



# INDIKATOR KESEJAHTERAAN RAKYAT



## WELFARE INDICATORS 2017



Pemerataan Akses Pelayanan Kesehatan  
Menuju Indonesia Sehat  
*Equity in Access to Health Services Towards Healthy Indonesia*



# INDIKATOR KESEJAHTERAAN RAKYAT



## WELFARE INDICATORS 2017



Pemerataan Akses Pelayanan Kesehatan  
Menuju Indonesia Sehat  
*Equity in Access to Health Services Towards Healthy Indonesia*

# INDIKATOR KESEJAHTERAAN RAKYAT 2017

## WELFARE INDICATORS 2017

ISSN : 0215-4641

No. Publikasi/Publication Number : 07330.1713

Katalog BPS/BPS Catalogue : 4102004

Ukuran Buku/Book Size : 17,6 cm x 25 cm

Jumlah Halaman/Number of Pages : 246 halaman / pages

Naskah/Manuscript :

**Badan Pusat Statistik**

*BPS-StatisticIndonesia*

Penyunting/Editor :

**Subdirektorat Indikator Statistik**

*Sub-directorate of Statistics Indicator*

Gambar Kulit/Cover Design :

**Subdirektorat Indikator Statistik**

*Sub-directorate of Statistics Indicator*

Diterbitkan Oleh/Published by :

© **Badan Pusat Statistik** / *BPS-Statistics Indonesia*

Dicetak Oleh/Printed by :

**Dilarang mengumumkan, mendistribusikan, mengomunikasikan, dan/atau menggandakan sebagian atau seluruh isi buku ini untuk tujuan komersial tanpa izin tertulis dari Badan Pusat Statistik**

*Prohibited to announce, distribute, communicate, and/or copy part of all of this book for commercial purpose without permission from BPS-Statistics Indonesia*

# INDIKATOR KESEJAHTERAAN RAKYAT 2017

## WELFARE INDICATORS 2017

Pengarah/ <i>Director</i>	: Sri Soelistyowati
Penanggung Jawab / <i>Responsible Person</i>	: Sentot Bangun Widoyono
Editor/ <i>Editors</i>	: Ali Said Indah Budiati
Penulis/ <i>Writers</i>	: Indah Budiati Putri Larasaty Nia Setiyawati Aprilia Ira Pratiwi Chairul Anam Adwi Hastuti
Penerjemah/ <i>Translator</i>	: Tigor Nirman Simanjuntak Sri Hartini
Pengolahan Data/ <i>Data Processing</i>	: Riyadi Putri Larasaty
Penyiapan Draft/ <i>Draft Preparation</i>	: Putri Larasaty Chairul Anam Yogi Ariawan
Kontributor Data <i>Data Contributors</i>	: Direktorat Statistik Kesejahteraan Rakyat - BPS <i>Directorate of Social Welfare Statistics - BPS</i>  Direktorat Statistik Kependudukan dan Ketenagakerjaan - BPS <i>Directorate of Population and Employment Statistics - BPS</i>  Direktorat Analisis dan Pengembangan Statistik - BPS <i>Directorate of Statistical Analysis and Development - BPS</i>  Direktorat Ketahanan Sosial - BPS <i>Directorate of Social Resilience - BPS</i>  Direktorat Pengembangan Metodologi Sensus dan Survei - BPS <i>Directorate of Census and Survey Methodology Development - BPS</i>  Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan <i>Ministry of Education and Cultural</i>  Kementerian Kesehatan <i>Ministry of Health</i>

<https://www.bps.go.id>



## KATA PENGANTAR

**INDIKATOR KESEJAHTERAAN RAKYAT 2017** merupakan publikasi tahunan Badan Pusat Statistik (BPS) penerbitan ke-46 yang menyajikan tingkat perkembangan kesejahteraan rakyat Indonesia antar waktu dan perbandingannya antar provinsi maupun daerah tempat tinggal (perkotaan dan perdesaan). Data yang digunakan bersumber dari BPS, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan, dan Kementerian Kesehatan. Data BPS bersumber dari hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas), Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas), Sensus Potensi Desa (Podes), dan Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035.

Publikasi ini menyajikan berbagai aspek kesejahteraan yang datanya tersedia dan terukur. Untuk memudahkan interpretasi, perubahan taraf kesejahteraan dikaji menurut delapan bidang yang mencakup Kependudukan, Kesehatan dan Gizi, Pendidikan, Ketenagakerjaan, Taraf dan Pola Konsumsi, Perumahan dan Lingkungan, Kemiskinan, serta Sosial Lainnya yang menjadi acuan dalam upaya peningkatan kualitas hidup.

Disamping indikator kesejahteraan rakyat yang rutin disajikan, sejak tahun 2015 publikasi ini menambahkan penyajian satu topik khusus. Tahun ini topik publikasi Indikator Kesejahteraan Rakyat 2017 mengambil tema pemerataan pelayanan kesehatan di Indonesia. Topik ini memberikan gambaran tentang pemerataan pelayanan kesehatan yang dilihat dari dua aspek yakni kondisi umum kesehatan dan pemerataan sarana prasarana kesehatan beserta faktor-faktor yang memengaruhi akses pelayanan.

Kami memberikan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang berpartisipasi dalam penyusunan publikasi ini. Akhirnya, kami mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan publikasi serupa di masa mendatang.

Jakarta, November 2017  
Kepala Badan Pusat Statistik



**Dr. Suhariyanto**

## PREFACE

**W**elfare Indicators 2017 is the 46th annual publication of BPS-Statistics Indonesia, presenting the welfare status of Indonesian people, its trend and variation across provinces and urban/rural areas. The data used in this publication are gathered from BPS, Ministry of Education and Culture, and Ministry of Health. However, most of the data are derived from BPS statistical activities such as the National Socio-economic Survey (Susenas), National Labor Force Survey (Sakernas), Village Potential Data Collection (PODES), and Indonesian Population Projection 2010-2035.

This publication provides a number of welfare aspects for which the data are available and measureable. To provide a better interpretation, changes in welfare status are analysed based on eight aspects namely population, health and nutrition, education, employment, consumption level and pattern, housing and environment, poverty, and other social aspects which become the basis for the effort of improving quality of life.

Since 2015 edition, this publication has presented a specific and thematic topic in addition to the regular contents. This year, the publication Social Welfare Indicators 2017 discusses a topic about health services condition in Indonesia. This topic provides general description about equalization of health service analyzed from two aspects namely general condition of health and equalization of health facilities and infrastructures and the factors influencing the access to health service.

To all who contributed in the preparation of this publication, I would like to express my high appreciation and gratitude. Finally, we appreciate any comments on this publication for further improvement in the future for this similar publication.

Jakarta, November 2017  
BPS-Statistics Indonesia



**Dr. Suhariyanto**  
Chief of Statistician

## DAFTAR ISI / CONTENTS

	Halaman Page
Kata Pengantar.....	v
<i>Preface</i> .....	vi
Daftar Isi/ <i>Contents</i> .....	vii
Daftar Tabel/ <i>List of Tables</i> .....	viii
Daftar Gambar/ <i>List of Figures</i> .....	x
Singkatan dan Akronim/ <i>Abbreviation and Acronyms</i> .....	xv
Bab I. Pendahuluan/ <i>Introduction</i> .....	1
1.1. Latar Belakang/ <i>Background</i> .....	3
1.2. Tujuan/ <i>Objective</i> .....	7
1.3. Ruang Lingkup/ <i>Scope</i> .....	8
1.4. Sumber Data/ <i>Sources of Data</i> .....	8
1.5. Sistematika Penulisan/ <i>Writing Organization</i> .....	8
Bab II. Kondisi Umum Kesehatan di Indonesia/ <i>General Health Condition in Indonesia</i> ...	13
2.1. Perkembangan Angka Harapan Hidup/ <i>Trend in Life Expectancy</i> .....	14
2.2. Kesehatan Ibu dan Anak/ <i>Maternal and Child Health</i> .....	25
2.3. Status Gizi di Indonesia/ <i>Nutritional Status in Indonesia</i> .....	37
2.4. Pengendalian Penyakit/ <i>Disease Control</i> .....	49
2.5. Kondisi Kesehatan Lingkungan/ <i>Environmental Health Condition</i> .....	60
Bab III. Pemerataan Sarana dan Prasarana Kesehatan Sebagai Faktor Penunjang Kesehatan Penduduk/ <i>Facilities and Infrastructures Equality as Supporting Factor of Population Health</i> .....	67
3.1. Akses Pelayanan Kesehatan dan Pengguna/ <i>Access to Health Care Services and Users</i> .....	68
3.2. Kepadatan dan Distribusi Tenaga Kesehatan/ <i>Density and Distribution of Health Personnel</i> .....	79
3.3. Kepadatan dan Distribusi Fasilitas Kesehatan/ <i>Density and Distribution of Health Facility</i> .....	94
3.4. Pemerataan Jaminan Kesehatan/ <i>Health Insurance Equality</i> .....	99
3.5. Pemerataan Anggaran Kesehatan/ <i>Health Budget Equality</i> .....	108
Bab IV. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Akses Pelayanan Kesehatan/ <i>Factors Affect to Health Service Access</i> .....	115
4.1. Infrastruktur Sebagai Pembuka Akses Kesehatan/ <i>Infrastructure is an Unlock of Health Access</i> .....	115
4.2. Sarana Transportasi sebagai Penunjang Akses Kesehatan/ <i>Transportation Facilities to Support Health Access</i> .....	121
4.3. Kondisi Geografis Menjadi Faktor Penentu Akses Kesehatan/ <i>Geographical Conditions Become The Determinants of Access to Health</i> .....	122
4.4. Biaya kesehatan sebagai Modal Layanan Kesehatan/ <i>Health Costs as Health Care Capital</i> .....	125
4.5. Sosial Budaya/ <i>Socio-cultural Matter</i> .....	135
Daftar Pustaka/ <i>References</i> .....	143
Perkembangan Kesejahteraan Rakyat/ <i>Trend of Social Welfare</i> .....	147
Lampiran/ <i>Appendix</i> .....	203
Istilah Teknis/ <i>Technical Notes</i> .....	239
Sumber Data/ <i>Data Sources</i> .....	244



