembangan pranata investasi.
- f. Pengembangan pranata pelayanan perijinan investasi
- g. Pengembangan koperasi berbasis potensi ekonomi.
- h. Pengembangan kewirausahaan dan produk unggulan yang berdaya saing.
- i. Fasilitasi kerjasama dan promosi antar pelaku usaha.
- j. Pengembangan manajemen dan inovasi BUMD yang menguntungkan.
- k. Pengembangan sistem informasi penanaman modal.
- l. Kerjasama optimalisasi aset daerah.
- m. Pengembangan potensi investasi daerah.
- n. Pengembangan investasi BUMD yang profitabel



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

Arah kebijakan untuk mencapai target penurunan proporsi penduduk yang menderita kelaparan sampai dengan Tahun 2015, adalah :

1. Meningkatkan kemampuan keluarga miskin dalam pemenuhan kebutuhan dasar (pangan, sandang, perumahan, pendidikan, kesehatan)
2. Mengembangkan sarana dan prasarana dasar wilayah secara merata;
3. Mengembangkan dan memanfaatkan sistem perlindungan sosial.
4. Peningkatan ketahanan pangan
 - a. Peningkatan produksi hasil pertanian sesuai potensi agroekologi dengan pemanfaatan teknologi tepat guna,
 - b. Meningkatkan peran kelembagaan UMKM pada sektor pertanian
 - c. Peningkatan peran koperasi dalam pengelolaan komoditas unggulan
 - d. Peningkatan ketrampilan petani, peternak, nelayan dan pembudidaya
 - e. Peningkatan SDM bidang pertanian
 - f. Pengembangan kawasan pertanian dan perikanan dengan melalui *One Village One Product* (OVOP)
 - g. Pengembangan kawasan agropolitan
 - h. Regulasi pangan.





2

MENCAPAI PENDIDIKAN
DASAR UNTUK SEMUA

Tujuan 2. Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua

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

Arah kebijakan untuk mencapai target terjaminnya semua anak-anak, laki-laki maupun perempuan dimanapun dapat menyelesaikan pendidikan dasar, adalah :

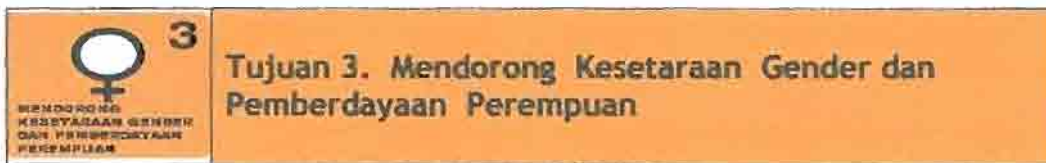
1. Peningkatan pemerataan akses pendidikan dasar dan menengah
 - a. Meningkatkan jumlah angka melek huruf
 - Memperluas akses penduduk buta aksara > 15 tahun memiliki kesempatan terlaksananya pendidikan formal
 - Membina dan mengembangkan minat baca masyarakat melalui pendirian perpustakaan desa, kecamatan, kabupaten.
 - b. Meningkatkan jumlah angka partisipasi murni (APM)
 - Menjalin kerjasama di bidang pendidikan dengan lembaga pendidikan luar Kutim dalam rangka percepatan perubahan pola pikir masyarakat ke arah yang lebih maju
 - Bantuan operasional penyelenggaraan pendidikan di sekolah swasta, madrasah, pesantren, PLS
 - c. Meningkatkan sebaran sarana pendidikan
 - Menyelenggarakan pendidikan dasar dan menengah yang berkualitas dan merata diseluruh wilayah dengan mengalokasikan anggaran pendidikan 20% dari APBD menuju sukses "KUTIM CEMERLANG"
 - Pemerataan sarana dan prasarana pendidikan
 - Melengkapi sarana dan prasarana pendidikan dan pembelajaran agar anak didik dapat menguasai dan memahami IPTEK
 - d. Meningkatkan penyelenggaraan pendidikan luar sekolah (PLS)

- Meningkatkan mutu dan pemberdayaan lembaga-lembaga pendidikan non formal
 - Membina dan mengembangkan pendidikan non formal berbasis potensi daerah.
- e. Meningkatkan sistem pengelolaan sekolah
- Bermitra dengan perusahaan/industri di Kutai Timur untuk bersama-sama mengembangkan pendidikan yang bermutu dan berdaya saing sesuai kebutuhan daerah
 - Mengembangkan PERDA berkenaan dengan mutu penyelenggaraan pendidikan di Kutai Timur
 - Mengembangkan database dengan memanfaatkan sistem informasi pendidikan berbasis internet
 - Mengembangkan mutu pelayanan pendidikan
 - Mengembangkan lembaga pendidikan menengah kejuruan yang bermutu berbasis kompetensi lokal
- f. Meningkatkan akses program akselerasi, sekolah unggulan, dan jumlah sekolah inklusif
- Memperluas layanan dan peningkatan mutu secara berjenjang
2. Peningkatan kualitas penyelenggaraan pendidikan dasar dan menengah
- a. Menurunkan jumlah angka putus sekolah
- Meningkatkan jalinan kemitraan dengan organisasi pemerhati dan pelaku pendidikan
- b. Meningkatkan angka pendidikan tamatan/angka kelulusan
- Membina dan mengembangkan pendidikan menengah umum dan kejuruan
 - Mengembangkan pendidikan budi pekerti di lembaga pendidikan agar output yang dihasilkan selain cerdas juga berakhlak mulia



- c. Meningkatkan partisipasi penduduk dalam pelaksanaan program wajib belajar 12 tahun
- Meningkatkan pengelolaan manajemen berbasis sekolah yang partisipatif
 - Meningkatkan peran swasta dalam pengelolaan pendidikan dasar dan menengah
 - Meningkatkan pengendalian dan pengawasan penyelenggaraan pendidikan
 - Meningkatkan sadar sekolah kepada masyarakat
- d. Meningkatkan kualifikasi tenaga pendidik dan penunjang pendidikan
- Memberikan penghargaan yang bermakna kepada tenaga pendidik dan tenaga kependidikan yang berprestasi dan yang bertugas di pedalaman/daerah terpencil
 - Meningkatkan kompetensi dan standarisasi guru dan sekolah
 - Meningkatkan pengelolaan biaya operasional sekolah
 - Mengembangkan sistem pembinaan karir yang berorientasi peningkatan kesejahteraan
 - Menyelenggarakan pengelolaan insentif bagi guru dan sekolah secara adil dan akuntabel





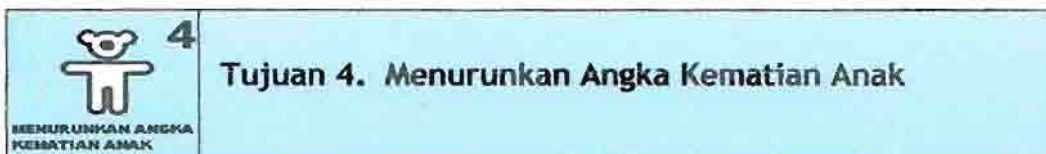
Target 3A: Menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005, dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015

Arah kebijakan untuk mencapai target Menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada Tahun 2005, dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari Tahun 2015, adalah:

1. Peningkatan peran perempuan dalam perencanaan pembangunan
 - a. Membangun kapasitas lembaga sosial ekonomi masyarakat yang dapat memfasilitasi masyarakat untuk memperoleh dan memanfaatkan sumberdaya yang berasal dari pemerintah, masyarakat sendiri, maupun sektor swasta untuk meningkatkan kesejahteraan sosial, maupun memfasilitasi partisipasi masyarakat dalam pengambilan keputusan publik.
 - b. Mengembangkan lembaga keswadayaan masyarakat untuk membangun solidaritas sosial dan ketahanan sosial masyarakat.
 - c. Memberdayakan institusi pemerintah dan organisasi-organisasi yang memiliki visi pemberdayaan perempuan maupun perguruan tinggi agar lebih berpartisipasi dalam pemberdayaan perempuan.
2. Peningkatan kontribusi program Keluarga Berencana (KB) dalam kesejahteraan keluarga
 - a. Memberikan kemudahan pelayanan dan insentif bagi peserta KB
3. Pembinaan perempuan dan peningkatan partisipasi perempuan dalam pembangunan
 - a. Meningkatkan kapasitas perempuan dalam usaha produktif

Strategi percepatan menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada Tahun 2005, dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari Tahun 2015, adalah :

1. Mendayagunakan lembaga/kelompok masyarakat dalam pemberdayaan perempuan
2. Mengembangkan lembaga ekonomi masyarakat dalam bekerjasama dengan kelompok usaha besar
3. Meningkatkan kesadaran ber-KB
4. Meningkatkan peran perempuan dalam kegiatan ekonomi produktif



Target 4A: Menurunkan angka kematian balita (AKBA) hingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990 - 2015

Arah kebijakan untuk mencapai target penurunan angka kematian balita (AKBA) hingga Tahun 2015, adalah :

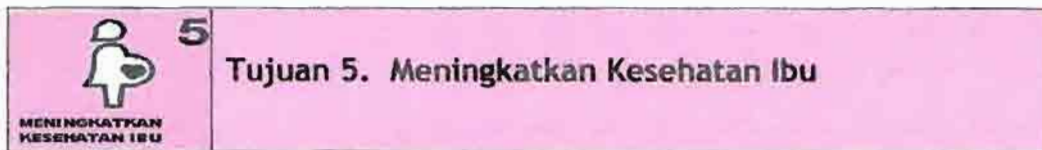
1. Memfasilitasi peningkatan cakupan dan mutu pelayanan rumah sakit, puskesmas serta fasilitas (sarana dan prasarana) pelayanan kesehatan lainnya dan mengembangkan jaringan pelayanan yang terintegrasi
2. Memfasilitasi penyediaan pelayanan puskesmas 24 jam yang lengkap dengan ruang rawat inap dan unit gawat darurat (UGD) mencakup penyediaan sarana dan prasarananya
3. Mengembangkan manajemen mutu di unit pelaksana teknis yang mendorong peningkatan pelayanan prima.

4. Mengembangkan regulasi yang mendorong terlaksananya pelayanan kesehatan berkualitas secara merata.
5. Peningkatan upaya-upaya pencegahan penyakit melalui pemeliharaan dan peningkatan kesehatan masyarakat (imunisasi, kesehatan jiwa, kesehatan olah raga), peningkatan kesiapsiagaan kegawat darurat, bencana dan matra serta penanggulangan kejadian luar biasa/wabah dan peningkatan sistem surveilan epidemiologi berbasis masyarakat dan fasilitas kesehatan
6. Peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat dengan meningkatkan kualitas rumah tangga yang sehat, peningkatan hygiene sanitasi lingkungan perumahan dan tempat-tempat umum lainnya

Strategi percepatan penurunan angka kematian balita (AKABA) hingga Tahun 2015, adalah :

1. Memfasilitasi peningkatan dan pemerataan jumlah sarana/fasilitas/jaringan dan kualitas pelayanan kesehatan, termasuk daerah perbatasan dan terpencil untuk meningkatkan akses pelayanan yang berkualitas
2. Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat di bidang kesehatan melalui peningkatan pemahaman, kesadaran, kemauan masyarakat untuk hidup sehat sebagai upaya menurunkan Angka Kematian Ibu dan meningkatkan Usia Harapan Hidup
3. Memfasilitasi pemerataan dan pengembangan sumber daya tenaga kesehatan serta mengembangkan system pembiayaan dan regulasi yang mampu meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan.





Target 5A : Menurunkan angka kematian ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990 - 2015

Arah kebijakan untuk mencapai target penurunan angka kematian ibu hingga Tahun 2015, adalah :

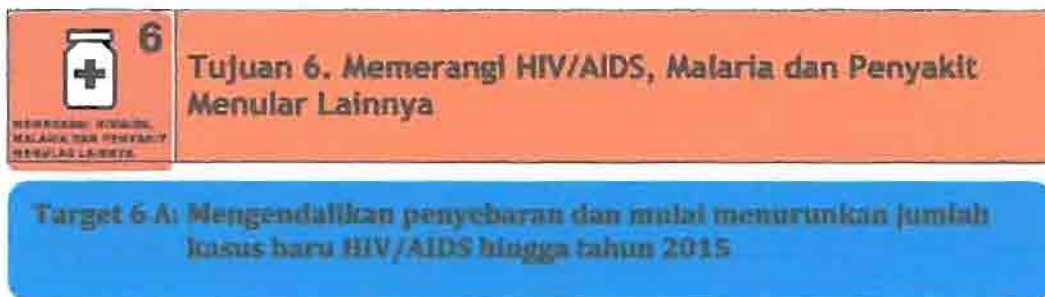
1. Memfasilitasi peningkatan cakupan dan mutu pelayanan rumah sakit, puskesmas serta fasilitas (sarana dan prasarana) pelayanan kesehatan lainnya dan mengembangkan jaringan pelayanan yang terintegrasi
2. Memfasilitasi penyediaan pelayanan puskesmas 24 jam yang lengkap dengan ruang rawat inap dan unit gawat darurat (UGD) mencakup penyediaan sarana dan prasarananya
3. Mengembangkan manajemen mutu di unit pelaksana teknis yang mendorong peningkatan pelayanan prima
4. Mengembangkan regulasi yang mendorong terlaksananya pelayanan kesehatan berkualitas secara merata
5. Peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat dengan meningkatkan kualitas rumah tangga yang sehat, peningkatan hygiene sanitasi lingkungan perumahan dan tempat-tempat umum lainnya
6. Peningkatan pencapaian derajat kesehatan melalui promosi cara hidup sehat dan membangun kemitraan untuk mengembangkan upaya kesehatan berbasis masyarakat (Usaha Kesehatan Sekolah, Swasta, Pos Kesehatan Pesantren dan Pos Kesehatan Desa).