## DAFTAR TABEL / LIST OF TABLES

Halaman  
Page

2.1.	Persentase Penduduk yang Mempunyai Keluhan Kesehatan Menurut Provinsi, Tipe Daerah, dan Jenis Kelamin Tahun 2016/ <i>Percentage of Population who Had Health Complaints by Province, Urban-Rural Comparison, and Sex, 2016</i> .....	21
2.2.	Angka Kesakitan di Indonesia Menurut Provinsi dan Jenis Kelamin Tahun 2016/ <i>Morbidity Rate in Indonesia by Province and Sex in 2016</i> .....	23
2.3.	Rata-rata Lama Sakit (Hari) yang Diderita Penduduk Menurut Provinsi, Tipe Daerah, dan Jenis Kelamin 2016/ <i>Average Day of Illness of Population by Province, Urban-Rural Areas, and Sex 2016</i> .....	24
2.4.	Persentase Penduduk Umur 0-59 Bulan (Balita) yang Mendapat Imunisasi Lengkap Menurut Provinsi, Daerah Tempat Tinggal, dan Jenis Kelamin, 2016/ <i>Percentage of Population Aged 0-59 Months (Children Under Five) Received Complete Basic Immunization by Province, Urban-Rural Comparison, and Sex, 2016</i> .....	36
2.5.	Persentase Bayi Usia 0-5 Bulan yang Diberi ASI Eksklusif Menurut Provinsi dan Tipe Daerah, 2015-2016/ <i>Percentage Infants Aged 0-5 Months Received Breastfeeding by Province and Urban-Rural Comparison, 2015-2016</i> .....	47
2.6.	Estimasi Penderita Penyakit Jantung Koroner Umur $\geq$ 15 Tahun, 2013/ <i>Estimated Patients with Coronary Heart Disease Aged 15 and Over, 2013</i> .....	56
2.7.	Estimasi Penderita Penyakit Stroke Umur $\geq$ 15 Tahun, 2013/ <i>Estimated Patients with Stroke Disease Aged 15 and Over, 2013</i> .....	58
3.1.	Persentase Penduduk yang Sakit tetapi Tidak Berobat Jalan dalam Sebulan Terakhir Menurut Klasifikasi Wilayah dan Alasan Utama Tidak Berobat Jalan, 2016/ <i>Percentage of Population Who Had Health Complaints without Seeking Medical Treatment in Previous Month by Urban-Rural Comparison and Main Reason, 2016</i> ...	70
3.2.	Persentase Desa yang Memiliki Sarana Kesehatan Menurut Jenis Sarana Kesehatan dan Provinsi, 2014/ <i>Percentage of Villages with Health Facilities by Type of Health Facility and Province, 2014</i> .....	95
3.3.	Alokasi dan Distribusi Dana Alokasi Khusus (DAK) Kesehatan Menurut Provinsi, 2016/ <i>Allocation and Distribution of Special Allocation Fund for Health by Province, 2016</i> .....	110
4.1.	Indeks Kesulitan Geografis (IKG) Desa Menurut Provinsi, 2014/ <i>Village Geographic Difficulties Index (IKG) by Province, 2014</i> .....	124
4.2.	Banyaknya Desa <sup>1</sup> /Kelurahan Menurut Lokasi Desa Terhadap Hutan Dan Keberadaan Hutan Mangrove, 2014/ <i>Number of Villages<sup>1</sup> / Kelurahan by Village Location Against Forests And Mangrove</i> .....	125

4.3.	Sumber Biaya Dan Rata-Rata Biaya Transportasi yang Dikeluarkan Penduduk Untuk Berobat Jalan dan Rawat Inap yang Terakhir Menurut Jenis Biaya Dan Tipe Daerah, 2016/ <i>Source of Costs Budget and Average Transportation Costs Incurred for Outpatient Treatment and Inpatient Treatment by Type of Cost and Urban-Rural Comparison, 2016</i> .....	130
4.4.	Rata-rata Biaya Transportasi Pulang Pergi dari Rumah ke Fasilitas Berobat Jalan yang Terakhir Menurut Provinsi dan Tipe Daerah, 2016/ <i>Average Cost of Transportation from Home to Last Outpatient Treatment Facility by Province and Urban-Rural Comparison, 2016</i> .....	132
4.5.	Rata-rata Biaya Transportasi dari Rumah ke Tempat Rawat Inap yang Terakhir untuk Satu Kali Jalan Menurut dan Tipe Daerah, 2016/ <i>Average Cost of Transportation from Home to Last Inpatient Treatment Facility by Province and Urban-Rural Comparison, 2016</i> .....	133

<https://www.bps.go.id>

## DAFTAR GAMBAR / LIST OF FIGURE

Halaman  
Page

2.1.	Analisis Derajat Kesehatan Hendrik L.Blum/ <i>Health Degree Analysis by Hendrik L.Blum</i> .....	13
2.2.	Angka Harapan Hidup Menurut Jenis Kelamin, 2012-2016/ <i>Life Expectancy by Sex, 2012-2016</i> .....	16
2.3.	Angka Harapan Hidup Saat Lahir (Tahun) Menurut Provinsi, 2016/ <i>Life Expectancy At Birth (Years) by Province, 2016</i> .....	19
2.4.	Angka Kematian Neonatal dan Angka Kematian Bayi (per 1.000 Kelahiran Hidup) Selama Periode 10 Tahun Terakhir Sebelum Survei di Indonesia, 2012/ <i>Neonatal Mortality and Infant Mortality Rate (per 1.000 Livebirths) During Last 10 Years Prior to the IDHS, 2012</i> .....	26
2.5.	Hubungan Angka Harapan Hidup dan Angka Kematian Bayi, 2012/ <i>Relationship Between Life Expectancy and Infant Mortality Rate, 2012</i> .....	28
2.6.	Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia/ <i>Maternal Mortality Rate in Indonesia</i> .....	29
2.7.	Persentase Ibu Melahirkan dengan Penolong Persalinan Tenaga Kesehatan Menurut Provinsi dan Tipe Daerah Tahun 2016/ <i>Percentage of Mothers Giving Child Birth Assisted by Health Workers by Province and Urban-Rural Comparison, 2016</i> .....	31
2.8.	Hubungan Angka Harapan Hidup dan Persentase Ibu Melahirkan dengan Penolong Persalinan Tenaga Kesehatan, 2016/ <i>Relationship of Life Expectancy and Percentage of Mothers Giving Birth Attended by Health Personnel, 2016</i> .....	32
2.9.	Persentase Ibu yang Melahirkan Anak Lahir Hidup Dalam Dua Tahun Terakhir di Tempat Pelayanan Kesehatan Menurut Provinsi, 2016/ <i>Percentage of Mothers Within the Last Two Years in Health Care Facilities by Province, 2016</i> .....	33
2.10.	Persentase Ibu yang Melahirkan Anak Lahir Hidup dalam Dua Tahun Terakhir Menurut Tipe Daerah dan Tempat Melahirkan, 2016/ <i>Percentage of Mothers With Live Birth Within Last Two Years by Urban-Rural Comparison, and Place of Birth Delivery, 2016</i> .....	34
2.11.	Hubungan Angka Harapan Hidup dan Persentase Ibu Melahirkan di Tempat Pelayanan Kesehatan, 2016/ <i>Relationship Between Life Expectancy and Percentage Mother Giving Birth in Health Care Unit, 2016</i> .....	35
2.12.	Persentase Balita Usia 0-59 Bulan Menurut Status Gizi Dengan Indeks BB/U/ <i>Percentage of Children Under Five by Nutritional Status of Weight-For-Age Index, 2016</i> .....	40
2.13.	Hubungan Angka Harapan Hidup dengan Persentase Balita/ <i>Relationship Between Life Expectancy and Percentage of Underweight Children Under Five</i> .....	41
2.14.	Persentase Balita Usia 0-23 Bulan Menurut Status Gizi Dengan Indeks TB/U, 2015/ 2016/ <i>Percentage of Children Under Five Aged 0-23 Months by Nutritional Status of Height to Age Index, 2016</i> .....	42

2.15.	Persentase Balita Usia 0-59 Bulan Menurut Status Gizi Dengan Indeks TB/U/ <i>Percentage of Children Under Five by Nutritional Status of Height to Age Index, 2016</i> .....	43
2.16.	Persentase Balita Usia 0-23 Bulan Menurut Status Gizi Dengan Indeks BB/TB, 2016 / <i>Percentage of Children Under Two by Nutritional Status of Weight to Height, 2016</i> ....	43
2.17.	Persentase Balita Usia 0-59 Bulan Menurut Status Gizi Dengan Indeks BB/TB, 2016 / <i>Percentage of Children Under Two by Nutritional Status of Weight to Height Index, 2016</i> .....	44
2.18.	Case Notification Rate (CNR) Semua Kasus Tuberkulosis, 2016, 2015/2016 / <i>Case Notification Rate (CNR) of Tuberculosis Cases, 2016</i> .....	50
2.19.	Annual Paracite Incidence (API) per 1.000 Penduduk, 2016/ <i>Annual Paracite Incidence (API) per 1,000 Population, 2016</i> .....	52
2.20.	Jumlah Kasus Baru HIV dan AIDS di Indonesia, 2016/ <i>Number of New HIV and AIDS Cases in Indonesia, 2016</i> .....	53
2.21.	Status Gizi Penduduk Dewasa Umur > 18 Tahun Berdasarkan IMT, 2016/ <i>Nutritional Status of Adult Aged &gt; 18 Years By BMI, 2016</i> .....	59
2.22.	Persentase Rumah Tangga dengan Sumber Air Minum Bersih, 2016/ <i>Percentage of Households with Source of Clean Drink Water, 2016</i> .....	61
2.23.	Hubungan Persentase Rumah Tangga dengan Sumber Air Minum Bersih dengan Persentase Balita Stunting/ <i>Relationship Between Households with Clean Drinking Water Sources and Percentage of Stunting Children under Five</i> .....	62
2.24.	Persentase Rumah Tangga dengan Jamban Milik Sendiri yang Dilengkapi Tangki Septik, 2016/ <i>Percentage of Households Having Own Toilet with Septic Tank, 2016</i> ..	63
3.1.	Persentase Penduduk yang Berobat Jalan dalam Sebulan Terakhir menurut Provinsi, 2016/ <i>Percentage of Population Treated Outpatients in Previous Month by Province, 2016</i> .....	69
3.2.	Hubungan Antara Persentase Penduduk yang Berobat Jalan dan Angka Harapan Hidup (AHH) Menurut Provinsi, 2016/ <i>Relationship Between Percentage of Population Treated Outpatients and Life Expectancy, 2016</i> .....	71
3.3.	Persentase Penduduk yang Sakit tetapi Tidak Berobat Jalan dalam Sebulan Terakhir Menurut Provinsi dan Alasan Utama Tidak Berobat Jalan, 2016/ <i>Percentage of Population Who Had Health Complaints without Seeking Medical Treatment by Province and Main Reason, 2016</i> .....	72
3.4.	Persentase Penduduk yang Sakit tetapi Tidak Berobat Jalan dalam Sebulan Terakhir Menurut Provinsi dan Alasan Utama yang berkaitan dengan Kualitas dan Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan, 2016/ <i>Percentage of Population Who Had Health Complaints without Seeking Medical Treatment by Province and the Reasons Related to Quality and Affordability of Health Care Service, 2016</i> .....	73
3.5.	Penduduk yang Berobat Jalan di Rumah Sakit Selama Sebulan Yang Lalu, 2016/ <i>Population Treated Outpatient in Hospital during Previous Month, 2016</i> .....	76

3.6.	Penduduk yang Berobat Jalan di Praktek Dokter/Bidan/Klinik/Praktek Dokter Bersama Selama Sebulan Yang Lalu, 2016/ <i>Population Treated Outpatient in Practitioner Doctor/Midwives/Clinics/Practitioner Doctor Center during Previous Month, 2016</i> .....	76
3.7.	Penduduk yang Berobat Jalan di Puskesmas/Pusekesmas Pembantu (Pustu) Selama Sebulan Yang Lalu, 2016/ <i>Population Treated Outpatient in Health Center/ Subsidiary Health Center during Previous Month, 2016</i> .....	77
3.8.	Penduduk yang Berobat Jalan di Praktek Pengobatan Tradisional Selama Sebulan yang Lalu, 2016/ <i>Population Treated Outpatient in Traditional Healer during Previous Month, 2016</i> .....	78
3.9.	Rasio Dokter Terhadap 100.000 Penduduk Menurut Provinsi, 2016/ <i>Doctor to 100,000 Population Ratio by Province, 2016</i> .....	81
3.10.	Hubungan antara Rasio Dokter dan Persentase Balita Stunting Menurut Provinsi, 2016/ <i>Relationship Between Doctor Rasio and Percentage of Stunting Children under Five</i> .....	83
3.11.	Rasio Dokter Gigi Terhadap 100.000 Penduduk Menurut Provinsi, 2016/ <i>Dentist to 100,000 Population Ratio by Province, 2016</i> .....	84
3.12.	Rasio Perawat Terhadap 100.000 Penduduk Menurut Provinsi, 2016/ <i>Nurses to 100,000 Population Ratio by Province, 2016</i> .....	85
3.13.	Rasio Bidan Terhadap 100.000 Penduduk Menurut Provinsi, 2016/ <i>Midwives to 100,000 Population Ratio by Province, 2016</i> .....	86
3.14.	Hubungan Antara Rasio Tenaga Kesehatan per 100.000 Penduduk dan Angka Kesakitan Menurut Provinsi, 2016/ <i>Relationship Between Health Worker to 100,000 Population Ratio and Morbidity Rate by Province, 2016</i> .....	87
3.15.	Hubungan Antara Rasio Tenaga Kesehatan per 100.000 Penduduk dan Persentase Baduta Gizi Buruk dan Gizi Kurang Menurut Provinsi, 2016/ <i>Relationship Between Health Worker to 100,000 Population Ratio and Percentage of Children Under Five with Malnutrition and Nutrition Less</i> .....	87
3.16.	Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Tenaga Kesehatan Menurut Jenis Tenaga Kesehatan dan Regional di Indonesia, 2016/ <i>Percentage of Health Center with Adequate Health Workers by Type of Health Worker and Region in Indonesia, 2016</i> .....	89
3.17.	Persentase Puskesmas yang Kekurangan Dokter Menurut Provinsi, 2016/ <i>Percentage of Puskesmas With Shortage of Doctors by Province, 2016</i> .....	90
3.18.	Persentase Puskesmas yang Kekurangan Dokter Gigi Menurut Provinsi, 2016/ <i>Percentage of Puskesmas With Shortage of Dentist by Province, 2016</i> .....	91
3.19.	Persentase Puskesmas yang Kekurangan Perawat Menurut Provinsi, 2016/ <i>Percentage of Puskesmas with Shortage of Nurses by Province, 2016</i> .....	92
3.20.	Persentase Puskesmas yang Kekurangan Bidan Menurut Provinsi, 2016/ <i>Percentage of Puskesmas with Shortage of Midwives by Province, 2016</i> .....	93

3.21.	Rasio Puskesmas dan Rasio Tempat Tidur di Rumah Sakit Menurut Provinsi, 2016/ <i>Public Health Center Ratio and Hospital Bed Ratio by Province, 2016</i> .....	97
3.22.	Hubungan Antara Rasio Puskesmas per Kecamatan dan Persentase Penduduk yang Berobat Jalan, 2016/ <i>Relationship Between Puskesmas to Distric Ratio and Percentage of Population Treated Outpatients</i> .....	99
3.23.	Persentase Penduduk yang Memiliki Jaminan Kesehatan Menurut Provinsi, 2016/ <i>Percentage of Population Registered as National Health Insurance Participants by Province, 2016</i> .....	102
3.24.	Persentase Penduduk Indonesia Menurut Kepemilikan Jenis Jaminan Kesehatan, 2016/ <i>Percentage of Population in Indonesia by Ownership of Health Insurance, 2016</i> .....	103
3.25.	Persentase Penduduk yang Memiliki BPJS Kesehatan Menurut Provinsi, 2016/ <i>Percentage of Population Registered as National Health Insurance Participants, 2016</i> .....	104
3.26.	Persentase Penduduk yang Memiliki Jamkesmas/PBI Menurut Provinsi, 2016/ <i>Percentage of Population Registered as Community Health Protection Scheme Participants, 2016</i> .....	105
3.27.	Persentase Penduduk yang Memiliki Jamkesda Menurut Provinsi, 2016/ <i>Percentage of Population Registered as Regional Health Insurance Participants, 2016</i> .....	106
3.28.	Persentase Penduduk yang Menggunakan Jaminan Kesehatan untuk Berobat Jalan dalam Sebulan Terakhir menurut Provinsi, 2016/ <i>Percentage of Population Using Health Insurance for Outpatient Treatment During Previous Month by Province, 2016</i> .....	107
4.1.	Persentase Desa <sup>1</sup> /Kelurahan Menurut Jenis Prasarana Transportasi, 2014/ <i>Percentage of Village<sup>1</sup> / Kelurahan by Type of Infrastructure Transportation, 2014</i> .....	117
4.2.	Hubungan Antara Penduduk yang Berobat Jalan Sebulan Terakhir dengan Desa dengan Jenis Prasarana Transportasi Darat, 2014/ <i>PBI Menurut Provinsi, 2016/ Relationship between the Population Who Got Medical Treatment in The Last Month of the Reference Survey Linking to the Village and the Type of Its' Land Transport Infrastructure 2014</i> .....	117
4.3.	Persentase Desa <sup>1</sup> /Kelurahan yang Menggunakan Prasarana Transportasi Darat Menurut Jenis Permukaan Jalan Terluas, 2014/ <i>Percentage of Villages<sup>1</sup>/Kelahans by Using Land Transportation Infrastructure by Type of Surface of the Largest Road, 2014</i> .....	118
4.4.	Hubungan Antara Penduduk yang Berobat Jalan Sebulan Terakhir dan Desa yang Memiliki Permukaan Jalan Terluas Aspal/Beton, 2014/ <i>Relationship between the Population Who Got Medical Treatment in The Last Month of the Reference Survey Linking to the Village of Which has the widest aspect of asphalt concrete road ,2014</i>	118

4.5.	Persentase Desa <sup>1</sup> /Kelurahan Yang Menggunakan Prasarana Transportasi Darat Menurut Keberadaan Jalan Yang Dapat Dilalui Kendaraan Roda Empat, 2014/ <i>Percentage of Villages<sup>1</sup> / Kelurahan Using Land Transport Infrastructure by the Existence of Road - Four Wheel Drive Vehicles, 2014</i> .....	119
4.6.	Hubungan Antara Penduduk Yang Berobat Jalan Sebulan Terakhir dan Desa dengan Jalan Yang Dapat Diakses Sepanjang Tahun, 2014/ <i>Relationship Between the Population Who Had Medical Treatment in the Last Month's of Reference Survey by Village With Its Road Accessible Throughout the Year, 2014</i> .....	120
4.7.	Persentase Desa <sup>1</sup> /Kelurahan Menurut Ketersediaan Angkutan Umum, 2014/ <i>Percentage of Village<sup>1</sup> / Kelurahan by Availability of Public Transport, 2014</i> .....	122
4.8.	Persentase Desa <sup>1</sup> /Kelurahan Menurut Topografi Wilayah, 2014/ <i>Percentage of Villages<sup>1</sup>/Kelurahan by Topographic Area, 2014</i> .....	126
4.9.	Banyaknya Desa <sup>1</sup> /Kelurahan Menurut Lokasi Desa Terhadap Laut/ <i>Number of Villages<sup>1</sup> / Kelurahan by Village Location Against the Sea, 2014</i> .....	127
4.10.	Hubungan Antara Penduduk Yang Berobat Jalan Sebulan Terakhir dan Indeks Kesulitan Geografis, 2014/PBI Menurut Provinsi, 2016/ <i>Relationship Between the Population of outpatient last month and Geographic Difficulties Index, 2014</i> .....	128
4.11.	Rata-Rata Biaya Yang Dikeluarkan Penduduk Untuk Berobat Jalan yang Terakhir Menurut Tipe Daerah Dan Jenis Biaya, 2016/ <i>Average Costs Incurred by the Population for Previous Outpatient Treatment By Urban-Rural Comparison and Type Of Cost, 2016</i> .....	131
4.12.	Rata-Rata Biaya Yang Dikeluarkan Penduduk Untuk Rawat Inap yang Terakhir Menurut Tipe Daerah Dan Jenis Biaya, 2016/ <i>Average Cost Incurred by the Population Previous Inpatient Treatment By Urban-Rural Comparison and Type Of Cost, 2016</i> .....	131
4.13.	Rata-rata Biaya untuk Membeli Obat Terakhir yang Dikeluarkan oleh Penduduk yang Mengobati Sendiri Menurut Jenis Obat dan Tipe Daerah, 2016/ <i>Average Cost Incurred by Population to Purchase Previous Medicine for Self-Treatment by Type of Medicine and Urban Rural Comparison, 2016</i> .....	134
4.14.	Persentase Ibu Melahirkan dengan Penolong Persalinan Dukun Beranak/Paraji Menurut Provinsi, 2016/ <i>Percentage of Maternal Births Assisted by Traditional Birth Attendant by Province, 2016</i> .....	139



## SINGKATAN DAN AKRONIM / ABBREVIATION AND ACRONYMS

AHH	Angka Harapan Hidup/ <i>Life Expectancy</i>
AKB/IMR	Angka Kematian Bayi/ <i>Infant Mortality Rate</i>
API	<i>Annual Paracite Incidence</i>
APM/NER	Angka Partisipasi Murni/ <i>Net Enrollment Ratio</i>
APS/SER	Angka Partisipasi Sekolah/ <i>School Enrollment Ratio</i>
Asabri	Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia/ <i>Armed Forces Social Security of the Republic of Indonesia</i>
ASI	Air Susu Ibu/ <i>Breast Feeding</i>
Askes	Asuransi Kesehatan/ <i>Health Insurance</i>
BBLR	Berat Badan Lahir Rendah/ <i>Low Weight at Birth</i>
BB/TB	Berat Badan Menurut Tinggi Badan/ <i>Weight in line with High</i>
BB/U	Berat Badan Menurut Umur/ <i>Weight by Age</i>
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial/ <i>Social Security Administrative Body</i>
BPS	Badan Pusat Statistik/ <i>Statistics - Indonesia</i>
CDR	<i>Case Detection Rate</i>
CNR	<i>Case Notification Rate</i>
DAK	Dana Alokasi Khusus/ <i>Special Allocation Fund</i>
DTPK	Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan Kepulauan/ <i>Less developed, Borders Line, and Islands Areas</i>
IKG	Indeks Kesulitan Geografis/ <i>Geographical Difficulty Index</i>
IPM	Indeks Pembangunan Manusia/ <i>Human Development Index</i>
Jamkesda	Jaminan Kesehatan Daerah/ <i>Local Health Insurance</i>
Jamkesmas	Jaminan Kesehatan Masyarakat/ <i>Community Health Insurance</i>
Jamsostek	Jaminan Sosial Tenaga Kerja/ <i>Social Security Workforce</i>
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional/ <i>National Health Insurance</i>
KB	Keluarga Berencana/ <i>Family Planning</i>
KLB	Kejadian Luar Biasa/ <i>Outbreaks of Extraordinary Events</i>