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

Arah kebijakan untuk mencapai target terwujudnya akses kesehatan reproduksi bagi semua hingga Tahun 2015, adalah :

1. Pengembangan kualitas pelayanan Keluarga Berencana di Kabupaten Kutai Timur
2. Peningkatan pembinaan dan kesertaan ber KB jalur pemerintah dan jalur swasta.
3. Peningkatan pembinaan dan kesertaan ber KB di daerah tertinggal, terpencil dan perbatasan, wilayah khusus dan sasaran khusus.
4. Penguatan jejaring kemitraan pelayanan KHIBA dengan SKPD KB dan Rumah Sakit.
5. Pengembangan advokasi dan KIE
6. Pengembangan dan pembinaan ketahanan keluarga.
7. Pemberdayaan ekonomi keluarga dan sosial masyarakat.
8. Pengembangan data dan informasi.





Arah kebijakan dalam rangka mengendalikan penyebaran dan tercapainya penurunan jumlah kasus baru HIV/AIDS hingga Tahun 2015, adalah :

- a. Terjangkaunya seluruh lapisan masyarakat oleh upaya penanggulangan khususnya promosi dan pencegahan sehingga setiap orang dapat melindungi diri dari penularan HIV.
- b. Terjangkaunya kelompok sasaran khususnya kelompok berisiko tertular dan kelompok tertular dengan upaya-upaya khusus baik untuk pencegahan penularan maupun konseling dan tes secara sukarela (*VCT = Voluntary Counseling and Testing*).
- c. Terlayannya ODHA oleh pelayanan yang meliputi perawatan dukungan dan pengobatan (*CST= Care Support and Treatment*), konseling berkelanjutan, pendampingan dan dukungan lingkungan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup ODHA.
- d. Terwujudnya dukungan, partisipasi dan komitmen berbagai pihak termasuk lembaga pemerintah, LSM, KDS, dunia usaha, organisasi profesi dan lembaga donor terhadap upaya penanggulangan HIV dan AIDS.
- e. Terbentuknya dan berfungsinya KPA Provinsi maupun KPA Kabupaten/Kota.

Target 6B: Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2015

Arah kebijakan untuk mencapai target terwujudnya akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan Tahun 2015, adalah :

1. Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit menular, tidak menular dan wabah sejak dini dengan penguatan system surveilan dan mendorong partisipasi masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungan serta berperilaku hidup bersih dan sehat
2. Peningkatan pencapaian derajat kesehatan melalui promosi cara hidup sehat dan membangun kemitraan untuk mengembangkan upaya kesehatan berbasis masyarakat (Usaha Kesehatan Sekolah, Swasta, Pos Kesehatan Pesantren dan Pos Kesehatan Desa)
3. Mengembangkan pelayanan dan penyediaan obat, makanan serta melindungi masyarakat dari bahan-bahan berbahaya

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

Arah kebijakan dalam rangka mengendalikan dan tercapainya target penurunan jumlah kasus baru Malaria dan penyakit utama lainnya hingga Tahun 2015, adalah :

1. Peningkatan upaya-upaya pencegahan penyakit melalui pemeliharaan dan peningkatan kesehatan masyarakat (imunisasi, kesehatan jiwa, kesehatan olah raga), peningkatan kesiapsiagaan kegawat daruratan, bencana dan



matra serta penanggulangan kejadian luar biasa/wabah dan peningkatan sistem surveilan epidemiologi berbasis masyarakat dan fasilitas kesehatan.

2. Peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat dengan meningkatkan kualitas rumah tangga yang sehat, peningkatan hygiene sanitasi lingkungan perumahan dan tempat-tempat umum lainnya.
3. Mengurangi morbiditas dan kematian yang diakibatkan oleh malaria dengan memperkecil penularannya ke tingkat terendah secara intervensi epidemiologi di Kabupaten Kutai Timur.



7

KABUPATEN
KUTAI TIMUR
LINGKUNGAN HIDUP

Tujuan 7. Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

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

Arah kebijakan dalam rangka memadukan prinsip-prinsip pembangunan yang berkesinambungan dalam kebijakan dan program nasional serta mengurangi kerusakan pada sumber daya lingkungan, adalah :

1. Peningkatan pengendalian pencemaran dan pengrusakan lingkungan hidup
2. Pengelolaan sumberdaya alam dan pemeliharaan daya dukungnya agar lebih bermanfaat bagi peningkatan kesejahteraan rakyat.
3. Peningkatan pelaksanaan penataan hukum-hukum lingkungan dan penyelesaian kasus lingkungan.
4. Pemanfaatan data secara optimal informasi yang tertuang di dalam RTRW, AMDAL, NKLD dan NSDA dalam pengambilan kebijakan dan penyusunan program.

5. Peningkatan kualitas air dengan mencegah pembuangan limbah secara langsung ke badan sungai.
6. Peningkatan penanganan konflik lingkungan dengan upaya melengkapi dan mensosialisasikan peraturan lingkungan hidup kepada stakeholders.
7. mengelola sumberdaya alam, baik yang dapat diperbaharui maupun yang tidak dapat diperbaharui melalui penerapan teknologi ramah lingkungan dengan memperhatikan daya dukung dan daya tampungnya,
8. memberdayakan masyarakat dan kekuatan ekonomi dalam pengelolaan sumberdaya alam dan lingkungan hidup bagi peningkatan kesejahteraan masyarakat,
9. memelihara kawasan konservasi yang sudah ada dan menetapkan kawasan konservasi baru di wilayah tertentu, dan
10. mengikutsertakan masyarakat dalam rangka menanggulangi permasalahan lingkungan global.

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

Arah kebijakan dalam rangka menanggulangi kerusakan keanekaragaman hayati dan tercapainya penurunan tingkat kerusakan yang signifikan pada Tahun 2010, adalah :

1. Peningkatan kesadaran dan peran serta masyarakat dalam upaya pelestarian keanekaragaman hayati.
2. Menyediakan ruang untuk hutan kota/hutan lindung dalam tata ruang.
3. Pengumpulan data keanekaragaman hayati yang tersebar di Kabupaten/kota sebagai dasar untuk memberikan solusi/rekomendasi dalam mengantisipasi kerusakan keanekaragaman hayati.

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

Arah kebijakan untuk mencapai target penurunan proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum layak dan sanitasi dasar hingga Tahun 2015, adalah :

1. Peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat dengan meningkatkan kualitas rumah tangga yang sehat, peningkatan hygiene sanitasi lingkungan perumahan dan tempat-tempat umum lainnya.

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

Arah kebijakan untuk mencapai target peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di permukiman kumuh pada Tahun 2020, adalah:

1. Prioritas pemenuhan kebutuhan rumah pada MBR (Masyarakat Berpenghasilan Rendah) dan fasilitas pendukungnya
 - Fasilitasi dan bantuan pemugaran rumah tidak layak huni bagi warga miskin.
 - Perbaikan lingkungan dan permukiman kumuh.
 - Pembangunan “urban renewal”.
 - Pemberdayaan kelembagaan komunitas perumahan.
 - Fasilitasi rumah murah.
2. Pemanfaatan lahan perumahan secara efisien dan efektif melalui pembangunan rumah secara vertikal;



3. Pemberdayaan komunitas perumahan untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dengan mengembangkan kearifan lokal dan memperhatikan kelembagaan yang telah ada;
4. Memfasilitasi perwujudan tertib administrasi pertanahan yang berkualitas dalam rangka meningkatkan partisipasi masyarakat dalam mensertifikatkan tanah;
5. Dukungan sertifikasi lahan untuk peningkatan kesejahteraan masyarakat dan mencegah penyalahgunaan serta alih fungsi lahan yang tidak sesuai peruntukannya.

2.2. Strategi Percepatan Pencapaian Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium (MDGs)

 1 MENANGGULANGI KEMISKINAN DAN KELAPARAN	Tujuan 1. Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan
Target 1A: Menurunkan proporsi penduduk yang tingkat pendapatannya di bawah \$ 1 (PPP) per hari menjadi setengahnya antara 1990-2015	

Strategi percepatan penurunan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari US\$1,00 (PPP) per kapita per hari adalah:

1. Peningkatan kapasitas PMKS
2. Peningkatan pembinaan dan perlindungan PMKS
3. Pelembagaan sistem rehabilitasi sosial bagi PMKS secara terpadu
4. Peningkatan pengelolaan kawasan transmigrasi

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

Strategi percepatan terwujudnya kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda, adalah :

1. Peningkatan kapasitas masyarakat melalui pelatihan dan pendampingan
2. Peningkatan kerjasama dengan perusahaan besar di daerah dalam rekrutmen tenaga kerja local
3. Peningkatan pembangunan kapasitas masyarakat (*capacity building*) pencari kerja/ usia produktif
4. Peningkatan advokasi kepada pengusaha
5. Peningkatan dukungan informasi dan jaminan perlindungan sosial tenaga kerja sosial
6. Peningkatan peran perempuan dalam kegiatan ekonomi produktif

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

Strategi percepatan penurunan proporsi penduduk yang menderita kelaparan sampai dengan Tahun 2015, adalah :

1. Pengelolaan dana pembangunan untuk masyarakat diarahkan berdampak langsung terhadap peningkatan kesejahteraan masyarakat
2. Pengembangan lembaga ekonomi masyarakat dalam bekerjasama dengan kelompok usaha besar
3. Peningkatan produktivitas hasil-hasil pertanian
4. Pengembangan kawasan pertumbuhan ekonomi perdesaan
5. Pengembangan ketersediaan produksi peternakan



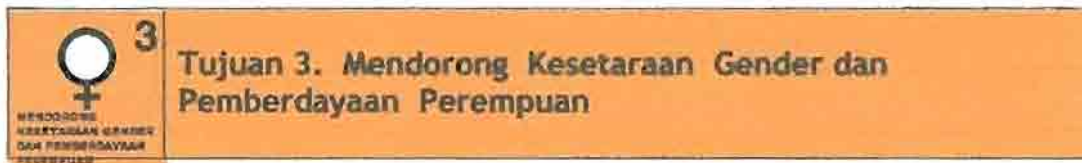
6. Peningkatan cadangan pangan daerah untuk mengantisipasi peningkatan kebutuhan lokal



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

Strategi percepatan terjaminnya semua anak-anak, laki-laki maupun perempuan dimanapun dapat menyelesaikan pendidikan dasar, adalah :

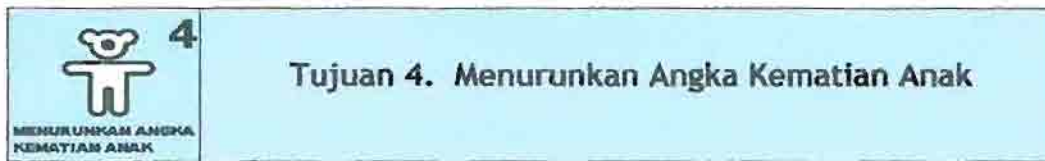
1. Peningkatan upaya pemberantasan masyarakat buta aksara
2. Peningkatan minat baca masyarakat
3. Peningkatan sebaran penyelenggaraan pendidikan dasar dan menengah
4. Peningkatan pencegahan hambatan biaya semua siswa pada jenjang pendidikan
5. Peningkatan kualitas dan kuantitas pendidikan dasar dan menengah
6. Perluasan akses bagi anak usia 0-6 tahun untuk tumbuh berkembang secara optimal
7. Peningkatan peran swasta dan masyarakat dalam penyelenggaraan pendidikan
8. Pengembangan sekolah dasar dan menengah yang memenuhi standar nasional dan RSBI
9. Pengembangan sekolah kejuruan yang sesuai dengan ketersediaan lapangan kerja daerah
10. Peningkatan pengelolaan program akselerasi, sekolah unggulan dan sekolah inklusif



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

Strategi percepatan menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada Tahun 2005, dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari Tahun 2015, adalah :

1. Mendayagunakan lembaga/kelompok masyarakat dalam pemberdayaan perempuan
2. Mengembangkan lembaga ekonomi masyarakat dalam bekerjasama dengan kelompok usaha besar
3. Meningkatkan kesadaran ber-KB
4. Meningkatkan peran perempuan dalam kegiatan ekonomi produktif

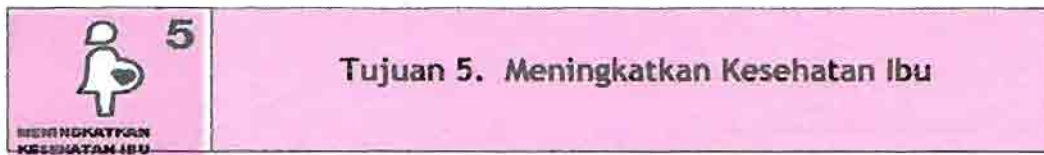


Target 4A: Menurunkan angka kematian balita (AKBA) hingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990 - 2015

Strategi percepatan penurunan angka kematian balita (AKABA) hingga Tahun 2015, adalah :

4. Memfasilitasi peningkatan dan pemerataan jumlah sarana/fasilitas/jaringan dan kualitas pelayanan kesehatan, termasuk daerah perbatasan dan terpencil untuk meningkatkan akses pelayanan yang berkualitas
5. Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat di bidang kesehatan melalui peningkatan pemahaman, kesadaran, kemauan masyarakat untuk hidup sehat sebagai upaya menurunkan Angka Kematian Ibu dan meningkatkan Usia Harapan Hidup
6. Memfasilitasi pemerataan dan pengembangan sumber daya tenaga kesehatan serta mengembangkan system pembiayaan dan regulasi yang mampu meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan





Tujuan 5. Meningkatkan Kesehatan Ibu

Target 5A : Menurunkan angka kematian ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990 - 2015

Strategi percepatan penurunan angka kematian ibu hingga Tahun 2015, adalah :

1. Memfasilitasi peningkatan dan pemerataan jumlah sarana/fasilitas/jaringan dan kualitas pelayanan kesehatan, termasuk daerah perbatasan dan terpencil untuk meningkatkan akses pelayanan yang berkualitas
2. Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat di bidang kesehatan melalui peningkatan pemahaman, kesadaran, kemauan masyarakat untuk hidup sehat sebagai upaya menurunkan Angka Kematian Ibu dan meningkatkan Usia Harapan Hidup
3. Memfasilitasi pemerataan dan pengembangan sumber daya tenaga kesehatan serta mengembangkan system pembiayaan dan regulasi yang mampu meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan

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

Strategi percepatan terwujudnya akses kesehatan reproduksi bagi semua hingga Tahun 2015, adalah :

1. Revitalisasi program KB.
2. Penyerasian kebijakan pengendalian penduduk.



3. Peningkatan ketersediaan kualitas data dan informasi kependudukan yang memadai akurat dan tepat waktu.
4. Penguatan kelembagaan dalam perencanaan, pelaksanaan dan pengendalian program terkait kesehatan reproduksi.
5. Pemenuhan akses dan mutu pelayanan keluarga berencana.
6. Peningkatan promosi dan pemberdayaan masyarakat.