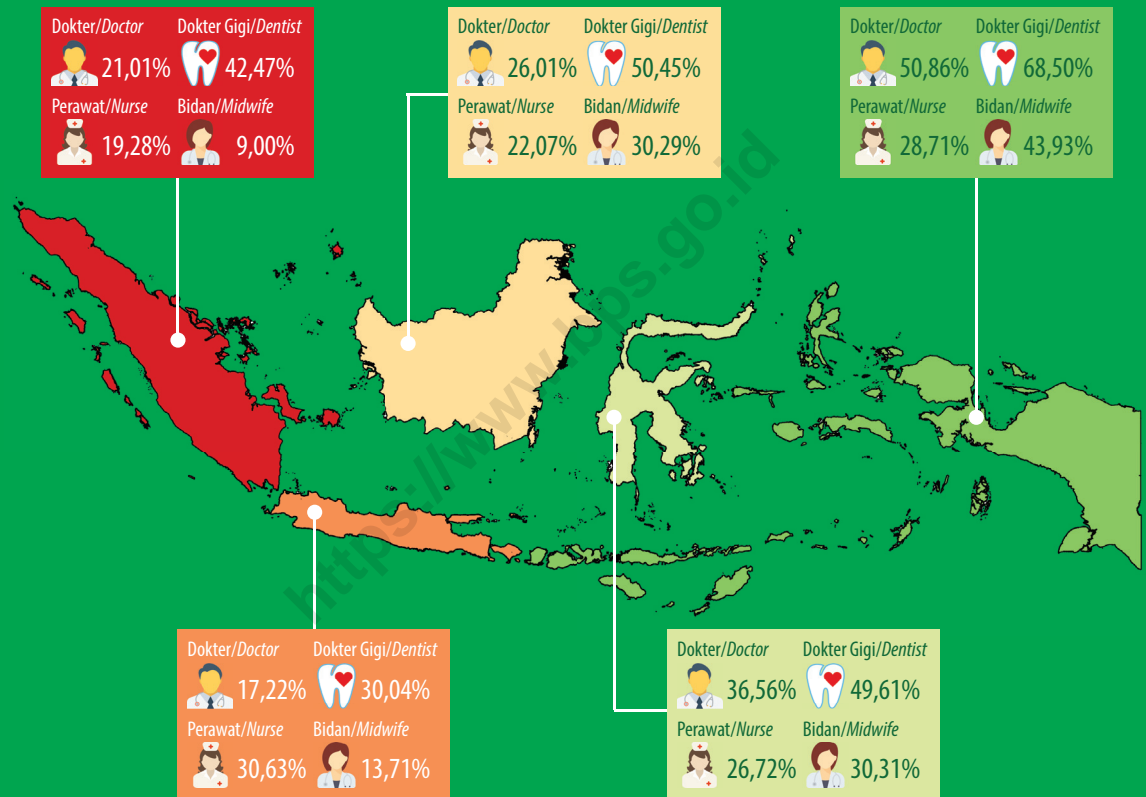


PBI	Penerima Bantuan Iuran/ <i>Beneficiaries of JKN</i>
Polindes	Pondok Bersalin Desa/ <i>Maternity Village- Services Centre</i>
Poskesdes	Pos Kesehatan Desa/ <i>Health Village- Services Centre</i>
PSG	Pemantauan Status Gizi/ <i>Nutrition Status Monitoring</i>
PTM	Penyakit Tidak Menular/ <i>Non Communicable Diseases</i>
Puskesmas	Pusat Kesehatan Masyarakat/ <i>Community Health Centre</i>
Pustu	Puskesmas Pembantu/ <i>Sub-Community Health Centre</i>
Renstra	Rencana Strategis/ <i>Strategic Plan</i>
RPJMN	Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional/ <i>National Medium-Term Development Plan</i>
Sakernas	Survei Angkatan Kerja Nasional/ <i>National Labour Force Survey</i>
SDGs	<i>Sustainable Development Goals</i>
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia/ <i>Indonesian Demographic and Health Survey</i>
SD/PS	Sekolah Dasar/ <i>Primary School</i>
SM/SHS	Sekolah Menengah/ <i>Senior High School</i>
SMP/JHS	Sekolah Menengah Pertama/ <i>Junior High School</i>
SP	Sensus Penduduk/ <i>Population Census</i>
SUPAS	Survei Penduduk Antar Sensus/ <i>Intercensal Population Survey</i>
Susenas	Survei Sosial Ekonomi Nasional/ <i>National Socio Economic Survey</i>
TB	Tuberkulosis/ <i>Tuberculosis</i>
TB/U	Tinggi Badan Menurut Umur/ <i>Height by Age</i>
TFR	<i>Total Fertility Rate</i> (Angka Fertilitas Total)
TPAK/LFPR	Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja/ <i>Labour Force Participation Rate</i>
TPT/OUR	Tingkat Pengangguran Terbuka/ <i>Open Unemployment Rate</i>
TPB	Tujuan Pembangunan Berkelanjutan/ <i>Sustainable Development Goal</i>

# Tenaga Kesehatan yang Memadai Mendukung Capaian Kesehatan Masyarakat

## Adequate Health Personnel Supporting Public Health Performance

Persentase Puskesmas yang Kekurangan Tenaga Kesehatan Menurut Pulau  
Percentage of Puskesmas with Health Workers Inadequacy by Island



Angka Harapan Hidup (tahun)/Life Expectancy Rate (years), 2016

### 5 Provinsi Tertinggi Highest Provinces

1. DI Yogyakarta	74,71
2. Jawa Tengah	74,02
3. Kalimantan Timur	73,68
4. DKI Jakarta	72,49
5. Jawa Barat	72,44

### 5 Provinsi Terendah Lowest Provinces

1. Sulawesi Barat	64,31
2. Papua	65,12
3. Papua Barat	65,30
4. Maluku	65,35
5. Nusa Tenggara Barat	65,48



**BAB**  
**CHAPTER**

**1**

**PENDAHULUAN**

**INTRODUCTION**

<https://www.bps.go.id>



## 1.1. LATAR BELAKANG

Seluruh warga negara di Republik Indonesia mempunyai hak yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, sebagaimana yang dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Republik Indonesia tahun 1945 bahwa kesehatan merupakan hak azasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia. Hal tersebut selain dijelaskan dalam Undang-Undang Dasar tahun 1945 juga dipaparkan pada Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2009. Pada UU RI No. 36 tahun 2009 juga dituliskan secara rinci dan lengkap tentang pengertian tenaga kesehatan, tanggung jawab pemerintah dalam penyediaan dan pemerataan tenaga kesehatan, serta upaya pengawasan maupun pembinaan atas hal tersebut.

Pembangunan di bidang kesehatan pada dasarnya adalah upaya yang dilakukan oleh pemerintah dan seluruh masyarakat Indonesia untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sehingga akan menghasilkan sumber daya manusia yang produktif. Sebab salah satu komponen penting terkait sumber daya manusia adalah modal manusia. Modal manusia merupakan terminologi yang mengacu kepada pengembangan kapasitas manusia di bidang pendidikan, kesehatan, dan pengembangan potensi lainnya untuk meningkatkan produktivitas. Upaya tersebut akan terwujud jika ada kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat pada setiap orang.

Keberhasilan pembangunan suatu bangsa ditentukan oleh ketersediaan sumberdaya manusia (SDM) yang berkualitas, yaitu SDM yang memiliki fisik yang tangguh, mental yang kuat, kesehatan yang prima, serta cerdas. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk memberikan kesempatan yang seluas-luasnya bagi masyarakat untuk memperoleh derajat kesehatan yang optimal. Penyelenggaraan upaya pembangunan

## 1.1 BACKGROUND

*All citizens of the Republic of Indonesia have equal rights to obtain health services, as defined in Pancasila and the 1945 Constitution of the Republic of Indonesia that health is a human right and one of the elements of welfare that must be realized in accordance with the ideals of the Indonesian. This is explained not only in the Constitution of 1945 but also in the Law no. 36 of 2009. The Law No. 36 of 2009 also states in detail and complete about the definition of health personnel, the responsibility of government in the role of provision and distribution of health personnel, as well as efforts to supervise and monitor them.*

*Development in the health sector is basically an effort undertaken by the government and all Indonesian population to realize the highest degree of public health, so that will produce productive human resource because one of the important components related to human resources is human capital. Human capital is a term that refers to the development of human capacity in education, health, and other potential development to increase productivity. The effort will be realized if there is awareness, willingness, and ability to live healthy to everyone.*

*The success of development of a nation is determined by the availability of qualified human resources (HR) quality that is featured by strong physics, strong mental, excellent health, and good intelligence. Health development aims to provide the widest possible opportunity for the public to obtain an optimal health degree. Implementation of health development efforts and resources is part of the responsibility of government and*

kesehatan dan sumber dayanya merupakan bagian tanggung jawab pemerintah dan masyarakat, yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan akan kesehatan dan agar semua penduduk mampu hidup sehat sehingga dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal dan dilakukan secara terpadu serta berkesinambungan untuk dapat mencapai hasil yang ditentukan

Renstra Kementerian Kesehatan periode 2015-2019 menekankan Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Hal ini sesuai dengan Agenda Pembangunan Nasional (Nawa Cita) ke 5 "Meningkatkan Kualitas Hidup Manusia Indonesia" dengan sub agenda ketiganya yaitu Pelaksanaan Program Indonesia Sehat. Hal ini menunjukkan bahwa pemerintah memiliki komitmen untuk pembangunan manusia, agar peringkat pembangunan manusia Indonesia meningkat. Renstra tersebut juga untuk merealisasikan sasaran pokok RPJMN 2015-2019 di bidang kesehatan yang mencakup: (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak; (2) meningkatnya pengendalian penyakit; (3) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan; (4) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN Kesehatan, (5) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin; serta (6) meningkatkan responsivitas sistem kesehatan.

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional: 1) pilar paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif preventif dan pemberdayaan masyarakat; 2) penguatan pelayanan

*society, which is intended to meet the needs for health and that all residents are able to live healthy so as to realize the optimal health status of society which is implemented in an integrated and sustainable to achieve the expected results.*

*The Strategic Plans 2015-2019 of the Ministry of Health emphasize Healthy Indonesia Program with the goal of improving health status and nutritional status of the community through health efforts and community empowerment supported by financial protection and equal distribution of health services. This is in accordance with the fifth National Development Agenda (the Nawa Cita) "Improving the Quality of Human Life of Indonesia" with the third sub-agenda of the Implementation of Healthy Indonesia Program. This is obvious that the government has a commitment to human development, so that human development of Indonesia will increase. The strategic plan also state the commitment of the ministry to realize the main objectives of the RPJMN 2015-2019 in the health sector including: (1) improvement of maternal and child health and nutritional status; (2) increase in disease control; (3) increase in access and quality of basic health care and referral services especially in remote, underdeveloped and border areas; (4) improvement of coverage of universal health services through Healthy Indonesia Card program and quality of the National Social Security System management, (5) fulfillment of the need for health personnel, medicines and vaccines; and (6) improvement of the responsiveness of the health system.*

*Healthy Indonesia Program is implemented by 3 main pillars which are healthy paradigm, strengthening health service, and national health insurance: 1) healthy paradigm pillar is undertaken with health mainstreaming strategy in development, strengthening preventive*

kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan continuum of care dan intervensi berbasis risiko kesehatan; 3) sementara itu jaminan kesehatan nasional dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan benefit serta kendali mutu dan kendali biaya.

Hingga kini masih terdapat masalah kesenjangan pada pemenuhan jumlah tenaga kesehatan di negara ini, yaitu antara daerah-daerah terpencil dengan kota-kota besar. Terutama pada daerah-daerah yang masih tertinggal sarana dan prasarana infrastrukturnya, baik transportasi dan komunikasi. Dengan adanya masalah-masalah tersebut, sampai sekarang masih banyak tenaga kesehatan seperti dokter dan perawat yang enggan ditugaskan atau mengajukan diri untuk melaksanakan pelayanan kesehatan di daerah-daerah yang termasuk pada kategori tersebut.

Ada beberapa cara yang dapat diupayakan agar pemerataan kebutuhan tenaga kesehatan di seluruh daerah dapat tercapai, diantaranya yaitu mengutamakan putra dan putri daerah yang mempunyai kemampuan dan kompetensi yang dibutuhkan. Cara yang lain adalah dengan meningkatkan kesejahteraan bagi para tenaga kesehatan yang akan ditugaskan seperti halnya memberikan tunjangan kesejahteraan yang disesuaikan dengan standar taraf hidup di wilayahnya, lalu yang sangat penting yaitu mulai secara bertahap untuk memperbaiki sarana dan prasarana khususnya pada infrastruktur seperti jalan penghubung darat yang baik, pendukung komunikasi seperti tersedianya pemancar sinyal pesawat komunikasi yang memadai, penyediaan listrik sampai dengan daerah-daerah terpencil, sehingga ada daya tarik bagi para tenaga kesehatan yang akan ditempatkan atau mengajukan diri. Dengan cara-cara tersebut diharapkan masalah kesenjangan pemenuhan jumlah tenaga kesehatan di negara ini dapat diatasi,

*promotion and community empowerment; 2) the strengthening of health services is carried out with strategies to improve access to health services, optimization of health referral systems and improvement of health service quality, using a continuum of care approach and health risk based interventions; 3) national health insurance is carried out with a strategy of expanding targets and benefits as well as quality control and cost control.*

*To date there is a problem of gaps in the fulfillment of the number of health workers in this country, particularly between remote areas and large cities. Especially, in areas that are still lack of infrastructure and infrastructure facilities, both transportation and communication. Given these problems, there are still many health professionals such as doctors and nurses who are reluctant to be assigned or volunteered to perform health services in areas that fall under that category.*

*There are several ways that can be strived to equalize the allocation of health personnel throughout all regions, including the priority of local children who have the skills and competencies required to be health personnel. Another way is to improve the welfare of health workers who will be assigned as well as providing welfare benefits that are adjusted to the standard of living in the area where they will serve, then the most important is to improve supporting facilities and infrastructure, especially on infrastructure such as a passable connecting road, adequate communications signal transmitters, the supply of electricity to remote areas etc. Therefore the facilities and infrastructures will be an appeal for health workers to be placed or volunteered in such areas. So, it is expected that the problem of the gap in the fulfillment of the number of health workers in this country can be overcome, so that all people in Indonesia can get standard health services without any problems especially related to the provision of health workers.*



sehingga seluruh masyarakat di Indonesia bisa mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai standar tanpa ada masalah terutama terkait dengan penyediaan tenaga kesehatan.

Dalam hal akses dan mutu pelayanan kesehatan, pemerintah berusaha meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan akses masyarakat kepada fasilitas pelayanan kesehatan. Salah satu upaya yang dilakukan adalah peningkatan pelayanan puskesmas sesuai standar, melalui pembangunan puskesmas dan peningkatan sarana, prasarana, dan alat puskesmas yang ada sehingga mampu menjadi puskesmas rawat inap. Disamping itu, Kementerian Kesehatan juga terus menguatkan pelayanan kesehatan di Daerah Tertinggal, Perbatasan, dan kepulauan (DTPK). Pemerataan akses pelayanan kesehatan juga dilakukan dengan menempatkan tim tenaga medis di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan, serta di Daerah Bermasalah Kesehatan. Tim tenaga medis ini disebut sebagai Tim Nusantara Sehat. Selanjutnya terkait dengan upaya pemerintah dalam pengendalian penyakit, pemerintah melakukan program imunisasi bayi, seperti imunisasi tuberculosis, polio, campak, difteri, tetanus, pertussis dan hepatitis B. Pemerintah secara khusus juga menyelenggarakan program untuk masyarakat kurang mampu melalui pemberdayaan sosial, penanggulangan kemiskinan serta Program Perlindungan dan Jaminan Sosial.

Pada tahun 2017-2018 ini, pemerintah akan berkonsentrasi pada program pemerataan. Targetnya adalah menurunkan angka kesenjangan baik kesenjangan antar wilayah maupun angka kesenjangan kaya dan miskin. Berdasarkan kebijakan pemerintah tersebut maka tema inkesra tahun 2017 adalah pemerataan di bidang kesehatan, terutama masalah akses sarana dan prasarana kesehatan. Pemerataan akan mengarah pada pengurangan kesenjangan antar wilayah (Kota-Desa dan provinsi), jenis kelamin, serta quintil.

*In terms of access and quality of health services, the government seeks to improve the quality of health services and public access to health care facilities. One of the efforts made is the improvement of the Public Health Center according to the standard, through the development of and improvement of facilities, infrastructure, and tools of the health service unit, even make inpatient facilities available in the Public Health Center. In addition, the Ministry of Health also continues to strengthen health services in Disadvantaged, Border and Island Areas. Equitable access to health services is also supported by placing medical teams in Disadvantaged, Border and Island Areas, as well as in particular Health Problem Areas. The team of medical personnel is referred to as Healthy Nusantara Team. Furthermore, in terms of the government's efforts in disease control, the government conducts infant immunization programs, such as tuberculosis immunization, polio, measles, diphtheria, tetanus, pertussis and hepatitis B. The government also specifically organizes programs for the underprivileged through social empowerment, poverty reduction and Protection and Social Security.*

*In the year 2017-2018, the government will concentrate on the equalization program. The target is to reduce the gap between the gap between regions and the gap between rich and poor. Based on the government's policy, the theme presented in the publication Social Welfare Indicators 2017 is equality in the health sector, especially the problem of access to health facilities and infrastructure. Equalization will lead to a reduction of disparities between regions (Urban-Rural and Provincial Comparison), types of gender, and quintiles.*

Diharapkan pemerataan ini dapat meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia sebagaimana tercantum dalam butir kelima nawacita. Peningkatan kualitas manusia terutama ingin memecah masalah-masalah utama dalam pelayanan dasar terutama belum meratanya akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, belum memadainya fasilitas kesehatan baik dari sisi infrastruktur, rasio antara tenaga medis dengan jumlah penduduk. Di samping itu program ini juga bertujuan memberikan jaring pengaman sosial untuk kelompok masyarakat miskin agar tetap produktif dan hidup sejahtera.

## 1.2. TUJUAN

Tujuan dari Analisis Tematik Pemerataan Akses Sarana dan Prasarana Kesehatan Menuju Indonesia Sehat untuk memberikan gambaran tentang kondisi umum kesehatan serta pemerataan akses sarana dan prasarana kesehatan. Pemerataan akan mengarah pada pengurangan kesenjangan antar wilayah, jenis kelamin, serta quintil atau status ekonomi penduduk. Pemerataan akses sarana dan prasarana sebagai faktor penunjang kesehatan penduduk dilihat dari sisi akses pelayanan kesehatan dan pengguna, kepadatan dan distribusi tenaga kesehatan, kepadatan dan distribusi fasilitas kesehatan, pemerataan jaminan kesehatan, serta pemerataan anggaran kesehatan. Selain itu, analisis juga mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi akses pelayanan kesehatan seperti infrastruktur, sarana transportasi, factor geografis, ekonomi, dan social budaya. Analisis ini diharapkan dapat menyajikan data dan informasi mengenai kondisi kesejahteraan rakyat khususnya dalam bidang kesehatan sehingga dapat menjadi acuan dalam masukan pembentukan program pembangunan yang akan berdampak bagi peningkatan kesejahteraan masyarakat. Publikasi ini juga menyajikan perkembangan kesejahteraan rakyat antar waktu secara umum.

*It is expected that the equalization of health facilities can improve the quality of human life of Indonesia as stated in the fifth paragraph of the Nawa Cita agenda. Improving the quality of human beings mainly aims to break down the main problems in basic services, especially the unequal access of the public to health services, inadequate health facilities in terms of infrastructure, the ratio of medical personnel to the population. In addition, the program also aims to provide a social safety net for the poor to remain productive and prosperous.*

## 1.2. PURPOSE

*The purpose of Thematic Analysis on Equal Access to Health Facilities and Infrastructures towards a Healthy Indonesia in this publication aims to provide an overview of general health conditions as well as equal access to health facilities and infrastructures in Indonesia. Equality in this matter will lead to a reduction of inequality between regions, gender, quintiles or economic status of the population. Equitable access to supporting facilities and infrastructure for the health services of the population is seen from the side of access and user of health services, the density and distribution of health personnel, the distribution of health insurance, and the distribution of health budget. In addition, the analysis also identifies factors that affect access to health services such as infrastructure, transportation facilities; geographical, economic, and socio-cultural factors. This analysis is expected to discuss data and information about the welfare condition of the society especially in health sector so that it can be a reference in the input of development program formation that will have an impact for the improvement of social welfare. This publication also presents the development of social welfare over time in general.*

### 1.3. RUANG LINGKUP

Analisis pemerataan akses sarana dan prasarana kesehatan ini menyajikan data dan informasi pada tahun 2012-2016. Data dan informasi yang disajikan pada analisis ini menggambarkan kondisi tingkat nasional dan tingkat provinsi. Pada tingkat nasional analisis dilakukan terhadap data tahun 2012-2016 dengan melihat berdasarkan daerah tempat tinggal (perkotaan dan perdesaan) dan jenis kelamin. Sementara itu, pada tingkat provinsi hanya menganalisis data tahun 2016 yang dibedakan menurut daerah tempat tinggal perkotaan dan perdesaan.

### 1.4. SUMBER DATA

Untuk mendukung analisis pemerataan akses sarana dan prasarana kesehatan di Indonesia, berbagai sumber data digunakan. Data utama dalam analisis pemerataan akses sarana dan prasarana kesehatan ini bersumber dari BPS, yaitu dari hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas), Potensi Desa (Podes), Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), serta data sektoral yang dihasilkan oleh kementerian/lembaga lain khususnya dari Kementerian Kesehatan.

### 1.5. SISTEMATIKA PENULISAN

Penulisan laporan tentang pemerataan akses sarana dan prasarana kesehatan ini diawali dengan Bab 1 (Pendahuluan) yang membahas latar belakang, tujuan, ruang lingkup, sumber data yang digunakan dalam analisis, dan sistematika penulisan. Bab 2 mengupas kondisi umum kesehatan di Indonesia dan disparitas antar provinsi, seperti angka harapan hidup, morbiditas, kesehatan ibu dan anak, status gizi, pengendalian penyakit, serta kesehatan lingkungan. Bab 3 membahas tentang pemerataan sarana dan prasarana kesehatan sebagai faktor penunjang kesehatan penduduk. Selanjutnya Bab 4 membahas tentang faktor-faktor terkait akses pelayanan kesehatan. Di bagian terakhir publikasi disajikan perkembangan

### 1.3. SCOPE

*Analysis on equal distribution of access to health facilities and infrastructures presents data and information in period 2012-2016. The data and information presented in this analysis illustrate national and provincial level conditions. At the national level, the analysis is conducted on 2012-2016 data based on urban and rural comparison and gender. Meanwhile, at the provincial level, the analysis only discusses the 2016 data which on urban-rural comparison basis.*

### 1.4. DATA SOURCE

*To support the analysis on equal distribution of access to health facilities and infrastructures in Indonesia, various data sources are used. The main data in this analysis of equality of access to health facilities and infrastructures are sourced from BPS, from the National Socioeconomic Survey, Village Potentials Data Collection, Indonesia Demographic and Health Survey, as well as a number of sectoral data generated by ministries / agencies, especially by the Ministry of Health.*

### 1.5. WRITING ORGANIZATION

*The discussion and analysis in this publication consists of Chapter 1 (Introduction) which discusses the background, purpose, scope, data sources, and systematics of writing. Chapter 2 examines the general health conditions in Indonesia and disparities between provinces, such as life expectancy, morbidity, maternal and child health, nutritional status, disease control, and environmental health. Chapter 3 discusses the distribution of health facilities and infrastructure as supporting factor of the health status of the population. Furthermore, Chapter 4 discusses the factors related to access to health services. The last Chapter of this publication presents the general social welfare indicators in terms of*

kesejahteraan rakyat secara umum dalam hal kependudukan, kesehatan dan gizi, pendidikan, ketenagakerjaan, taraf dan pola konsumsi, perumahan dan lingkungan, kemiskinan, dan sosial lainnya

*population, health and nutrition, education, employment, consumption level and pattern, housing and environment, poverty, and other social aspects.*