6

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

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

Strategi percepatan mengendalikan penyebaran dan tercapainya penurunan jumlah kasus baru HIV/AIDS hingga Tahun 2015, adalah :

1. Pencegahan IMS dan AIDS.

Upaya pencegahan terutama dilakukan melalui penyebarluasan informasi, peningkatan pengetahuan dan keterampilan baik melalui jalur pendidikan formal, non formal maupun pendidikan umum dan agama.

2. Surveilans IMS dan HIV serta penelitian.

Kegiatan surveilans IMS dan HIV dilakukan secara sistematis dan berkelanjutan yang meliputi surveilans epidemiologi dan perilaku. Penelitian yang dikembangkan mencakup penelitian tentang pengobatan penyakit maupun dampak sosial ekonomi dari HIV. Penelitian dilakukan oleh lembaga yang memenuhi persyaratan.

Target 6B: Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2015

Strategi percepatan terwujudnya akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan Tahun 2015, adalah :

1. Perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA.

Upaya memperluas jangkauan pelayanan bagi ODHA dilakukan baik dengan mendekatkan sarana pelayanan maupun dengan membentuk kelompok-kelompok pendamping/dukungan sebaya, serta dukungan terhadap KDS.

3. Lingkungan kondusif dan kesinambungan penanggulangan.

Dalam rangka menciptakan lingkungan yang kondusif dan terjaganya kesinambungan upaya penanggulangan dilakukan advokasi untuk tersusunnya peraturan-peraturan yang mendukung, terpenuhinya komitmen dari berbagai pihak dan peningkatan kemampuan petugas yang terlibat dalam upaya penanggulangan.

4. Koordinasi multi pihak.

Dalam rangka meningkatkan koordinasi berbagai pihak dalam upaya penanggulangan yang mencakup aspek perencanaan, pembiayaan, penyelenggaraan dan monitoring evaluasi, maka dilakukan penguatan Komisi Penanggulangan AIDS (KPA) di Provinsi maupun Kabupaten/Kota.



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

Strategi percepatan mengendalikan dan tercapainya target penurunan jumlah kasus baru Malaria dan penyakit utama lainnya hingga Tahun 2015, adalah :

1. Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit menular, tidak menular dan wabah sejak dini dengan penguatan system surveilan dan mendorong partisipasi masyarakat dalam menjaga kebersihan lingkungan serta berperilaku hidup bersih dan sehat
2. Peningkatan pengobatan dan pencegahan (profilaksis) dengan menghindari gigitan nyamuk melalui bantuan kelambu berisektisida tahan lama secara masal kepada masyarakat Sosialisasi penggunaan kelambu pada daerah malaria ke semua puskesmas, dan diharapkan secara berjenjang menyampaikan kepada perangkat desa maupun masyarakat pengguna. Pembentukan Pos Malaria Desa (Posmaldes) yang didukung oleh organisasi massa
3. Peningkatan kualitas SDM untuk mendukung kebijakan intensifikasi pengendalian malaria





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

Strategi percepatan dalam rangka memadukan prinsip-prinsip pembangunan yang berkesinambungan dalam kebijakan dan program nasional serta mengurangi kerusakan pada sumber daya lingkungan, adalah :

1. Pembangunan yang Berwawasan Lingkungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup yang tidak Melampaui Daya Dukung Lingkungan.
2. Pemanfaatan SDA secara berkesinambungan dan berkelanjutan dengan mendistribusikan lahan pertanian
3. Peningkatan kualitas lingkungan hidup dengan meningkatkan upaya pencegahan kerusakan lingkungan hidup dan pengelolaan SDA dan daya dukungnya untuk generasi sekarang dan selanjutnya
4. Terpenuhi standar mutu lingkungan hidup

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

Strategi percepatan dalam rangka menanggulangi kerusakan keanekaragaman hayati dan tercapainya penurunan tingkat kerusakan yang signifikan pada Tahun 2010, adalah :

1. Pelestarian lingkungan hidup dalam rangka mempertahankan ekosistem hayati dengan menertibkan lahan bermasalah yang tidak sesuai dengan tata guna lahan



2. Pelestarian lingkungan hidup dalam rangka mempertahankan ekosistem hayati dengan memantapkan pengelolaan kawasan konservasi
3. Pengendalian pemanfaatan SDA yang tidak dapat diperbaharui dengan pengendalian pemanfaatan ijin tambang
4. Mendeteksi dini adanya pencemaran lingkungan
5. Menata dan mengembangkan kawasan konservasi dan kawasan lindung
6. Memberantas penebangan liar dan perambahan hutan
7. Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM bidang lingkungan

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

Strategi percepatan mencapai target penurunan proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum layak dan sanitasi dasar hingga Tahun 2015, adalah :

1. Peningkatan penyediaan sarana air bersih dengan meningkatkan pendistribusian air bersih perdesaan
2. Peningkatan kualitas dan kuantitas fasilitas dan utilitas perumahan dan pemukiman
3. Promosi agar masyarakat berperilaku hidup sehat



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

Strategi percepatan mencapai target peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di permukiman kumuh pada Tahun 2020, adalah :

1. Pengembangan kawasan perumahan dan pemukiman sesuai peruntukan dengan menyediakan dan meningkatkan pembangunan perumahan dan permukiman yang berwawasan lingkungan
2. Pengelolaan kawasan perumahan dan pemukiman yang layak dan berwawasan lingkungan
3. Meningkatkan fasilitas umum/sosial kawasan perumahan dan lingkungan permukiman



2.3. Target Kinerja Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium (MDGs)

Target kinerja dalam pencapaian target indikator masing-masing tujuan MDGs adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1.

Target Kinerja Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium (MDGs) Kabupaten Kutai Timur

Indikator	Kondisi Saat Ini	Target MDGs 2015					
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
 1	Tujuan 1 . Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan						
TARGET 1A : Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari US \$ 1 (PPP) per hari dalam kurun waktu 1990-2015							
1.1	Proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari USD 1,00 (PPP) per kapita per hari						
1.1.a	Tingkat kemiskinan berdasarkan garis kemiskinan nasional	8.62%	8.13	7.63	7.13	6.63	6.13%
1.1.b.	Rasio Kesenjangan Kemiskinan						
	Indeks Kedalaman Kemiskinan	2.49	Berku rang	Berku rang	Berku rang	Berku rang	Berku rang
	Indeks Keparahan Kemiskinan	0.64	Berku rang	Berku rang	Berku rang	Berku rang	Berku rang



1.1.c	Proporsi kuintil termiskin dalam konsumsi nasional	11.39	11.2	11	10.75	10.5	10.00
Target 1 B : Mewujudkan kesempatan kerja penuh dan produktif dan pekerjaan yang layak untuk semua, termasuk perempuan dan kaum muda							
1.4	Laju pertumbuhan PDB per tenaga Kerja	9.28%	>7%	>7%	>7%	>7%	>7%
1.5	Rasio kesempatan kerja terhadap penduduk usia 15 tahun ke atas	69.79%	66.07%	71.07%	76.07%	81.07%	86.07%
1.6	Proporsi tenaga kerja yang berusaha sendiri dan pekerja bebas keluarga terhadap total kesempatan kerja	44.51%	50%	52.50%	55%	57.50%	>60%
1.7	Tingkat pengangguran terbuka	5.18%	4.75	4.5	4.25	4	3.75%
Target 1 C : Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk yang menderita kelaparan dalam kurun waktu 1990-2015							
1.8	Prevalensi balita dengan berat badan rendah/kekurangan gizi	14,6%	Berku rang	Berku rang	Berku rang	Berku rang	Berku rang
1.8a	Prevalensi balita gizi buruk						
1.8b	Prevalensi balita gizi kurang						
1.9	Proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah	11.39	11.2	11	10.75	10.5	10.00



	tingkat konsumsi minimum :						
	1.400 Kkal/kapita/hari						
	2.000 Kkal/kapita/hari						



2

Tujuan 2. Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua

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

2.1	Angka Partisipasi Murni (APM) sekolah dasar	97.30%	98%	98.50%	99%	99.50%	100%
2.2	Proporsi murid kelas 1 yang berhasil menamatkan sekolah dasar	99.40%	99.50%	99.60%	99.70%	99.80%	100%
	Angka Melek Huruf penduduk usia 15-24 tahun, perempuan dan laki-laki	97.76%	98%	98.50%	99%	99.50%	100%



3

Tujuan 3 : Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

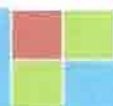
TARGET 3A : Menghilangkan ketimpangan gender di tingkat pendidikan dasar dan lanjutan pada tahun 2005, dan di semua jenjang pendidikan tidak lebih dari tahun 2015

3.1	Rasio perempuan terhadap laki-laki di tingkat pendidikan dasar, menengah dan tinggi						
3.1a	Rasio APM perempuan/ laki-laki di SD	101,68%	100%	100%	100%	100%	100%
3.2b	Rasio APM perempuan/ laki-laki di SMP	97,96%	98,00%	98,50%	99%	100%	100%

3.3c	Rasio APM perempuan/ laki-laki di SMA	97,34%	98%	98,50%	99%	99,50%	100%
3.4d	APM perempuan di Perguruan Tinggi	6.50%	10%	20%	25%	30%	40%
3.2	Rasio melek huruf perempuan terhadap laki-laki pada kelompok usia 15-24 tahun	90.15%	93%	95%	97%	98%	100%
3.3	Kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor nonpertanian	30.00%	35%-50%	35%-50%	35%-50%	35%-50%	35%-50%
3.4	Proporsi kursi yang diduduki perempuan di DPR	7.15%	10%	10%	10%	10%	10%
 Tujuan 4 : Menurunkan Angka Kematian anak							
TARGET 4A : Menurunkan Angka Kematian balita (AKBA) hingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990-2015							
4.1	Angka Kematian Balita per 1.000 kelahiran hidup	32	32	31	30	30	30
4.2	Angka Kematian Bayi (AKB) per 1.000 kelahiran hidup	17	17	17	17	17	17
4.3	Persentase anak di usia 1 tahun yang diimunisasi campak	95%	76%	81%	86%	91%	95%
 Tujuan 5 : Meningkatkan Kesehatan Ibu							
TARGET 5A : Menurunkan Angka Kematian Ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990-2015							



5.1	Angka Kematian Ibu per 100.000 kelahiran hidup	512	429	347	265	183	102
5.2	Proporsi kelahiran yang ditolong tenaga kesehatan terlatih	61%	73%	75%	80%	85%	90%
TARGET 5B : Mewujudkan akses kesehatan reproduksi bagi semua pada tahun 2015							
5.3	Angka pemakaian kontrasepsi / CPR bagi perempuan menikah usia 15-49, semua cara						
5.3a	Angka pemakaian kontrasepsi / CPR pada perempuan menikah usia 15-49, cara modern	58%	61%	64%	66%	68%	70%
5.4	Angka kelahiran remaja (perempuan usia 15-19 tahun) per 1.000 perempuan usia 15-19 tahun	34	31,2	30,5	29,8	29,1	28,5
5.5	Cakupan pelayanan Antenatal (sedikitnya satu kali kunjungan dan empat kali kunjungan)						
	1 kunjungan :	90%	91%	92%	93%	94%	95%
	4 kunjungan :	80%	80%	83%	85%	90%	95%
5.6	Unmet Need(kebutuhan keluarga	7,7	5,7	5,2	4,7	4,2	3,7



	berencana/KB yang tidak terpenuhi)						
 Tujuan 6 : Memerangi HIV/AIDS, Malaria dan Penyakit Menular Lainnya							
Tujuan 6A : Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru HIV/AIDS hingga tahun 2015							
6.1	Prevalensi HIV/AIDS (persen) dari total populasi	0,12%	0,15%	0,20%	0,30%	0,35%	0,40%
6.2	Penggunaan kondom pada hubungan seks berisiko tinggi terakhir	8,50%	20%	30%	40%	65%	70%
6.3	Proporsi jumlah penduduk usia 15-24 tahun yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang HIV/AIDS	30%	75%	85%	90%	95%	95%
Tujuan 6B : Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2010							
6.4	Proporsi penduduk terinfeksi HIV lanjut yang memiliki akses pada obat-obatan antiretroviral	30%	60%	80%	100%	100%	100%
Tujuan 6C : Mengendalikan penyebaran dan mulai menurunkan jumlah kasus baru Malaria dan penyakit utama lainnya hingga tahun 2015							
6.5	Angka kejadian dan tingkat kematian akibat Malaria						



6.5a	Angka kejadian Malaria (per 1.000 penduduk) :						
6.6	Proporsi anak balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida						
6.7	Angka kejadian, prevalensi dan tingkat kematian akibat Tuberklosis						
6.7a	Angka kejadian Tuberklosis (semua kasus / 100.000 penduduk/tahun)						
6.7b	Tingkat prevalensi Tuberklosis (per 100.000 penduduk)						
6.7c	Tingkat kematian karena Tuber- kulosi s (per 100.000 penduduk)						
6.8	Proporsi jumlah kasus tuberklosis yang terdeteksi dan diobati dalam program DOTS						
6.8a	Proporsi jumlah kasus tuberklosis yang terdeteksi dalam program DOTS						
6.8b	Proporsi kasus Tuberklosis yang diobati dan sembuh dalam program DOTS						



Tujuan 7 : Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup

Tujuan 7A : Memadukan prinsip- prinsip pembangunan yang berkesinambungan dengan kebijakan dan program nasional serta mengembalikan sumberdaya lingkungan yang hilang