<https://www.bps.go.id>



**BAB**  
**CHAPTER**

**2**

**KONDISI UMUM KESEHATAN DI INDONESIA**

**GENERAL CONDITION OF HEALTH IN INDONESIA**

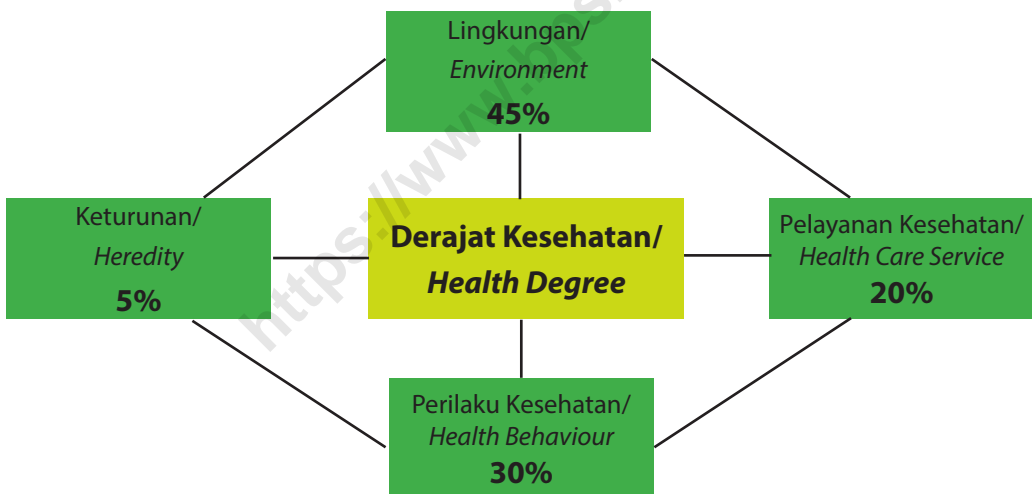
<https://www.ops.go.id>



Kondisi umum kesehatan di Indonesia digambarkan dalam derajat kesehatan masyarakat. Derajat kesehatan masyarakat dapat dicerminkan melalui beberapa indikator terpilih, seperti angka harapan hidup, angka kesakitan, angka kematian, dan status gizi. Kesehatan masyarakat bukan hanya berasal dari sektor kesehatan seperti pelayanan kesehatan dan ketersediaan sarana dan prasarana kesehatan, tetapi juga dipengaruhi faktor demografi seperti ekonomi dan pendidikan, faktor lingkungan, dan faktor keturunan. Teori derajat kesehatan yang dikembangkan Hendrik L.Blum menjawab hubungan ini dalam sebuah diagram.

*The general condition of health in Indonesia is portrayed in the degree of public health. The degree of public health can be indicated by a number of indicators, such as life expectancy, morbidity, mortality, and nutritional status. Public health is not only measured from the health sector such as health services and the availability of health facilities and infrastructure, but also influenced by demographic factors such as economy and education, environmental, and heredity factor. The theory of health degree developed by Hendrik L.Blum showing the relation among those factors in a diagram.*

**Gambar 2.1. Analisis Derajat Kesehatan Hendrik L. Blum**  
**Figure 2.1. Health Degree Analysis by Hendrik L.Blum**



Sumber/ Source : Indeks Pembangunan Manusia 2016, BPS/ Human Development Index, 2016, Badan Pusat Statistik

Hendrik L.Blum mengembangkan teori derajat kesehatan yang dipengaruhi empat determinan yang saling terkait yaitu lingkungan, perilaku kesehatan, pelayanan kesehatan, dan keturunan. Lingkungan merupakan determinan yang paling dominan memengaruhi derajat kesehatan sebesar 45 persen. Perilaku kesehatan memiliki pengaruh 30 persen, pelayanan kesehatan 20 persen, dan keturunan 5 persen. Lingkungan memberikan pengaruh paling tinggi karena berhubungan langsung dengan masyarakat.

*Hendrik L.Blum developed the theory of health degree that influenced four interrelated determinant that are environment, health behavior, health service, and heredity. Environment is the most dominant determinant affecting the degree of health by 45 percent. The other affecting factors are health behavior by 30 percent, health care service by 20 percent, and heredity by 5 percent. The environment gives the highest impact because it relates directly with the community. The environment is generally divided into physical and social*



Lingkungan umumnya dibagi menjadi aspek fisik dan sosial. Lingkungan yang menyangkut aspek fisik seperti sampah, air, udara, tanah, iklim, dan perumahan. Sementara lingkungan yang menyangkut aspek sosial seperti kebudayaan, pendidikan, dan ekonomi. Contoh indikator lingkungan dalam aspek fisik yang mudah untuk diukur yaitu ketersediaan sanitasi layak dan air bersih. Perilaku merupakan faktor kedua yang memengaruhi derajat kesehatan, mencakup perilaku individu, keluarga, maupun masyarakat. Perilaku hidup yang sehat tentunya akan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Perilaku dipengaruhi oleh kebiasaan, adat istiadat, kepercayaan, pendidikan, tingkat sosial, dan tingkat ekonomi yang melekat pada individu.

Pelayanan kesehatan adalah faktor ketiga yang memengaruhi situasi derajat kesehatan masyarakat. Ketersediaan fasilitas kesehatan sangat menentukan pelayanan pemulihan kesehatan, pencegahan dan pengobatan terhadap penyakit, serta pemenuhan kebutuhan masyarakat terhadap layanan kesehatan. Pelayanan kesehatan harus diimbangi dengan fasilitas kesehatan yang mudah dijangkau dan ketersediaan tenaga kesehatan untuk memberikan pelayanan dan informasi kesehatan. Faktor terakhir yang memengaruhi derajat kesehatan yaitu keturunan. Keturunan adalah faktor yang melekat dalam diri individu sejak lahir, seperti penyakit genetik (Dinas Kesehatan Cilacap, 2014). Berikut indikator kesehatan yang menggambarkan derajat kesehatan masyarakat.

### 2.1. PERKEMBANGAN ANGKA HARAPAN HIDUP

Angka Harapan Hidup (AHH) merupakan salah satu indikator penting yang berperan sebagai alat ukur kinerja pemerintah dalam merencanakan dan mengevaluasi pembangunan nasional, khususnya bidang kesehatan. AHH menggambarkan jumlah tahun yang diharapkan dapat dicapai bayi yang baru lahir untuk hidup, pada suatu

*aspects. Environmental concerning physical aspects such as garbage, water, air, soil, climate, and housing. Meanwhile, the environment concerning social aspects culture, education, and economy. Examples of environmental indicators in the physical aspects that are easy to measure are the availability of proper sanitation and clean water. Health behavior is the second factor affecting the degree of health, including individual, family, and community behavior. Healthy living behavior will certainly improve the health status of the community. Behavior is influenced by customs, beliefs, education, social level, and economic level attributed to the individual.*

*Health care service is the third factor affecting the health status of the community. The availability of health facilities greatly determines health-restoring, prevention and treatment of diseases services, and the fulfillment of the community's need for health services. Health services must be in line with accessible health facilities and the availability of health workers to provide health services and information. The last factor that influences the health status is the heredity. Heredity is a factor inherent in the individual from birth, such as genetic disease (Cilacap Health Office, 2014). Here are health indicators that illustrate the degree of public health.*

### 2.1. TREND OF LIFE EXPECTANCY

*Life Expectancy is an important indicator that can be used as a measure of government performance in planning and evaluating national development, especially in health sector. Life expectancy describes the number of years that a newborn will expect to live, in a given year, in the prevailing*

tahun tertentu, dalam situasi mortalitas yang berlaku di lingkungan masyarakatnya. Nilai AHH yang tinggi mencerminkan derajat kesehatan penduduk yang tinggi dan kemampuan pemerintah untuk menyediakan fasilitas kesehatan, terpenuhinya kecukupan gizi dan kalori penduduk, serta kesehatan lingkungan yang baik. Apabila nilai AHH rendah di suatu daerah, maka perlu dipelajari lebih lanjut penyebabnya dan bagaimana solusi untuk mengatasinya.

Dalam Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan 2015-2019, disebutkan bahwa sasaran pembangunan kesehatan tahun 2025 yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang dicerminkan dengan meningkatnya Umur Harapan Hidup, menurunnya Angka Kematian Bayi, menurunnya Angka Kematian Ibu, dan menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita. Menurut penelitian Yenti (2016), faktor-faktor yang memengaruhi AHH di Indonesia antara lain indeks produksi pangan, pendapatan per kapita, pertumbuhan penduduk, dan emisi CO<sub>2</sub>. Penelitian oleh Ali dan Ahmad (2014) menyimpulkan bahwa produksi pangan, angka partisipasi kasar, pertumbuhan penduduk, inflasi, pendapatan per kapita, dan emisi CO<sub>2</sub> memengaruhi AHH di Negara Oman. Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh Sede dan Ohemeng (2015) di Nigeria memperoleh hasil variabel tingkat pengangguran dan nilai tukar signifikan memengaruhi AHH. Berdasarkan penelitian-penelitian tersebut, dapat disimpulkan jika faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan berpengaruh terhadap AHH.

BPS mencatat perkembangan AHH di Indonesia tahun 2005-2010 sebesar 69,1 tahun, tahun 2010-2015 sebesar 70,1 tahun, dan tahun 2015-2020 diperkirakan sebesar 70,9 tahun (Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035). Secara nasional, AHH Indonesia meningkat perlahan dalam lima tahun terakhir, dimana AHH tahun 2012 sebesar 70,20 tahun dan tahun 2016 bergerak menjadi 70,90 tahun. Jika ditinjau dari jenis kelamin, Angka Harapan Hidup perempuan

*mortality situation in the community. High life expectancy indicates high level of population health and ability of the government to provide health facilities, fulfillment of population nutritional and calories adequacy, and good environmental health. If in an area the the value is low, it is critical to learn more about the cause and how to solve it.*

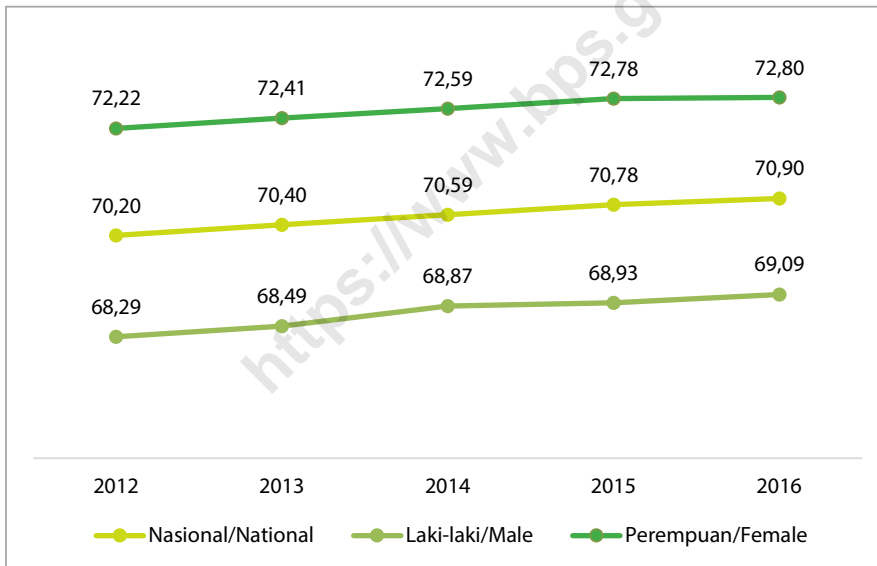
*In the Strategic Plan (Renstra) of the Ministry of Health 2015-2019, it was mentioned that the target of health development by 2025 is the increase in public health status which is reflected by the increasing Life Expectancy, decreasing Infant Mortality Rate, decreasing Maternal Mortality Rate, and decreasing less nutrition prevalence of children under five. According to a research by Yenti (2016), the factors affecting life expectancy in Indonesia include food production index, per capita income, population growth, and CO<sub>2</sub> emissions. Ali and Ahmad (2014) concludes that food production, gross enrollment rates, population growth, inflation, per capita income, and CO<sub>2</sub> emissions affect life expectancy in in Oman. Meanwhile, research conducted by Sede and Ohemeng (2015) in Nigeria obtained the result that variable unemployment rate and significant exchange rate can affect the life expectancy. Based on these studies, it can be concluded that the life expectancy is influenced by social, economic, and environmental factors.*