7.1	Rasio luas kawasan tertutup pepohonan berdasarkan hasil pemotretan citra satelit dan survei foto udara terhadap luas daratan	61.50%	Meningkat				
7.2	Jumlah emisi karbonmonoksida (CO)	<1-12 $\mu\text{g}/\text{Nm}^3/24\text{jam}$	Memenuhi standar baku mutu kualitas udara	Memenuhi standar baku mutu kualitas udara	Memenuhi standar baku mutu kualitas udara	Memenuhi standar baku mutu kualitas udara	Memenuhi standar baku mutu kualitas udara
7.3	Konsentrasi Ozon	<20 $\mu\text{g}/\text{Nm}^3$	Memenuhi standar baku mutu kualitas udara	Memenuhi standar baku mutu kualitas udara	Memenuhi standar baku mutu kualitas udara	Memenuhi standar baku mutu kualitas udara	Memenuhi standar baku mutu kualitas udara
Tujuan 7B: Mengurangi kehilangan keanekaragaman hayati dan mengurangi kehilangan yang signifikan pada tahun 2015							
7.4	Proporsi tangkapan ikan yang berada dalam batasan biologis yang aman						
7.5	Proporsi kawasan hutan lindung yang terkelola baik	53.87%	57.2	60%	75%	85%	100%
7.6	Proporsi ekosistem terumbu karang yang terlindungi	85.00%	87.50%	90%	92.50%	95%	100%
Tujuan 7C : Menurunkan hingga setengahnya proporsi rumah tangga tanpa akses berkelanjutan terhadap air minum layak dan sanitasi layak hingga tahun 2015							



7.8	Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak	10.09%	65.44%	70.44%	75.44%	80.44%	85.44%
7.9	proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi layak, perkotaan dan pedesaan	5.69%	65.00%	67.50%	70%	72.50%	75%
Tujuan 7D : Mencapai peningkatan yang signifikan dalam kehidupan penduduk miskin di permukiman kumuh (minimal 100 juta) pada tahun 2020							
7.10	Rumah Layak Huni	0.0568	Meningkat >85%	Meningkat >85%	Meningkat >85%	Meningkat >85%	Meningkat >85%
7.11	Pemukiman Layak Huni	95.45%	54.80%	56.80%	58.80%	60.80%	62.80%
7.12	Luas Pemukiman yang Tertata	16.23%	Meningkat minimal 10%	Meningkat minimal 10%	Meningkat minimal 10%	Meningkat minimal 10%	Meningkat minimal 10%

2.4. Program dan Kegiatan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium (MDGs)



1

Tujuan 1. Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

Target 1A: Menurunkan proporsi penduduk yang tingkat pendapatannya di bawah \$ 1 (PPP) per hari menjadi setengahnya antara 1990-2015

Program dan kegiatan dalam rangka menurunkan proporsi penduduk yang tingkat pendapatannya di bawah \$ 1 (PPP) per hari menjadi setengahnya antara 1990-2015 adalah :

- 1. Program Kependudukan dan Keluarga berencana**
 - a. Pembinaan Keluarga Berencana
- 2. Program pemberdayaan fakir miskin, KAT dan PMKS**
 - a. Pelatihan keterampilan berusaha bagi keluarga miskin
 - b. Pemantapan Usaha Ekonomi Produktif (UEP) bagi keluarga fakir miskin
 - c. Penjajagan awal Komunitas Adat Terpencil (KAT)
 - d. Pemetaan KAT
 - e. Pemberdayaan, perlindungan sosial SDM dan Lingkungan KAT
- 3. Program Pelayanan dan Rehabilitasi Kesejahteraan Sosial**
 - a. Peningkatan kualitas pelayanan, sarana dan prasarana rehabilitasi kesejahteraan sosial
- 4. Program Peningkatan Sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat**
 - a. Penyusunan Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA)
 - b. Peningkatan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin
 - c. Sosialisasi sistem JAMKESDA KUTIM
 - d. Penyediaan biaya JAMKESDA
 - e. Penyediaan biaya operasional satgas JAMKESDA
- 5. Program Kemitraan Peningkatan Pelayanan Masyarakat**
 - a. Kemitraan penanggulangan HIV AIDS
 - b. Kemitraan penanggulangan penyakit TBC paru
 - c. Kemitraan Penyediaan transfusi darah bagi pasien
 - d. Kemitraan asuransi kesehatan masyarakat
 - e. Kemitraan pengobatan lanjutan bagi pasien rujukan
 - f. Kemitraan pengobatan bagi pasien kurang mampu



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

1. Program Peningkatan Kualitas dan Produktifitas Tenaga Kerja

- a. Fasilitasi Balai Latihan Kerja (BLK)
- b. Pendidikan dan pelatihan keterampilan bagi pencari kerja

2. Program Penempatan dan Perluasan Kesempatan Kerja

- a. Pengembangan dan peningkatan perluasan kesempatan kerja
- b. Peningkatan Pengembangan Pasar Kerja

3. Program Pengembangan Masyarakat dan Kawasan Transmigrasi

- a. Pengembangan Sarana dan Prasarana Kawasan Transmigrasi
- b. Pengembangan usaha di kawasan transmigrasi
- c. Peningkatan kapasitas SDM dan masyarakat di kawasan transmigrasi
- d. Penyerasian lingkungan di kawasan transmigrasi
- e. Dukungan manajemen dan Dukungan teknis lainnya DITJEN P2MKT

4. Program Peningkatan Keberdayaan Masyarakat Desa

- a. Fasilitasi pelaksanaan PNPM-MP

5. Program Pemberdayaan Ekonomi Masyarakat Pesisir

- a. Pembinaan kelompok ekonomi masyarakat pesisir
- b. Pembentukan KUBE dan pengembangan usaha nelayan tradisional di pesisir

6. Program Penciptaan Iklim Usaha UKM yang Kondusif

- a. Fasilitasi pengembangan UKM
- b. Pembinaan industri kecil menengah dalam memperkuat jaringan kluster industri
- c. Pelatihan tentang kemitraan dan investasi peluang pasar serta sumber permodalan bagi UKM sektor industri



7. Program Pengembangan Lembaga Ekonomi Perdesaan

- a. Pelatihan keterampilan usaha budidaya/tanaman
- b. Pelatihan keterampilan manajemen BUMDES
- c. Pelatihan keterampilan usaha industri kerajinan
- d. Pelatihan keterampilan Usaha peternakan
- e. Fasilitasi permodalan swasta dan UMKM di perdesaan

8. Program Pengembangan Agribisnis

- a. Pembinaan dan penerapan pedoman dan perencanaan kemitraan perkebunan
- b. Peningkatan produksi pertanian/perkebunan

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

1. Program Perbaikan Gizi pada masyarakat

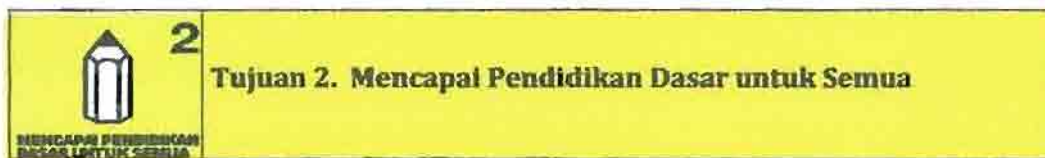
- a. Penanggulangan kasus gizi buruk pada balita
- b. Pemantauan pertumbuhan Balita, Balita Bawah Garis Merah (BGM) dan perawatan balita gizi buruk
- c. Pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6-12 bulan keluarga miskin
- d. Penanggulangan anemia gizi besi pada ibu hamil, ibu nifas dan WUS
- e. Penanggulangan kurang vitamin A pada bayi, balita, dan ibu nifas
- f. Pemantauan garam beryodium tingkat rumah tangga
- g. Pemantauan ASI Eksklusif pada anak usia 0-6 bulan
- h. Pemantauan pertumbuhan dan status gizi anak sekolah

2. Program Peningkatan Ketahanan Pangan

- a. Pengembangan desa mandiri pangan
- b. Sosialisasi pola konsumsi berbasis lokal
- c. Sosialisasi sistem ketahanan pangan dan gizi



- d. Pengembangan budidaya perikanan
- 3. Program Peningkatan Diversifikasi dan Kegiatan Pangan Masyarakat**
 - a. Pengembangan Kelestarian dan Penanganan rawan pangan
 - b. Pengembangan penganekaragaman konsumsi pangan dan peningkatan keamanan pangan segar.
- 4. Program Pelayanan dan Rehabilitasi Kesejahteraan Sosial**
 - a. Koordinasi perumusan kebijakan dan sinkronisasi pelaksanaan upaya-upaya penanggulangan kemiskinan dan penurunan kesenjangan



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

- 1. Program Pendidikan Anak Usia Dini**
 - a. Pengadaan alat praktik dan peraga PAUD
 - b. Penyelenggaraan dan sosialisasi PAUD
- 2. Program Wajib Belajar 12 Tahun Pendidikan Dasar dan menengah**
 - a. Fasilitasi pendidikan dasar (SD/MI/Paket A) dan menengah (SLTP/MTs/Paket B) serta SMA/SMK/MA/Paket C)
 - b. Penyediaan subsidi pendidikan dasar dan menengah
 - c. Pengadaan KIT IPA SD, SMP, dan SMA
 - d. Pengadaan KIT IPS SD, SMP, dan SMA
 - e. Pembangunan dan rehabilitasi sekolah dari SD, SMP, dan SMA
- 3. Program Peningkatan Mutu, Relevansi, dan Daya Saing**
 - a. Pembinaan kelompok kerja guru (KKG)
 - b. Pengembangan dan pembinaan KTSP melalui sebuah model

4. Program Pendidikan Luar Biasa

- a. Pengadaan alat bantu anak berkebutuhan khusus

5. Program pengadaan sarana belajar Teknologi dan informatika (TIK) dan multimedia SD, SMP, SMA

- a. Pengadaan sarana belajar Teknologi dan informatika (TIK) dan multimedia SD
- b. Pengadaan sarana belajar Teknologi dan informatika (TIK) dan multimedia SMP
- c. Pengadaan sarana belajar Teknologi dan informatika (TIK) dan multimedia SMA

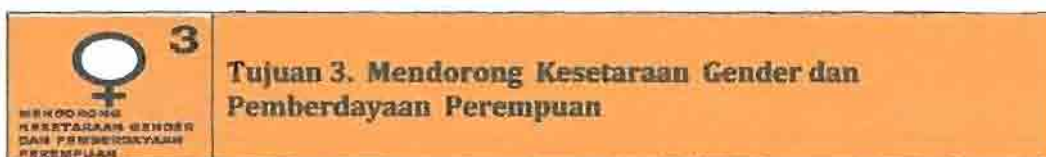
6. Pendidikan Non Formal

- a. Pemberdayaan pendidikan formal (TKA/TPA)
- b. Pengembangan pendidikan kecakapan hidup
- c. Pengembangan kebijakan pendidikan non formal
- d. Publikasi dan sosialisasi pendidikan non formal
- e. Pengembangan pendidikan kewirausahaan
- f. Pengentasan dan Pembinaan Buta Aksara
- g. Jambore pendidik dan Tenaga Kependidikan (PTK-PNFI)

7. Program Pengembangan Budaya Baca dan Pengembangan Kepustakaan

- a. Penyediaan bantuan pengembangan kepustakaan dan minat baca di daerah





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

1. Program Penguatan Kelembagaan Pengarusutamaan Gender

- a. Advokasi dan fasilitasi PUG bagi Perempuan
- b. Fasilitasi pengembangan pusat pelayanan terpadu pemberdayaan perempuan (P2TP2)
- c. Pemetaan potensi organisasi dan lembaga masyarakat yang berperan dalam pemberdayaan perempuan dan anak
- d. Pengembangan materi dan pelaksanaan KIE tentang kesetaraan dan keadilan gender (KKG)
- e. Penguatan kelembagaan pengarusutamaan gender dan anak
- f. Peningkatan kapasitas dan jaringan kelembagaan pemberdayaan perempuan dan anak
- g. Pengembangan Sistem Informasi Gender dan Anak
- h. Pembuatan Peraturan Pengarusutamaan Gender
- i. Pembuatan Peraturan perda Kabupaten Layak Anak
- j. Pelaksanaan sosialisasi yang terkait dengan kesetaraan gender, pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak
- k. Pengembangan materi dan pelaksanaan KIE tentang pemberdayaan perempuan, kesejahteraan dan perlindungan anak

2. Program Pembinaan Kesatuan Bangsa & Politik

- a. Pendidikan politik
- b. Peningkatan keterwakilan perempuan pada lembaga legislatif

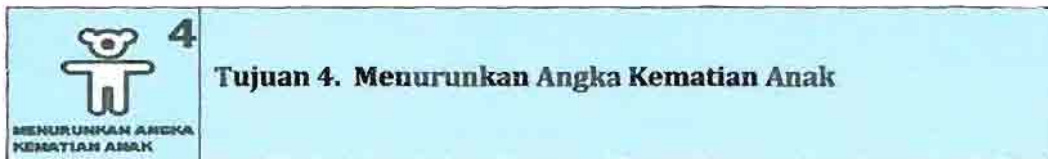
3. Program peningkatan peran serta dan kesetaraan gender dalam pembangunan.

- a. pembinaan organisasi perempuan
- b. pendidikan dan pelatihan peningkatan peran serta dan kesetaraan jender
- c. penyuluhan bagi ibu rumah tangga dalam membangun keluarga sejahtera.
- d. bimbingan manajemen usaha bagi perempuan dalam mengelola usaha.
- e. pameran hasil karya perempuan dibidang pembangunan
- f. Fasilitasi pengembangan DESA PRIMA (Perempuan Indonesia Maju Mandiri)
- g. Pembinaan dan Sosialisasi hak hak tenaga kerja Perempuan ke Perusahaan kabupaten
- h. Penilaian Perusahaan Pembina Terbaik tenaga kerja Wanita
- i. Pelatihan perempuan di perdesaan dalam bidang usaha ekonomi produktif
- j. Pembinaan Kelompok Usaha Perempuan
- k. Pembinaan partisipasi perempuan dalam pembangunan

4. Pendidikan non formal dan informal

- a. Pendidikan kemasyarakatan
- b. Penyusunan dan harmonisasi kebijakan perlindungan tenaga kerja perempuan
- c. Pelatihan ARG



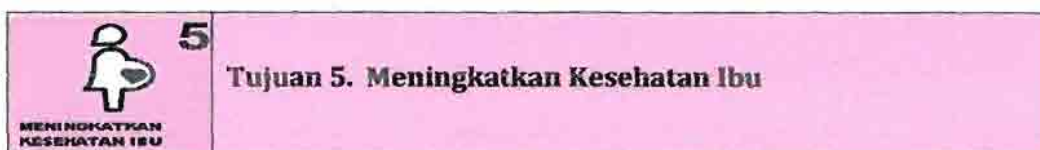


Target 4A: Menurunkan angka kematian balita (AKBA) hingga dua per tiga dalam kurun waktu 1990 - 2015

1. Program Bina Gizi dan Kesehatan Ibu dan Anak

- a. Pembinaan pelayanan kesehatan Neonatal
 - Meningkatkan akses dan kualitas kunjungan neonatus
 - Peningkatan pelayanan neonatus komplikasi
- b. Pembinaan Pelayanan dan Kesehatan Bayi
 - Pemberian pelayanan kesehatan pada bayi sesuai standar
 - Pemberian imunisasi dasar lengkap
 - Penyediaan dan distribusi vit A 100.000 IU bagi Bayi
- c. Pelayanan dan Kesehatan Balita
 - Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Diare
 - Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Pneumonia
 - Pengadaan dan Pemeliharaan Peralatan Posyandu Set
 - Peningkatan Stratifikasi Posyandu
 - Pelatihan MTBS





Target 5A : Menurunkan angka kematian ibu hingga tiga per empat dalam kurun waktu 1990 - 2015

1. Program Pembinaan Pelayanan Kesehatan Ibu dan Reproduksi

- a. Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih (cakupan PN)
 - Kunjungan rumah untuk meningkatkan cakupan ibu nifas
 - Peningkatan pelayanan kesehatan ibu nifas
 - Peningkatan Pelayanan Komplikasi Kebidanan
 - Petemuan bidan koordinator di kabupaten
 - Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan Kesehatan Ibu Melahirkan dan Anak
 - Pengadaan dan Pemeliharaan Peralatan Bidan
 - Pengembangan Desa SIAGA
- b. Pelayanan antenatal (cakupan kunjungan kehamilan ke empat (K4))
 - Pembinaan Puskesmas dalam pemanfaatan Buku KIA
 - Penemuan dan pemeriksaan ibu hamil resiko tinggi
 - Pengadaan Paket Kelas Ibu untuk Puskesmas
 - Jumlah Puskesmas yang melaksanakan kelas ibu
- c. cakupan peserta KB aktif (Contraceptive prevalence Rate = CPR)
 - Peningkatan partisipasi KB Aktif
 - Pengadaan dan Pemeliharaan Peralatan KIA dan KB set
 - Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi dasar (PONED)
- d. Pelatihan PONED termasuk evaluasi pasca latih bagi tim PONED di puskesmas
 - Pengadaan dan Pemeliharaan Peralatan PONED set



- e. Persalinan pada remaja
 - Cakupan Pelayanan Kesehatan Remaja
- f. Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)



MEMERANGI HIV/AIDS, MALARIA DAN PENYAKIT MENULAR LAINNYA

6

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

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

1. Program Pencegahan Penularan HIV melalui Transmisi Seksual.
 - a. Penjangkauan yang terus menerus sehingga terjadi perubahan perilaku, meliputi peningkatan pengetahuan dan pemahaman, kemampuan menilai resiko dan kemampuan mengakses layanan.
 - b. Catatan : Program penjangkauan dilakukan sesuai dengan standar dalam program dan kebutuhan sasaran. Berbagai pengalaman menunjukkan penjangkauan yang efektif dilakukan minimal 8 kali sehingga memberikan perubahan perilaku.
 - c. Promosi, pemasaran serta menjamin ketersediaan kondom dan lubrikan, yang didukung dengan pengembangan kebijakan lokal tentang penggunaan kondom (termasuk kondom laki-laki dan kondom perempuan).
 - d. Manajemen IMS meliputi penapisan, diagnostik dan terapi dengan memperhatikan pemberian layanan yang bersahabat dan tanpa diskriminasi.
 - e. Layanan *Periodic Presumptive Treatment* (PPT) sesuai dengan perkembangan pengobatan terkini.

- f. Diagnostik HIV baik melalui program VCT, inisiatif petugas kesehatan, maupun cara lainnya dengan memegang prinsip 3 C (*Counseling, Consent, Confidential*).
- g. Intervensi struktural dengan meningkatkan keterlibatan masyarakat dan berbagai pemangku kepentingan (KPA, sektor kesehatan, pemimpin informal dan sebagainya) dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk pengembangan jejaring, peningkatan kapasitas dan pengembangan kebijakan lokal yang mendukung dengan memperhatikan kesetaraan gender.
- h. Integrasi layanan reproduksi esensial yang meliputi KIA, KB, Infeksi saluran reproduksi dan KRR dengan program HIV.

2. Program Pencegahan Penularan melalui alat suntik.

- a. Penjangkauan yang terus menerus sehingga terjadi perubahan perilaku meliputi peningkatan pengetahuan dan pemahaman, kemampuan menilai resiko dan kemampuan mengakses layanan seperti alat suntik steril (LJASS) di sarana kesehatan, terapi substitusi, pendidikan pencegahan HIV kepada penasun dan pasangannya termasuk penyediaan kondom.
- b. Dari hasil kegiatan penjangkauan dan layanan pencegahan, penasun akan menerima dukungan termasuk konseling dan dukungan psikologis dan masalah adikasi.
- c. Penyediaan layanan alat suntik steril.
- d. Penyediaan layanan PTRM.
- e. Pendidikan dan pelatihan kapasitas diri termasuk pendidikan keterampilan sesuai kemampuan ataupun pemberian beasiswa pendidikan.
- f. Intervensi struktural dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan (KPA, sektor kesehatan, pemimpin informal dan sebagainya) dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk pemulihan, pengembangan



jejaring, peningkatan kapasitas dan pengembangan kebijakan lokal yang mendukung dengan memperhatikan kesetaraan gender.

3. Program Pencegahan penularan HIV di Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan.
 - a. Penguatan kebijakan pengurangan dampak buruk napza di Lapas dan Rutan.
 - b. Penyediaan/layanan terapi substitusi.
 - c. Pendidikan pencegahan HIV termasuk penyediaan kondom dan lubrikan.
 - d. Rujukan ke layanan kesehatan Diagnostik HIV baik melalui program VCT, inisiatif petugas kesehatan, maupun cara lainnya dengan memegang prinsip adanya konseling, adanya *informed concent* dan menjunjung kerahasiaan (*Counseling, Consent, Confidential*), kesehatan dasar dan infeksi oportunistik, termasuk IMS, Hepatitis B, TB dan AIDS untuk mereka yang memerlukan.
 - e. Layanan paska tahanan (konseling, metadon, pengobatan, perawatan dan dukungan).
 - f. Intervensi struktural dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan (KPA, sektor kesehatan, sektor Hukum dan HAM, kepolisian, pemimpin informal dan sebagainya) dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk pemulihan, pengembangan jejaring, peningkatan kapasitas dan pengembangan kebijakan kesetaraan gender.
4. Program Pengembangan program yang komprehensif untuk populasi kunci LSL.
 - a. Pengembangan *tools* untuk pemetaan dan analisis program yang di implementasikan.
 - b. Pengembangan rencana dan strategi komunikasi untuk intervensi struktural, komunitas dan intervensi individu berdasarkan karakteristik populasi.



- c. Penyediaan dan promosi kondom mengenai penggunaan kondom dan pelicinnya untuk setiap perilaku seksual beresiko.
 - d. Pengembangan website yang berkolaborasi dengan website umum yang sering digunakan populasi LSL, dengan memasukan issue kesehatan termasuk kesehatan seksualitas.
 - e. Pengembangan model layanan kesehatan termasuk konseling kesehatan seksual, diagnosis dan pengobatan IMS, konseling dan test HIV, dukungan, perawatan dan pengobatan terkait HIV dengan melibatkan layanan Pemerintah maupun Swasta. Sedapat mungkin layanan kesehatan tersebut bersifat layanan satu atap (*one stop service*).
 - f. Peningkatan pemahaman mengenai *issue* seksualitas melalui website umum yang sering digunakan oleh populasi kunci.
 - g. Peningkatan pemahaman dan pengenalan mengenai isu kesehatan seksualitas, orientasi seksual, termasuk masalah IMS juga HIV dan AIDS melalui layanan kesehatan, guru-guru sekolah, lembaga permasyarakatan dan tempat kerja.
 - h. Invertasi sturuktural dalam bentuk :
 - i. Advokasi untuk pengembangan kebijakan yang lebih mendukung penguatan jejaring komunitas GWL baik di tingkat Nasional maupun daerah dan pengembangan lingkungan yang lebih kondusif untuk implementasi program yang lebih bersahabat untuk LSL dengan menghormati hak-hak asasi manusia.
5. Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Bayi.
- a. Pendidikan dan pelatihan tentang penyelenggaraan PMTCT bagi petugas kesehatan dan tenaga masyarakat, sehingga mampu memberikan pelayanan PMTCT di fasilitas kesehatan (dasar & rujukan).



- b. Pelatihan untuk petugas kesehatan untuk meningkatkan sikap positif dalam memberikan layanan yang bersahabat terhadap perempuan dengan HIV dan bayinya meningkat kewaspadaan mengenai HIV-PMTCT dan eliminasi stigma terhadap HIV.
- c. Pendidikan dan pelatihan kesehatan reproduksi dan informasi dasar PMTCT bagi remaja serta lelaki dan perempuan usia reproduksi.
- d. Konseling kehamilan yang direncanakan bagi perempuan dengan HIV dan pasangan seksualnya termasuk pemberian kondom.
- e. Konseling dan pemberian ARV profilaksis bagi ibu hamil dengan HIV selama kehamilan dan bayi yang dilahirkan.
- f. Konseling dan pertolongan persalinan yang tepat dan aman sesuai dengan kondisi ibu hamil dengan HIV.
- g. Konseling dan dukungan pemberian makanan bayi yang aman sesuai dengan kondisi dan pilihan ibu, yaitu ASI eksklusif selama 6 bulan atau susu formula dengan syarat AFASS.
- h. Dukungan psikologis dan sosial bagi ibu dan bayi pasca kelahiran, termasuk bantuan layanan kesehatan seperti tes PCR bagi bayi bila memungkinkan.
- i. Intervensi struktural dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan (KPA, sektor kesehatan pemerintah dan swasta, pemimpin informal dan sebagainya) dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk peningkatan kapasitas dan pengembangan kebijakan yang mendukung serta mempertimbangkan kesetaraan gender.
- j. Pelibatan peran aktif organisasi profesi dalam perencanaan, pengembangan, pelaksanaan dan pemantauan program PMTCT.



6. Program Pencegahan penularan HIV di kalangan pelanggan pekerja seks melalui Tempat Kerja (Asumsi jumlah pelanggan di tempat kerja sekitar 30 % dari total pelanggan).
 - a. Pelatihan HIV dan AIDS bagi perusahaan dan tenaga kerja.
 - b. Penyebaran informasi dan edukasi mengenai HIV dan AIDS, perilaku aman dan bertanggung jawab melalui tempat kerja.
 - c. Penjangkauan yang terus menerus untuk perilaku meliputi peningkatan pengetahuan dan pemahaman dalam agama, kemampuan menilai risiko dan kemampuan mengakses layanan termasuk menggunakan kondom pada setiap hubungan seks berisiko sebagai pencegahan.
 - d. Pengembangan mekanisme rujukan layanan konseling dan testing serta manajemen IMS.
 - e. Pengembangan mekanisme rujukan ke layanan perawatan, dukungan dan pengobatan.
 - f. Pengembangan dan pelibatan perusahaan untuk media kampanye anti diskriminasi terhadap HIV di tempat kerja.
 - g. Intervensi struktural dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan (KPA, sektor kesehatan, sektor tenaga kerja, sektor swasta, pemimpin informal dan sebagainya) dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk peningkatan kapasitas dan pengembangan kebijakan yang mendukung dengan memperhatikan kesetaraan gender.
7. Program Pencegahan penularan pada pelanggan HIV pada pelanggan di kalangan pekerja Migran (Asumsi jumlah pelanggan disini sekitar 20 % dari total pelanggan).
 - a. Koordinasi dalam pengumpulan data dan pelaporan terkait HIV dan AIDS di kalangan pekerja migrant.
 - b. Pelatihan *training of trainer* bagi instruktur PAP, BP3TKI, LSM, PPTKIS dan pekerja migrant.



- c. Pelatihan konseling dan pedoman penatalaksanaan konseling dan testing HIV calon TKI bagi petugas layanan kesehatan, LSM dan pekerja migrant.
 - d. Advokasi rujukan terintegrasi layanan VCT, perawatan dan dukungan pada pra keberangkatan, negara tujuan dan paska pemulangan.
 - e. Intervensi struktural dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan (KPA, sektor kesehatan, sektor ketenagakerjaan, lembaga internasional, pemimpin informal dan sebagainya) dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk peningkatan kapasitas dan pengembangan kebijakan yang mendukung.
8. Program Orang Muda Beresiko usia 15-24 tahun.
- a. Pendidikan dan pelatihan bagi remaja untuk melindungi dirinya dan infeksi HIV.
 - b. Pendidikan penyuluh sebaya tentang HIV dan AIDS bagi remaja.
 - c. Pengembangan dan penyebaran materi cetak informasi tentang HIV dan AIDS, serta kesehatan reproduksi.
 - d. Pendidikan keterampilan hidup (*life skill educations*) sebagai upaya membentuk kemampuan remaja menghindari risiko tertular HIV.
 - e. Intervensi struktural dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan (KPA, sektor kesehatan, sektor pendidikan, pemimpin informal dan sebagainya) dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk peningkatan kapasitas dan pengembangan kebijakan yang mendukung dengan memperhatikan kesetaraan gender.