*BPS recorded the development of life expectancy in Indonesia in the period 2005-2010 stands at 69.1 years, 2010-2015 at 70.1 years, and 2015-2020 at 70.9 years (Indonesian Population Projection 2010-2035). Nationally, Indonesian life expectancy has been increasing steadily in the last five years, where it was 70.20 years in 2012 and turned to to 70.90 years in 2016. In terms of gender comparison, women's Life Expectancy is higher than that of men. This fact happens almost all over the*

lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Fakta ini terjadi hampir di seluruh dunia, termasuk Indonesia. Selama periode 2012-2016, AHH perempuan di Indonesia sebesar 72-73 tahun atau empat tahun lebih tinggi dibandingkan AHH laki-laki sebesar 68-69 tahun. Angka ini mencerminkan bahwa bayi perempuan saat lahir memiliki peluang hidup hingga mencapai usia 73 tahun, atau empat tahun lebih lama dibandingkan bayi laki-laki yang diperkirakan dapat mencapai usia 69 tahun. Hal ini didukung dengan persentase penduduk lansia perempuan yang lebih tinggi dibandingkan penduduk lansia laki-laki.

*world, including Indonesia. During the period 2012-2016, female's life expectancy in Indonesia was 72-73 years old or four years higher than male's of 68-69 years. This figure reflects that female babies at birth have a life-span up to 73 years, or four years longer than boys estimated to be 69 years old. This is supported by a higher percentage of female elderly population than the male elderly population.*

**Gambar 2.2. Angka Harapan Hidup Menurut Jenis Kelamin, 2012-2016**  
**Figure 2.2. Life Expectancy by Sex, 2012-2016**



Sumber/ Source : [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id) (Tabel Dinamis)/ [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id) (Dynamic Table)

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa AHH perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki disebabkan oleh faktor genetik, gaya hidup, dan risiko selama menjalani hidup. Perempuan cenderung memiliki kemampuan regenerasi sel yang lebih baik dibandingkan laki-laki, kebiasaan merokok dan minum minuman keras lebih rendah dari laki-laki, serta risiko pekerjaan yang lebih rendah dibandingkan laki-laki. Laki-laki juga lebih rentan terhadap penyakit

*Some studies suggest that female's expectancy life is higher than male's because of genetic factor, lifestyle, and risk during life. Women tend to have better cell regeneration capabilities than men, do smoking and drinking less than men, and lower job risks than men. Men are also more vulnerable to illness and accidents as part of their responsibilities during work.*

*Perls and Fretts (1998) explained*

dan kecelakaan sebagai bagian dari tanggung jawabnya selama bekerja.

Perls dan Fretts (1998) menjelaskan secara rinci mengapa perempuan dapat hidup lebih lama dibandingkan laki-laki. Hormon jenis kelamin merupakan faktor penting yang menentukan kerentanan relatif jenis kelamin terhadap penuaan dan penyakit. Disamping itu, metabolisme laki-laki lebih cepat dibandingkan perempuan. Metabolisme yang cepat membuat sel laki-laki lebih rentan mengalami kerusakan, atau dapat dituliskan siklus hidup laki-laki menjadi lebih cepat berakhir dibandingkan perempuan. Assari (2017) menyatakan bahwa perempuan memiliki keuntungan biologis dengan hormon estrogen. Estrogen menurunkan kolesterol *Low-Density Lipoprotein* (LDL) atau yang dikenal dengan kolesterol jahat, dan meningkatkan kolesterol *High-Density Lipoprotein* (HDL) atau kolesterol baik yang mengurangi risiko penyakit kardiovaskular. Sementara itu, laki-laki memiliki hormon testosteron yang berkebalikan dengan sistem kerja hormon estrogen. Testosteron meningkatkan kadar kolesterol jahat dalam darah dan menurunkan kadar kolesterol baik, sehingga laki-laki lebih rentan terhadap risiko penyakit hipertensi, jantung, dan stroke. Dari segi kepedulian terhadap faktor kesehatan, perempuan cenderung lebih sadar terhadap kesehatan dirinya dibandingkan laki-laki. Hal ini bisa dilihat dari gaya hidup perempuan yang lebih sehat dengan tidak mengonsumsi obat terlarang dan alkohol.

Di satu sisi, peningkatan AHH merupakan cerminan peningkatan derajat kesehatan penduduk. Namun di sisi lain, peningkatan AHH berarti semakin bertambahnya populasi penduduk lanjut usia (lansia). Perhatian yang serius perlu diberikan guna mempersiapkan dan mengarahkan penduduk lansia agar tetap sehat, produktif, dan sejahtera. Penduduk lansia yang tidak sehat dan tidak mandiri akan memberikan dampak sosial ekonomi yang buruk bagi bangsa dan negara.

*in detail why women can live longer than men. Sex hormone is an important factor that determines the relative susceptibility of sex to aging and disease. In addition, male's metabolism is faster than female's. Rapid metabolism makes male cells more susceptible to damage, or frankly speaking the life cycle of men is more quickly to end than women. Assari (2017) states that women have a biological advantage by having estrogen hormone. Estrogen lowers Low-Density Lipoprotein (LDL) cholesterol, known as bad cholesterol, and increases high-density lipoprotein (HDL) cholesterol or good cholesterol that reduces the risk of cardiovascular disease. Meanwhile, men have testosterone that is contrary to the working system of the estrogen hormone. Testosterone increases bad cholesterol levels in the blood and lowers good cholesterol levels, so men are more prone to the risk of hypertension, heart disease, and stroke. In terms of concern for health factors, women tend to be more aware of their health than men. This can be seen from the lifestyle of women who are healthier by not taking drugs and alcohol.*

*On the one hand, the increase in life expectancy is an implication of improvement in the health of the population. But on the other hand, increasing life expectancy means increase in number of population of elderly. Serious attention should be paid to preparing and directing the elderly to stay healthy, productive and prosperous. Elderly people who are not healthy and not independent will have a bad social and economic impact for the nation and state.*

Seluruh provinsi di Indonesia menunjukkan peningkatan AHH dalam kurun waktu 2012-2016 ([www.bps.go.id](http://www.bps.go.id)). Jika dilihat AHH pada tahun 2016, ada beberapa hal yang menarik untuk ditelusuri. Sama seperti pola AHH nasional, angka harapan hidup perempuan di setiap provinsi memiliki rentang sekitar empat tahun di atas angka harapan hidup laki-laki ([www.bps.go.id](http://www.bps.go.id)). Dari seluruh provinsi, hanya terdapat sembilan provinsi dengan AHH di atas angka nasional (70,90 tahun). Di Pulau Sumatera, AHH tertinggi dicapai oleh Provinsi Riau (70,97 tahun), sekaligus sebagai satu-satunya provinsi di Pulau Sumatera dengan nilai AHH di atas angka nasional. Di Pulau Jawa, Bali, dan Nusa Tenggara, terdapat lima provinsi dengan AHH di atas angka nasional, yaitu Provinsi DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, dan Bali. Provinsi dengan AHH di atas angka nasional di Pulau Kalimantan ada dua, yaitu Kalimantan Timur dan Kalimantan Utara, sementara di Pulau Sulawesi hanya Provinsi Sulawesi Utara. Hal yang perlu menjadi perhatian adalah bahwa AHH seluruh provinsi di Pulau Maluku dan Papua masih di bawah angka nasional. Gambaran ini menunjukkan AHH di kawasan timur Indonesia cenderung lebih rendah dibandingkan kawasan barat. Gap yang masih cukup lebar ini mengindikasikan adanya kesenjangan pembangunan antardaerah. Penanganan kesetaraan pembangunan kesehatan perlu dilakukan dengan menyesuaikan tantangan di setiap daerah yang belum tentu sama.

DI Yogyakarta merupakan provinsi dengan persentase AHH tertinggi di Indonesia dengan capaian AHH tahun 2016 sebesar 74,71 tahun. Kepala Bappenas (2014) menyebutkan bahwa harapan hidup yang tinggi di Yogyakarta berhubungan dengan tingkat kesehatan di DI Yogyakarta yang relatif lebih tinggi. Jumlah lansia di provinsi ini juga merupakan yang tertinggi di Indonesia yaitu 13,46 persen dari total penduduk DIY pada tahun 2015 (Statistik Penduduk Lanjut Usia 2015). Angka ini jauh lebih tinggi dibandingkan jumlah lansia secara nasional

*All provinces in Indonesia experienced increase in life expectancy over the period 2012-2016 ([www.bps.go.id](http://www.bps.go.id)). When viewed by life expectancy in 2016, there are some interesting things to explore. Similar to the national life expectancy pattern, female life expectancy in each province has a range of about four years beyond the male life expectancy ([www.bps.go.id](http://www.bps.go.id)). There are only nine provinces with AHH above the national figure (70.90 years). In Sumatra Island, the highest life expectancy was recorded in Riau Province (70.97 years), as well as the only province in the island with life expectancy value above the national figure. In the island of Java, Bali and Nusa Tenggara, there were five provinces with the life expectancy above the national figure, namely DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, Yogyakarta and Bali. There were two provinces with the life expectancy beyond the national figure on the island of Kalimantan, namely Kalimantan Timur and Kalimantan Utara, while in Sulawesi Island there was only Sulawesi Utara Province. A particular attention should be paid to the life expectancy in the Province of Maluku Island and Papua which were still below the national figure. This figure shows that AHH in eastern Indonesia tends to be lower than in the west. The quite wide gap between both regions indicates the existence of development inequality. The challenges in each region in equality of health development are different to each other.*

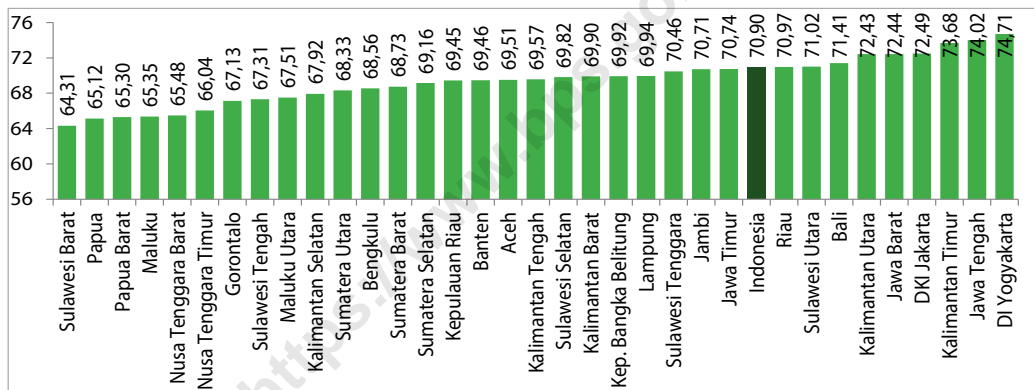
*DI Yogyakarta was the province with the highest percentage of life expectancy in Indonesia by reaching 74.71 years in 2016. Head of National Development Planning Agency (2014) mentioned that the high life expectancy in Yogyakarta is related to the relatively higher level of health in DI Yogyakarta. The number of elderly people in this province was also the highest in Indonesia, which is 13.46 percent of the total population of DI Yogyakarta in 2015 (Statistics of the elderly Population 2015). This figure was higher than the number of elderly nationally at 8.43 percent. Yogyakarta is also*



sebesar 8,43 persen. Yogyakarta juga dikenal sebagai kota pensiun. Sudah menjadi rahasia umum jika Yogyakarta merupakan wilayah yang nyaman untuk menjalani masa tua bagi penduduk lansia. Dengan AHH yang tinggi, capaian IPM di provinsi ini merupakan yang tertinggi kedua di Indonesia setelah Provinsi DKI Jakarta (BPS, 2017). Hal ini dipengaruhi tingginya Angka Harapan Hidup sebagai salah satu dimensi pembentuk Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang merupakan indikator penting untuk mengukur keberhasilan pembangunan kualitas hidup manusia.