Target 6B: Mewujudkan akses terhadap pengobatan HIV/AIDS bagi semua yang membutuhkan sampai dengan tahun 2015

1. Program Penguatan dan Pengembangan Layanan dan Kesehatan serta Koordinasi antar Layanan.
 - a. Peningkatan jumlah dan mutu layanan kesehatan (VCT, PMTCT, CST) yang bersahabat, menjunjung tinggi HAM dan sensitif gender.
 - b. Peningkatan dan jumlah tenaga kesehatan yang mampu memberikan pelayanan perawatan dan pengobatan melalui kurikulum pendidikan dan mereduksi stigma terhadap HIV AIDS.
 - c. Pendidikan pelatihan tenaga kesehatan yang ramah terhadap anak-anak terinfeksi HIV.
 - d. Koordinasi antar layanan, baik rumah sakit rujukan, puskesmas dan laboratorium kesehatan yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun masyarakat.
 - e. Penguatan manajemen rantai pasokan obat (*supply chain management*).
 - f. Penyediaan tes diagnostik murah dan memadai.
 - g. Jaminan mutu (*quality assurance*) untuk meningkatkan kinerja layanan sehingga memenuhi kebutuhan ODHA.
2. Program Pencegahan dan Pengobatan Infeksi Oportunistik.
 - a. Pemberdayaan fasilitas layanan pengobatan rujukan yang terintegrasi (TB, IMS, Hepatitis C, Hepatitis B dll) untuk melakukan VCT.



- b. Pendidikan dan pelatihan bagi pengawas minum obat TB agar mampu memberikan dukungan psikososial dan perawatan lanjutan AIDS.
 - c. Pengadaan obat-obatan pencegahan dan pengobatan secara menyeluruh dan terjangkau.
 - d. Peningkatan akses dan kualitas layanan CST untuk pengobatan infeksi oportunistik (TB, Hepatitis C, Hepatitis B, IMS) untuk semua ODHA yang mendapat OI dan Ko infeksi dengan dukungan konseling serta monitoring pengobatan.
3. Program Pengobatan Antiretroviral (ARV).
- a. Pengadaan dan pendistribusian ARV secara berkesinambungan dan menyeluruh kepada ODHA yang membutuhkan termasuk WBP dan anak terinfeksi HIV.
 - b. Konseling mencakup informasi efek samping, resistensi serta manfaat pengobatan.
 - c. Pemantauan kepatuhan minum obat yang terintegrasi pada kelompok dukungan sebaya, LSM dan layanan kesehatan.
 - d. Dukungan gizi untuk meningkatkan kesehatan fisik dan daya kerja obat.
 - e. Penyempurnaan layanan pemeriksaan penunjang secara menyeluruh (hitung darah lengkap, CD4, viral load) dengan memperhitungkan efektifitas dan efisiensi.
 - f. Jaminan mutu (quality assurance) untuk meningkatkan kinerja layanan sehingga memenuhi kebutuhan ODHA.
 - g. Intervensi struktural dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan (KPA, sektor kesehatan dan sebagainya) dalam bentuk



advokasi sektor terkait untuk kemudahan akses ARV bagi ODHA yang membutuhkan.

4. Program Dukungan Psikologis dan Sosial.

- a. Pemberdayaan kelompok dan dukungan sebaya.
- b. Pendidikan dan pelatihan bagi masyarakat untuk menurunkan stigma dan diskriminasi terhadap orang terinfeksi HIV dan keluarganya.
- c. Pendidikan dan pelatihan bagi manajer kasus untuk mendukung dan memberdayakan orang terinfeksi HIV.
- d. Pelatihan dan penguatan komunitas (*community based care*) untuk memberikan perawatan dan dukungan psikologis dan sosial.

5. Program Pendidikan dan Pelatihan ODHA.

- a. Pendidikan dan pelatihan tentang informasi akses kesehatan yang memadai.
- b. Pendidikan dan pelatihan pengelolaan dan pelaksanaan program sesuai dengan kebutuhan untuk meningkatkan kapasitas ODHA.

6. Program Mitigasi Dampak.

- a. Peningkatan akses layanan pendidikan, kesehatan dan layanan nutrisi bagi anak terinfeksi dan terdampak HIV dari keluarga miskin, baik yang masih memiliki orang tua maupun yatim piatu.
- b. Pelatihan dan penyediaan modal usaha bagi mereka yang terdampak dari HIV termasuk ODHA miskin agar mampu meningkatkan pendapatan ekonomi keluarga.
- c. Peningkatan akses ODHA yang membutuhkan untuk mendapatkan beasiswa pendidikan.



- d. Pengembangan kapasitas dan keterampilan untuk ODHA dan populasi kunci melalui program pendidikan keterampilan non formal, kursus jangka pendek.
 - e. Dukungan sosial berbasis keluarga untuk meningkatkan semangat hidup orang yang terinfeksi HIV dan keluarganya.
 - f. Intervensi struktural dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan (KPA, sektor kesehatan, sektor pendidikan dan sebagainya) dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk akses mendapatkan pendidikan.
7. Program Penguatan Kelembagaan dan Manajemen.
- a. Penguatan infrastruktur kelembagaan Komisi Penanggulangan AIDS dan sekretariat baik di tingkat pusat maupun daerah.
 - b. Penguatan mekanisme monitoring dan evaluasi untuk memantau tingkat kemajuan respons.
 - c. Pengembangan kapasitas untuk menjamin diseminasi informasi yang bersifat rutin, terkait respon penanggulangan AIDS.
 - d. Pengembangan kebijakan yang diperlukan untuk menjamin kepastian keberlangsungan respons yang lebih baik.
 - e. Peningkatan penguatan peran masyarakat sipil terutama orang terinfeksi HIV dalam setiap proses perencanaan, implementasi, pemantauan dan pengambilan keputusan.
 - f. Peningkatan kapasitas pelaksana program dan populasi kunci terkait aspek hukum dan HAM.
8. Program Manajemen program meliputi kegiatan perencanaan, implementasi dan evaluasi program dengan memegang prinsip keterbukaan informasi, peran serta dan partisipasi.
- a. Pengembangan perencanaan strategi, rencana aksi dan rencana program yang partisipatif.



- b. Penyelenggaraan Forum Perencanaan dan Penganggaran untuk menjamin keberlangsungan program, serta mengembangkan perencanaan program yang sinergis dan harmonis.
- c. Peningkatan kapasitas pelaksana program untuk menjamin efektivitas dan efisiensi.
- d. Peningkatan dan penguatan kapasitas orang terinfeksi HIV dan jaringan populasi kunci untuk meningkatkan peran bermakna dalam pencapaian target dan program.
- e. Diseminasi informasi yang bersifat rutin terkait respon penanggulangan AIDS beserta pembiayaan di tingkat nasional dan daerah dengan prinsip transparansi.
- f. Mengimplementasikan program monev secara komprehensif dan pengembangan laporan perkembangan laporan perkembangan seluruh target yang telah ditetapkan dalam SRAN. Rencana kegiatan yang harus dilaksanakan terkait dengan SRAN.

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



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

1. Perlindungan dan konservasi sumber daya alam
 - a. Koordinasi Peningkatan Pengelolaan Kawasan Konservasi
 - b. Pengendalian dampak perubahan iklim
 - c. Pengendalian kerusakan hutan dan lahan
 - d. Pengendalian dan pengawasan pemanfaatan sumber daya alam
 - e. Konservasi sumber daya air dan kerusakan sumber daya air
2. Program pengendalian pencemaran dan kerusakan lingkungan hidup
 - a. Koordinasi pengelolaan B3 dan limbah B3
 - b. Koordinasi penanggulangan kebakaran hutan dan lahan
 - c. Koordinasi Penyusunan AMDAL
 - d. Peningkatan Peran Serta masyarakat dalam Pengendalian Lingkungan Hidup
 - e. Pengawasan Kerusakan lahan dan kerusakan tanah untuk produksi biomasa
 - f. Koordinasi izin lingkungan
 - g. Monitoring, Evaluasi dan Pelaporan
 - h. Koordinasi Penilaian Kota Sehat / Adipura
 - i. Peningkatan Pengelolaan Lingkungan Pertambangan
 - j. Peningkatan Peringkat Kinerja Perusahaan (Proper)
 - k. Pemantauan Kualitas Udara
 - l. Pemantauan kualitas air
 - m. Peningkatan sarana dan prasarana laboratorium lingkungan
3. Pengembangan Kinerja Pengelolaan Persampahan
 - a. Peningkatan Peran Serta masyarakat dalam Pengelolaan Persampahan
 - b. Penyediaan Prasarana dan Sarana Pengelolaan Persampahan
4. Pengelolaan Ruang Terbuka Hijau (RTH)
 - a. Penataan RTH
 - b. Penyusunan dan analisis data/informasi pengelolaan RTH
5. Program Pemanfaatan Potensi Sumberdaya Hutan

- a. Peningkatan daya dukung hutan
- 6. Peningkatan kualitas dan akses informasi SDA dan LH
 - a. Pengembangan Data dan Sistem Informasi Lingkungan
 - b. Peningkatan Edukasi dan Komunikasi Masyarakat di Bidang Lingkungan
- 7. Penuaan Hukum Lingkungan
 - a. Koordinasi penyusunan Raperda tentang perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup
- 8. Pengembangan Kapasitas Pengelolaan SDA dan LH
 - a. Penegakan dan penyelesaian kasus sengketa lingkungan hidup
- 9. Pengembangan Ekowisata dan Jasa Lingkungan di Kawasan-Kawasan Konservasi Laut dan Hutan
 - a. Pengembangan Ekowisata dan Jasa Lingkungan di Kawasan Konservasi
- 10. Peningkatan Kapasitas Sumberdaya Aparatur
 - a. Pendidikan dan Pelatihan formal

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

- 1. Perlindungan dan konservasi sumber daya hutan
 - a. Pengendalian kerusakan hutan dan lahan
- 2. Program perlindungan dan konservasi sumber daya alam
 - b. Pengelolaan keanekaragaman hayati dan ekosistem
- 3. Rehabilitasi dan pemulihan cadangan sumberdaya alam
 - a. Pelaksanaan pengendalian sumber daya alam dan lingkungan hidup
Pengawasan Kerusakan lahan dan kerusakan tanah untuk produksi biomasa
 - b. Pembinaan reklamasi dan revegetasi lahan pasca tambang
 - c. Penanggulangan Kerusakan Lingkungan Hidup



- d. Perencanaan dan penyusunan program pembangunan pengendalian sumber daya alam dan lingkungan hidup
- e. penyusunan status lingkungan hidup daerah kabupaten kutai timur
- 4. Perlindungan dan Konservasi Sumber Daya Laut
 - a. pemberdayaan masyarakat dalam pengawasan dan pengendalian sumberdaya kelautan

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

- 1. Program Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat
 - a. Pengembangan Usaha Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)
 - b. Peningkatan Kemandirian dan Kesadaran Masyarakat untuk Hidup Sehat (PHBS)
- 2. Program Pengembangan Lingkungan Sehat
 - a. Peningkatan Pengawasan Kualitas Air Minum
 - b. Peningkatan Pengawasan Lingkungan Pemukiman (PLP STBM)
 - c. Peningkatan Kesehatan Lingkungan Institusi
 - d. Peningkatan Kesehatan Lingkungan Tempat Umum
 - e. Peningkatan pengawasan tempat pengelolaan pestisida
- 3. Pengembangan kinerja pengelolaan air minum dan air limbah
 - a. Penyediaan prasarana dan sarana air limbah
 - b. Peningkatan kapasitas, perluasan jaringan
- 4. Pengembangan, pengelolaan, konservasi sungai danau, dan sumber daya air lainnya
 - a. Meningkatkan pengembangan sistem penyediaan air



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

1. Pengembangan perumahan yang layak huni dan pemukiman layak huni
 - a. Fasilitasi dan stimulasi pembangunan perumahan masyarakat kurang mampu.
 - b. Pendampingan bantuan perumahan swadaya
 - c. Bantuan Perbaikan perumahan penduduk tidak layak huni (Bedah rumah)
 - d. Bantuan Sarana dan Prasarana lingkungan
2. Pengadaan Pembangkit listrik dan jaringan Erta pengawasan perizinan ketenagalistrikan
 - b. Pembangunan dan perbaikan pembangkit listrik

2.5. Keterlibatan Perusahaan Mendukung MDGs melalui CSR (Corporate Sosial Responsibility)

CSR sebagai tanggung jawab sosial yang dilaksanakan perusahaan haruslah memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi masyarakat. Program CSR yang dilaksanakan oleh perusahaan sejauh mungkin diselaraskan dan disinergikan dengan kebutuhan masyarakat dan pembangunan daerah. Dana CSR perusahaan yang bernilai milyaran rupiah merupakan peluang yang dapat disinergikan guna mendukung program pengembangan kualitas sumberdaya manusia, penanggulangan kemiskinan, dan mengurangi kesenjangan sosial atau untuk percepatan pencapaian target MDGs.

Berdasarkan laporan yang disampaikan pada saat Rapat Koordinasi (Rakor) CSR yang diselenggarakan setiap tahunnya, kurang lebih Rp 130 milyar – Rp 180 milyar dana CSR dikucurkan untuk mendukung pencapaian MDGs. Besarnya dana tersebut adalah dana yang dilaporkan dari hanya sekitar 20-25 perusahaan dari sekitar 90-an total perusahaan yang beroperasi di wilayah Kabupaten Kutai Timur.



Sejak Tahun 2006, Daerah Kutai Timur telah membentuk Forum MSH CSR (Multistakeholder-Corporate Social Responsibility) yang anggotanya terdiri dari unsur pemerintah, Perusahaan dan masyarakat. Forum MSH-CSR adalah organisasi yang membuka ruang bagi para pemangku kepentingan untuk membangun sistem dan mekanisme pelaksanaan program CSR Kabupaten Kutai Timur, sehingga pihak yang terlibat paham akan tugas dan tanggung jawab serta kewenangannya masing-masing.

Forum MSH-CSR dimaksudkan sebagai wadah yang mempersatukan berbagai pemangku kepentingan untuk berkomunikasi, berkonsultasi dan bertindak bersama secara berkelanjutan dalam pengembangan dan pengelolaan CSR agar dapat memberikan manfaat yang besar bagi pembangunan Kabupaten Kutai Timur. Adapun Tujuan Forum MSH-CSR adalah:

- a. terbangunnya wadah yang memberikan kesempatan pada semua pemangku kepentingan untuk berperan secara optimal dalam pengembangan dan pengelolaan program CSR;
- b. menyelaraskan, mensinergikan dan memberikan masukan serta upaya perbaikan dalam pengembangan dan pengelolaan program CSR.

Sesuai dengan Peraturan Bupati (Perbup) Kutai Timur Nomor 27 Tahun 2012 sebagai revisi dari Perbup Kutai Timur Nomor Nomor 10/02.188.3/HK/VII/2006 tentang Pedoman Corporate Social Responsibility (CSR) mengatur bahwa penerapan CSR di Kutai Timur diarahkan kepada bidang-bidang yang mendukung pencapaian tujuan MDGs yaitu;

- a. pemberdayaan ekonomi masyarakat;
- b. pendidikan;
- c. kesehatan dan sanitasi;
- d. infrastruktur dan sumberdaya energi;
- e. lingkungan hidup;
- f. peningkatan kapasitas masyarakat dan kemitraan



- dengan pemerintah;
- g. keagamaan, sosial dan budaya; dan
- h. Tanggap darurat.

Prioritas bidang kegiatan program CSR disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan di wilayah operasional perusahaan dan kemampuan sumberdaya masing-masing perusahaan.



BAB III PEMANTAUAN DAN EVALUASI

Pada bagian ini disusun mekanisme pemantauan dan evaluasi untuk melihat target capaian dari pelaksanaan RAD MDGs di Kabupaten Kutai Timur untuk masing-masing tujuan (*goal*). Mekanisme pemantauan dan evaluasi RAD MDGs menggambarkan tanggung jawab masing-masing SKPD sesuai tujuan MDGsnya, waktu pelaksanaan, dan langkah tindak lanjut.

3.1. Prinsip-Prinsip Pemantauan dan Evaluasi

Kegiatan pemantauan dan evaluasi program Percepatan Pencapaian Target Tujuan Pembangunan Millenium (MDGs) pada dasarnya dilakukan oleh semua pelaku atau pemangku kepentingan (*stakeholders*). Pemantauan dan Evaluasi oleh lembaga pemerintah dilakukan secara internal oleh Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) terkait, untuk mengetahui perkembangan pelaksanaan kebijakan dan program, serta mengukur dampak kebijakan dan program pencapaian Target MDGs.

Kegiatan pemantauan dan evaluasi program Percepatan Pencapaian Target MDGs Kabupaten Kutai Timur juga bisa dilakukan secara independen oleh lembaga-lembaga Non Pemerintah seperti LSM ataupun Perguruan Tinggi. Hasil Pemantauan dan evaluasi, baik yang dilakukan oleh Lembaga Pemerintah maupun Lembaga Non Pemerintah diverifikasi dan dikonsolidasikan oleh sekretariat Tim Pengarah dan Kelompok Kerja Penyusunan Rencana Aksi Daerah Percepatan Pencapaian Target MDGs Kabupaten Kutai Timur Tahun 2011 – 2015 dengan empat Pokja agar dihasilkan laporan pemantauan dan evaluasi yang sistematis. Koordinasi pelaksanaan pemantauan dan evaluasi RAD MDGs dilakukan oleh Kepala Bappeda Kabupaten Kutai Timur.

Disamping prinsip-prinsip tersebut, beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan pemantauan dan evaluasi, yaitu :



1. Pelaku pemantauan dan evaluasi adalah semua pelaku/stakeholders yang berkepentingan terhadap pencapaian target MDGs lainnya di Kabupaten Kutai Timur. Dengan kata lain, pelaku pemantauan dan evaluasi dalam kebijakan dan program Pencapaian target MDGs di Kabupaten Kutai Timur adalah pemantau bagi dirinya sendiri dan bagi pelaku lain. Dengan demikian diharapkan dapat terlaksananya prinsip-prinsip transparansi, akuntabilitas dan partisipasi. Tim Pengarah Pencapaian Target MDGs di tingkat Kabupaten Kutai Timur Provinsi bertanggung jawab mengkoordinasikan hasil pemantauan dan evaluasi yang dilakukan oleh masing-masing stakeholder/SKPD dan melaporkan hasil pencapaian target MDGs Kabupaten Kutai Timur kepada Tim pengarah tingkat propinsi.
2. Obyek pemantauan dan evaluasi adalah semua kebijakan dan program yang terkait dengan upaya pencapaian Target MDGs di Kabupaten Kutai Timur. Oleh karena itu, kegiatan pemantauan dilaksanakan sejak awal dimulai dari proses perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi program terkait, dan dilakukan oleh seluruh stakeholder di Kabupaten Kutai Timur.
3. Sarana pemantauan dan evaluasi kebijakan dan program percepatan pencapaian target MDGs adalah segenap sarana yang dimiliki oleh masing-masing pelaku, selaras dengan semangat kerelawanan dan keikutsertaan, sehingga para pelaku dapat mempergunakan metode dan alat mereka sendiri untuk dikompilasikan hasilnya dan dikaji bersama sebagai dasar perbaikan dan program percepatan pencapaian target MDGs selanjutnya.
4. Metode pemantauan dan evaluasi terhadap kebijakan dan program pencapaian target MDGs ditentukan oleh masing-masing pihak, sesuai dengan kapasitas dan mekanisme kerja masing-masing dengan semangat memperbaiki kebijakan dan program percepatan pencapaian target MDGs yang sedang berjalan.



3.2. Tujuan/Kegunaan Pemantauan dan Evaluasi

Tujuan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program Percepatan Pencapaian Target MDGs adalah untuk mengetahui seberapa jauh kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan telah sesuai atau menyimpang dari rencana yang telah ditetapkan, atau untuk mengetahui tingkat kesenjangan antara keadaan yang telah dicapai dengan keadaan yang dikehendaki atau seharusnya dapat dicapai, sehingga dengan demikian akan dapat diketahui tingkat efektivitas dan efisiensi kegiatan yang telah dilaksanakan, untuk selanjutnya dapat diambil langkah-langkah guna meningkatkan tingkat efektivitas dan efisiensi kegiatan seperti yang dikehendaki.

Kegunaan utama pemantauan dan evaluasi pelaksanaan percepatan pencapaian MDGs antara lain:

1. Kegunaan terkait dengan operasional yaitu :
 - a. Melalui pemantauan dan evaluasi kita dapat mengetahui cara yang tepat untuk mencapai target MDGs yang dikehendaki dan sekaligus dapat mengidentifikasi faktor-faktor kritis yang sangat menentukan keberhasilan kegiatan program percepatan pencapaian target MDGs yang dilakukan.
 - b. Melalui pemantauan dan evaluasi dapat dilakukan perubahan-perubahan modifikasi dan supervisi terhadap kegiatan/program percepatan pencapaian target MDGs yang dilaksanakan, dan
 - c. Melalui pemantauan dan evaluasi, akan dapat dikembangkan tujuan-tujuan serta analisis informasi yang bermanfaat bagi pelaporan kegiatan.
2. Kegunaan terkait dengan kebijakan yang mencakup :
 - a. Berdasarkan hasil evaluasi, dapat dirumuskan kembali, strategi percepatan pencapaian target MDGs, pendekatan, serta asumsi-asumsi yang digunakan.
 - b. Untuk menggali dan meningkatkan kemampuan pengetahuan tentang hubungan antar kegiatan program pembangunan, yang sangat bermanfaat



bagi peningkatan efektifitas dan efisiensi kegiatan di masa-masa mendatang.

3.3. Mekanisme Pemantauan dan Evaluasi

Kegiatan pemantauan dan evaluasi merupakan kegiatan tahap pelaksanaan dan akhir suatu program dan kegiatan, untuk menilai apakah sebuah kebijakan dan program dilaksanakan dan mencapai tujuan yang diharapkan atau tidak.

Secara umum, kegiatan pemantauan dan evaluasi akan menjawab pertanyaan sebagai berikut :

- a. Apakah kebijakan dan program yang dilaksanakan sudah mencapai tujuan yang direncanakan?
- b. Apakah kebijakan dan program yang dilaksanakan berhasil? Jika berhasil faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi tingkat keberhasilannya? Dan apabila tidak berhasil, hal-hal apa saja yang menyebabkan ketidakberhasilan tersebut, mengapa?
- c. Apakah kita akan mengulangnya lagi dengan berbagai perbaikan atau melakukan hal yang berbeda?

Secara garis besar, pelaksanaan pemantauan dan evaluasi meliputi :

- a. Menilai kemajuan pelaksanaan program percepatan pencapaian tujuan pembangunan milenium.
- b. Mengetahui kendala-kendala dan permasalahan yang ditimbulkan oleh pelaksanaan program.
- c. Mengukur keluaran/hasil, manfaat/maksud dan atau dampak pelaksanaan program penanggulangan kemiskinan dengan menggunakan indikator-indikator yang telah ditetapkan.
- d. Sebagai umpan balik untuk peningkatan perencanaan dan pelaksanaan pembangunan khususnya pembangunan upaya percepatan pencapaian



tujuan pembangunan millenium di Kabupaten Kutai Timur untuk periode sekarang maupun yang akan datang.

3.4. Tanggung Jawab SKPD dalam Pemantauan dan Evaluasi

Pelaksanaan pemantauan dan evaluasi dilaksanakan berdasarkan kriteria atau indikator kinerja baik indikator masukan, proses, keluaran dan manfaat maupun dampak. Indikator kinerja upaya pencapaian target MDGs merupakan indikator proses dari setiap langkah program percepatan pencapaian target MDGs secara lintas sektor yang dilakukan oleh instansi-instansi di Kabupaten Kutai Timur. Dengan demikian diharapkan terjadi sinkronisasi dan sinergi untuk mencapai sasaran pokok.

Indikator kinerja upaya percepatan pencapaian target MDGs dan tanggungjawab SKPD dalam pencapaian tujuan tersebut meliputi sebagai berikut :

Indikator		Penanggung Jawab
 Tujuan 1 . Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan		
1.1	Proporsi penduduk dengan pendapatan kurang dari 1,00 USD (PPP) per kapita per hari	Disnakertrans, BPM-PD Dinas Sosial Disperindagkop Dinas Kelautan Dinas Kehutanan Dinas Perkebunan Disrtamben Dinas Pertanian Dinas Pariwisata Dinas PU BPS
1.1a	Persentase penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan Kaltim	
1.2	Indeks Kedalaman Kemiskinan	Disnakertrans, BPM-PD Dinas Sosial Disperindagkop Dinas Kelautan Dinas Kehutanan Dinas Perkebunan Disrtamben

		Dinas Pertanian Dinas Pariwisata Dinas PU BPS
1.4	Laju pertumbuhan PDB per tenaga kerja	Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi BPS
1.5	Rasio kesempatan kerja terhadap penduduk Usia 15 tahun ke atas	Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi BPS
1.7	Proporsi tenaga kerja yang berusaha sendiri dan pekerja bebas keluarga terhadap total kesempatan kerja	Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi BPS
1.8	Prevalensi Balita dengan berat badan rencah/kekurangan gizi	Dinas Kesehatan BPS
1.8a	Prevalensi balita gizi buruk	Dinas Kesehatan BPS
1.8b	Prevalensi Balita gizi kurang	Dinas Kesehatan BPS
1.9	Proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum	Dinas Kesehatan Badan Ketahanan Pangan BPS
	- 1400 Kkal/kapita/hari	
	- 2000 Kkal/kapita/hari	



2

Tujuan 2. Mencapai Pendidikan Dasar untuk Semua

2.1	Angka Partisipasi Murni (APM) Sekolah Dasar	Dinas Pendidikan
2.2	Proporsi murid kelas 1 yang berhasil menamatkan Sekolah Dasar	Dinas Pendidikan
2.3	Angka Melek Huruf Penduduk Usia 15-24 Tahun, Perempuan dan Laki-Laki	Dinas Pendidikan



3

Tujuan 3 : Mendorong Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan

3.1	Rasio Perempuan terhadap Laki-Laki di tingkat Pendidikan Dasar, Menengah dan Tinggi	Dinas Pendidikan
	- Rasio APM Perempuan/Laki-Laki di SD	Dinas Pendidikan
	- Rasio APM Perempuan/Laki-Laki di SMP	Dinas Pendidikan
	- Rasio APM Perempuan/Laki-Laki di SMA	Dinas Pendidikan
	- Rasio APM Perempuan/Laki-Laki di Perguruan Tinggi	Dinas Pendidikan
3.1a	Rasio Melek Huruf Perempuan terhadap Laki-	Dinas Pendidikan BPP-KB

	Laki pada kelompok usia 15-24 Tahun	
3.2	Kontribusi perempuan dalam pekerjaan upahan di sektor non-pertanian	BPP-KB
3.3	Proporsi kursi yang diduduki perempuan di DPR	BPP-KB
 4	Tujuan 4 : Menurunkan Angka Kematian anak	
4.1	Angka Kematian Balita per 1000 kelahiran hidup	Dinas Kesehatan
4.2	Angka Kematian Bayi per 1000 kelahiran hidup	Dinas Kesehatan
4.2a	Angka Kematian Neonatal per 1000 kelahiran hidup	Dinas Kesehatan
4.3	Persentase anak usia 1 tahun yang diimunisasi campak	Dinas Kesehatan
 5	Tujuan 5 : Meningkatkan Kesehatan Ibu	
5.1	Angka Kematian ibu per 100.000 Kelahiran Hidup	Dinas Kesehatan
5.2	Proporsi Kelahiran yang ditolong Tenaga Kesehatan Terlatih	Dinas Kesehatan
5.3	Angka pemakaian kontrasepsi/ CPR bagi perempuan menikah usia 15-49, semua cara.	Dinas Kesehatan
5.3a	Angka pemakaian kontrasepsi/ CPR pada perempuan menikah usia 15-49 tahun saat ini, cara modern	Dinas Kesehatan
5.4	Angka kelahiran remaja (perempuan usia 15-19 tahun) per 1000 perempuan usia 15-19 tahun.	Dinas Kesehatan BPP-KB
5.5	Cakupan pelayanan <i>Antenatal</i> (sedikitnya satu kali kunjungan dan empat kali kunjungan	Dinas Kesehatan
	- 1 kunjungan	
	- 4 kunjungan	
5.6	Unmet Need (kebutuhan keluarga berencana / KB yang tidak terpenuhi)	Dinas Kesehatan BKKBN
 6	Tujuan 6 : Memerangi HIV/AIDS, Malaria dan Penyakit Menular Lainnya	
6.1	Prevalensi HIV/AIDS (persen) dari total	

	populasi	Dinas Kesehatan
6.2	Penggunaan kondom pada hubungan seks beresiko tinggi terakhir	Dinas Kesehatan
6.3	Proporsi jumlah penduduk usia 15-24 tahun yang memiliki penge-tahuan komprehensif tentang HIV/AIDS	Dinas Kesehatan Dinas Sosial
	- Menikah	
	- Belum Menikah	
6.5	Proporsi penduduk terinfeksi HIV lanjut yang memiliki akses pada obat-obatan antiretroviral	Dinas Kesehatan
6.6	Angka kejadian dan tingkat kematian Malaria	Dinas Kesehatan
6.6a	Angka Kejadian Malaria (per 1000 penduduk)	Dinas Kesehatan
6.6b	Tingkat kematian akibat Malaria	Dinas Kesehatan
6.7	Proporsi Anak Balita yang tidur dengan kelambu berinsektisida	Dinas Kesehatan
6.8	Angka kejadian, prevalensi, dan tingkat kematian akibat Tuberkulosis (TB)	Dinas Kesehatan
6.8a	Angka kejadian Tuberkulosis (semua kasus per 100.000 penduduk per tahun)	Dinas Kesehatan
6.8b	Tingkat prevalensi Tuberkulosis (per 100.000 penduduk)	Dinas Kesehatan
6.8c	Tingkat kematian karena Tuberkulosis (per 100.000 penduduk)	Dinas Kesehatan
6.9	Proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dan diobati dalam program DOTS	Dinas Kesehatan
6.9a	Proporsi jumlah kasus Tuberkulosis yang terdeteksi dalam program DOTS	Dinas Kesehatan
6.9b	Proporsi kasus Tuberkulosis yang diobati dan sembuh dalam program DOTS	Dinas Kesehatan
 Tujuan 7 : Memastikan Kelestarian Lingkungan Hidup		
7.1	Rasio luas kawasan tertutup pepohonan berdasarkan hasil pemotretan citra satelit dan survey foto udara terhadap luas daratan.	Dinas Kehutanan
7.2	Jumlah Emisi Karbondioksida (CO2)	Badan Lingkungan Hidup
7.3	Jumlah konsumsi bahan perusak ozon (BPO) dalam metric ton	Badan Lingkungan Hidup
7.6	Proporsi kawasan lindung dan kawasan lindung perairan	Dinas Kelautan dan Perikanan

7.6a	Proporsi tangkapan ikan yang berada dalam batasan biologis yang aman	Dinas Kelautan dan Perikanan
7.6b	Rasio luas kawasan lindung untuk menjaga kelestarian keaneka-ragaman hayati terhadap total luas kawasan hutan	Dinas Kehutanan
7.6c	Rasio kawasan lindung perairan terhadap total luas perairan territorial	Dinas Kehutanan Dinas Kelautan dan Perikanan
7.8	Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak, perkotaan dan perdesaan	Dinas Pekerjaan Umum
7.8a	- Perkotaan	Dinas Pekerjaan Umum
7.8b	- Perdesaan	Dinas Pekerjaan Umum
7.9	Proporsi rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap sanitasi dasar, perkotaan dan perdesaan	Dinas Pekerjaan Umum
7.9a	- Perkotaan	Dinas Pekerjaan Umum
7.9b	- Perdesaan	Dinas Pekerjaan Umum
7.10	Proporsi rumah tangga kumuh perkotaan	Dinas Pekerjaan umum

3.5. Waktu Pelaksanaan Pemantauan dan Evaluasi

Kegiatan Pemantauan evaluasi percepatan pencapaian target-target MDGs ini dapat dibagi menurut waktu pelaksanaannya sebagai berikut:

1. Pemantauan pada saat program berjalan, kegiatan ini dilakukan setiap 3 (tiga) bulan sekali.
2. Evaluasi tahunan, dilakukan setiap akhir tahun anggaran untuk mengetahui pencapaian target-target tahunan yang telah disusun.
3. Evaluasi akhir (*summative evaluation*), dilakukan pada akhir periode rencana aksi ini yaitu tahun 2015.

Dengan demikian kegiatan pemantauan dan evaluasi bukan merupakan kegiatan yang sekali saja dilakukan pada saat akhir program/kegiatan tetapi kegiatan yang bisa dilakukan sesuai tahapan yang dilaksanakan.



3.6. Tim Koordinasi Percepatan Pencapaian Tujuan MDGs (TKP2TM) Kutai Timur

Dalam rangka pelaksanaan Instruksi Presiden Nomor 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan yang Berkeadilan, terkait program Percepatan Pencapaian Millenium Development Goals (MDG's) Kabupaten Kutai Timur, perlu dilakukan koordinasi antar lintas sektor dan lintas pemangku kepentingan secara terpadu dan berkesinambungan. Berdasarkan pertimbangan tersebut, Pemerintah Daerah Kabupaten Kutai Timur perlu membentuk Tim Koordinasi Percepatan Pencapaian Tujuan MDG's (TKP2TM) Kabupaten Kutai Timur Tahun 2012. Pembentukan tim ini dikukuhkan melalui Surat Keputusan Bupati Kutai Timur Nomor : 050/K.238/2012 yang ditetapkan pada tanggal 17 April 2012.

Tim Koordinasi Percepatan Pencapaian Tujuan MDG's (TKP2TM) Kabupaten Kutai Timur Tahun 2012 ini mempunyai tugas melakukan penyusunan Rencana Aksi Daerah (RAD) Tahun 2011 - 2015, sosialisasi, monitoring, dan evaluasi pencapaian MDG's.

Ketua Tim TKP2TM ini adalah Wakil Bupati Kutai Timur dibantu seorang wakil ketua (Kepala Bappeda). Sekretaris Tim adalah Sekretaris Bappeda dan wakil sekretarisnya adalah Kabid Sosial Budaya Mental & Spiritual Bappeda Kutim. Terdapat 6 (enam) Kelompok Kerja (Pokja) mengikuti item tujuan MDGs, yaitu;

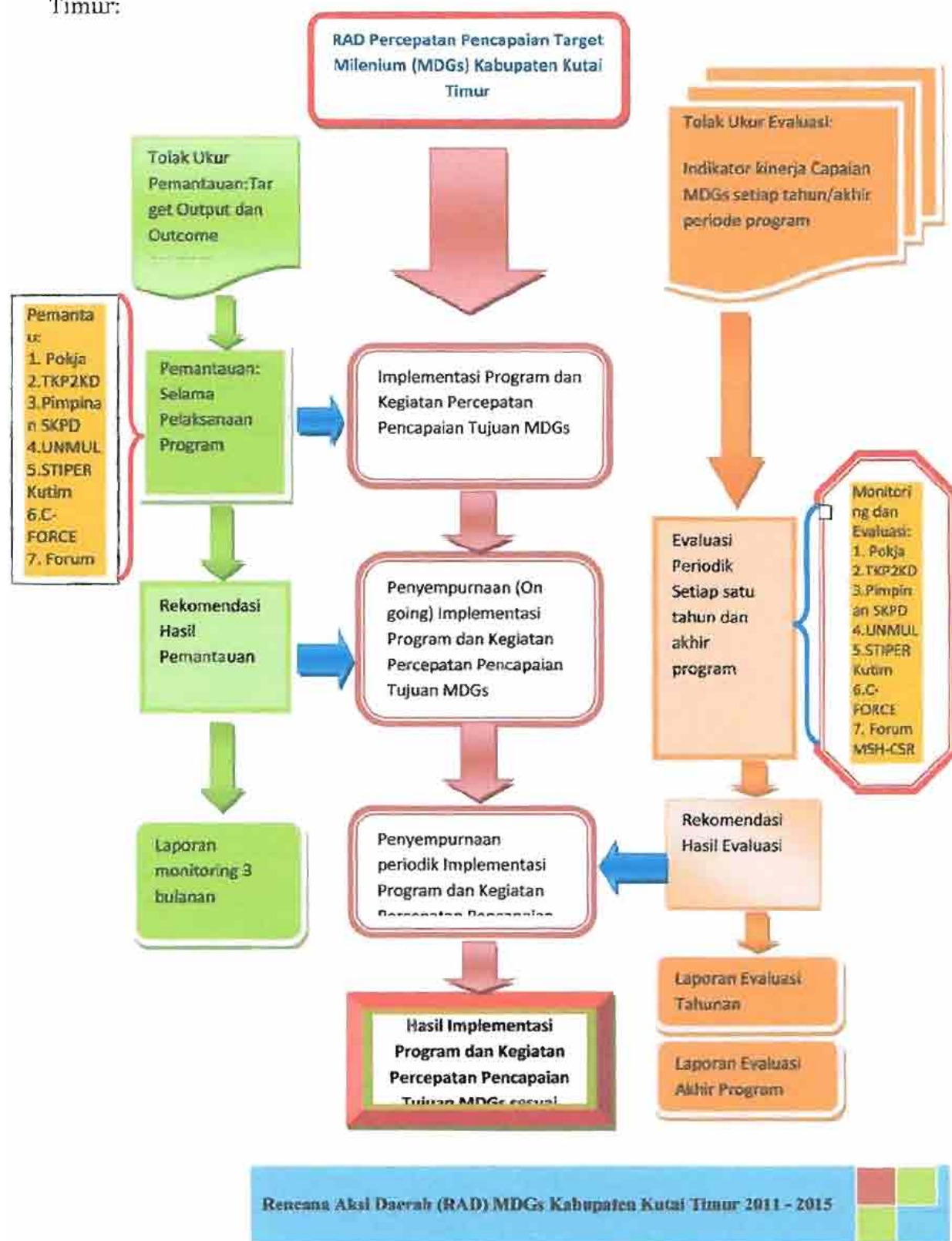
- 1) Pokja Penanggulangan Kemiskinan dan Kelaparan
- 2) Pokja Pendidikan Dasar
- 3) Pokja Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan Perempuan
- 4) Pokja Menurunkan Angka Kematian Anak dan Meningkatkan Kesehatan Ibu
- 5) Pokja Penanggulangan HIV/AIDS, Malaria dan Penyakit Menular Lainnya
- 6) Pokja Kelestarian Lingkungan



Tim ini juga didampingi oleh Tim ahli atau narasumber yang berasal dari kalangan akademisi dan Badan Pusat Statistik Kabupaten Kutai Timur. Sebagai bentuk kemitraan dalam mendorong percepatan pencapaian tujuan MDGs di Kabupaten Kutai Timur, tim TKP2TM didukung oleh pihak-pihak seperti BUMN, BUMD dan perusahaan swasta serta organisasi sosial & kemasyarakatan (ORMAS) dan Lembaga Swadaya masyarakat (LSM) yang terkait dengan MDGs.



Diagram Mekanisme Pemantauan dan Evaluasi Implementasi RAD Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) Kabupaten Kutai Timur:



BAB IV

PENUTUP

Dalam mendukung tercapainya target-target MDGs di tingkat Nasional dan tingkat Provinsi Kalimantan Timur, Kabupaten Kutai Timur telah menyusun **Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium dalam bentuk Rencana Aksi Daerah (RAD) Percepatan Pencapaian Target Pembangunan Millenium (MDGs)** sebagai salah satu bentuk komitmen **Pembangunan Millenium di Indonesia** yang telah disusun oleh Pemerintah Pusat dalam hal ini Kantor Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional Tahun 2010.

RAD Percepatan Pencapaian Target MDGs Kabupaten Kutai Timur ini menjadi pedoman bagi seluruh stakeholder pembangunan di Kabupaten Kutai Timur dalam rangka mencapai tingkat kesejahteraan masyarakat yang disepakati secara global dalam target-target MDGs. Oleh karena itu RAD MDGs ini perlu diintegrasikan dalam dokumen perencanaan pembangunan daerah baik dalam rencana jangka menengah yaitu RPJMD dan Renstra SKPD maupun dalam jangka pendek (tahunan) yaitu dalam RKPD ataupun dalam Renja SKPD.

Dukungan pendanaan Pemerintah Daerah dalam APBD, sangat penting dalam mencapai keberhasilan RAD Percepatan Pencapaian MDGs termasuk pendanaan partisipasi swasta dan masyarakat. Disamping itu, dukungan komitmen dari DPRD sebagai wakil rakyat yang memiliki fungsi *budgeting* dalam penentuan anggaran pembangunan daerah juga sangat penting artinya untuk menjamin keberhasilan implementasi RAD ini.

Untuk menjamin implementasi RAD dan mencapai target seperti yang diharapkan dalam Peta Jalan Percepatan Pencapaian Tujuan Pembangunan Millenium di Indonesia perlu direspon oleh Pemerintah Daerah. Dan selain partisipasi dalam pendanaan guna mendukung tercapainya target-target MDGs, peran masyarakat dalam hal ini LSM, Perguruan Tinggi dan organisasi masyarakat



yang lainnya, juga diperlukan untuk ikut melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program-program percepatan pencapaian target MDGs, tentu saja sesuai dengan koridor kewenangan dan peraturan yang berlaku.

BUPATI KUTAI TIMUR,



H. Isran Noor