*known as a retirement city. It is common knowledge that Yogyakarta is a comfortable place to live old age for the elderly. With this high life expectancy, achievement of HDI in this province is the second highest in Indonesia after DKI Jakarta (BPS, 2017). This is influenced by the high Life Expectancy figures as one of the dimensions of Human Development Index (HDI) which is an important indicator to measure the development of human life quality.*

**Gambar 2.3. Angka Harapan Hidup Saat Lahir (Tahun) Menurut Provinsi, 2016**  
**Figure 2.3. Life Expectancy At Birth (Years) by Province, 2016**



Sumber/ Source : [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id) (Tabel Dinamis)/ [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id) (Dynamic Table)

Sementara itu, provinsi dengan persentase AHH terendah yaitu Sulawesi Barat dengan capaian tahun 2016 sebesar 64,31 tahun. Angka ini 10 tahun lebih rendah dibandingkan capaian AHH di DIY. Atau dapat dikatakan, rata-rata bayi baru lahir di Provinsi Sulawesi Barat akan hidup 10 tahun lebih pendek dibandingkan bayi yang lahir di Yogyakarta. AHH yang cukup rendah di Sulawesi Barat diiringi dengan jumlah lansia sebesar 6,36 persen dari total penduduk Sulawesi Barat, masih lebih rendah dari angka nasional sebesar 8,43 persen. IPM di Provinsi Sulawesi Barat juga yang terendah di bandingkan provinsi-provinsi lain di Pulau Sulawesi, yaitu sebesar 63,60. Hal ini terkait dengan akses terhadap tenaga kesehatan yang belum merata. Pemerintah Sulawesi

*The province with the lowest percentage of life expectancy was Sulawesi Barat with by 64.31 years in 2016. This figure is 10 years lower than in DI Yogyakarta. Statistically speaking, the average newborns in Sulawesi Barat Province will live 10 years shorter than the baby born in DI Yogyakarta. The life expectancy is quite low in Sulawesi Barat, accompanied by the elderly population amounting to 6.36 percent of the total population of Sulawesi Barat, which was still lower than the national figure of 8.43 percent. The HDI in Sulawesi Barat Province is also the lowest when compared to other provinces in Sulawesi Island, which amounted to 63.60. This is related to unequal access to health care or personnel. The Government of Sulawesi Barat is working to improve the quality and standard of*

Barat sedang berupaya memperbaiki mutu dan standar pelayanan kesehatan guna meningkatkan capaian bidang kesehatan di wilayah ini.

Selain Angka Harapan Hidup, indikator morbiditas juga dapat mencerminkan kondisi kesehatan penduduk Indonesia. Tahun 2016, sebanyak 28,53 persen penduduk mempunyai keluhan kesehatan. Keluhan kesehatan yang dimaksud yaitu keadaan seseorang yang mengalami gangguan kesehatan atau kejiwaan, baik karena penyakit akut, penyakit kronis (meskipun selama sebulan terakhir tidak mempunyai keluhan), kecelakaan, kriminal atau hal lain. Provinsi dengan persentase tertinggi penduduk yang mengalami keluhan kesehatan yaitu DI Yogyakarta sebesar 35,98 persen. Sementara itu, provinsi dengan persentase terendah penduduk yang mengalami keluhan kesehatan yaitu Maluku Utara, sebesar 16,25 persen.

Menurut tipe daerah, tahun 2016 penduduk yang tinggal di daerah perkotaan sedikit lebih banyak memiliki keluhan kesehatan dibandingkan penduduk yang tinggal di daerah perdesaan. Padahal dua tahun sebelumnya, yaitu tahun 2014-2015, penduduk yang tinggal di perdesaan lebih banyak mengalami keluhan kesehatan. Pergeseran pola ini kemungkinan disebabkan kepadatan daerah perkotaan yang semakin tinggi sehingga menimbulkan berbagai dampak sosial, ekonomi dan lingkungan yang berimbas terhadap faktor kesehatan. Provinsi dengan persentase tertinggi yang mengalami keluhan kesehatan untuk daerah perkotaan yaitu Nusa Tenggara Barat (35,36 persen), sementara untuk daerah perdesaan yaitu DI Yogyakarta (37,38 persen).

Jika ditinjau menurut jenis kelamin, penduduk perempuan lebih banyak mengalami keluhan kesehatan dibandingkan penduduk laki-laki. Provinsi dengan persentase penduduk perempuan yang mempunyai keluhan kesehatan tertinggi yaitu DI Yogyakarta (37,42 persen), begitu

*health services to improve health outcomes in the region.*

*In addition to Life Expectancy, morbidity indicators can also indicate the health condition of the Indonesian population. In 2016, 28.53 percent of the population had health complaints. The health complaints here is defined as the state of a person who has a health or psychiatric disorder, because of acute illness, chronic illness (accidents, criminal or anything else). The province with the highest percentage of population who had health complaints was is Yogyakarta accounting for 35.98 percent. Meanwhile, the province with the lowest percentage of the population is Maluku Utara, amounting to 16.25 percent.*

*On urban-rural comparison, in 2016 people living in urban areas have more health complaints than those living in rural areas. Whereas two years earlier, in 2014-2015, the residents who lived in rural areas had more health complaints than those in urban. This pattern shift is likely due to the increasingly high urban density resulting in various social, economic and environmental impacts that impact on health factors. The province with highest percentage of health complaints from urban population was Nusa Tenggara Barat (35.36 percent), while percentage of health complaints from for rural population was recorded in DI Yogyakarta (37.38 percent).*

*In terms of sex comparison, the female population has more health complaints than the male population. The province with highest percentage of female population with health complaints was DI Yogyakarta (37.42 percent), as well as male population in this province with health complaints was the highest (34.50*

**Tabel 2.1. Persentase Penduduk yang Mempunyai Keluhan Kesehatan Menurut Provinsi, Tipe Daerah, dan Jenis Kelamin Tahun 2016**  
**Table 2.1. Percentage of Population who Had Health Complaints by Province, Urban-Rural Comparison, and Sex, 2016**

Provinsi/Province	Tipe Daerah/Urban-Rural Classification		Jenis Kelamin/Sex		Total/Total
	Perkotaan/Urban	Perdesaan/Rural	Laki-laki/Male	Perempuan/Female	
Aceh	25,24	26,00	23,70	27,85	25,78
Sumatera Utara	22,80	22,97	21,72	24,04	22,88
Sumatera Barat	29,81	29,08	28,53	30,22	29,38
Riau	29,82	26,64	27,07	28,75	27,89
Jambi	25,27	22,97	23,04	24,35	23,68
Sumatera Selatan	29,28	25,13	25,91	27,37	26,63
Bengkulu	28,52	27,26	27,65	27,67	27,66
Lampung	20,98	29,78	26,02	28,84	27,39
Kep. Bangka Belitung	34,08	28,52	29,26	33,57	31,33
Kepulauan Riau	22,12	22,45	21,51	22,86	22,17
DKI Jakarta	30,45	0,00	28,62	32,31	30,45
Jawa Barat	27,90	29,26	27,22	29,46	28,32
Jawa Tengah	33,51	33,28	32,38	34,38	33,39
DI Yogyakarta	35,32	37,38	34,50	37,42	35,98
Jawa Timur	30,60	29,18	28,55	31,17	29,88
Banten	28,78	27,25	27,89	28,74	28,30
Bali	28,52	35,71	30,80	31,57	31,18
Nusa Tenggara Barat	35,36	34,09	33,89	35,35	34,64
Nusa Tenggara Timur	28,61	32,63	30,21	33,37	31,81
Kalimantan Barat	24,60	25,08	23,82	26,09	24,93
Kalimantan Tengah	26,98	24,65	24,38	26,67	25,47
Kalimantan Selatan	34,52	34,22	32,84	35,90	34,35
Kalimantan Timur	22,29	20,80	21,03	22,56	21,76
Kalimantan Utara	22,23	22,59	20,99	23,96	22,38
Sulawesi Utara	23,48	27,82	25,59	26,00	25,79
Sulawesi Tengah	27,76	25,58	25,83	26,46	26,14
Sulawesi Selatan	22,69	24,14	22,60	24,52	23,58
Sulawesi Tenggara	32,46	24,45	26,23	27,45	26,84
Gorontalo	34,58	33,19	33,01	34,37	33,69
Sulawesi Barat	29,75	25,96	25,95	27,52	26,73
Maluku	17,88	17,53	16,97	18,39	17,67
Maluku Utara	18,22	15,52	15,36	17,17	16,25
Papua Barat	15,77	20,79	18,62	19,13	18,86
Papua	21,56	14,88	16,16	17,17	16,64
<b>Indonesia</b>	<b>28,79</b>	<b>28,26</b>	<b>27,43</b>	<b>29,64</b>	<b>28,53</b>

Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS (diolah)/ Calculated from 2016 Notional Socioeconomic Survey Data, BPS



juga dengan penduduk laki-laki (34,50 persen). Sementara itu, persentase penduduk perempuan yang memiliki keluhan kesehatan terendah yaitu Provinsi Maluku Utara (17,17 persen), dan penduduk laki-laki (15,36 persen). Satu hal yang menarik dari Tabel 2.1.3 yaitu penduduk laki-laki dan perempuan yang mengalami keluhan kesehatan di kawasan barat dan tengah Indonesia persentasenya di atas 20 persen, sementara di kawasan timur Indonesia, yaitu Maluku dan Papua persentasenya lebih rendah, yaitu sekitar 15-19 persen.

Keluhan kesehatan yang diikuti dengan terganggunya aktivitas seperti bekerja, sekolah, atau kegiatan sehari-hari dibagi total penduduk disebut angka kesakitan. Menurut tipe wilayah, angka kesakitan penduduk yang tinggal di daerah perdesaan lebih tinggi dibandingkan penduduk yang tinggal di daerah perkotaan. Hanya terdapat tujuh provinsi dimana persentase angka kesakitan penduduk di perkotaan lebih tinggi dibandingkan di perdesaan. Provinsi dengan persentase angka kesakitan tertinggi di perkotaan yaitu Nusa Tenggara Barat (20,04 persen), sementara yang tertinggi di daerah perdesaan yaitu Bali (21,47 persen). Serupa dengan keluhan kesehatan, angka kesakitan penduduk perempuan cenderung lebih tinggi dibandingkan penduduk laki-laki. Hanya terdapat enam provinsi dengan angka kesakitan perempuan lebih rendah dibandingkan laki-laki.

Tahun 2016 tercatat angka kesakitan di Indonesia sebesar 15,18 persen, dengan angka kesakitan penduduk laki-laki dan perempuan masing-masing 14,94 persen dan 15,43 persen. Provinsi dengan angka kesakitan tertinggi yaitu Nusa Tenggara Barat (20,81 persen), dimana angka kesakitan penduduk laki-laki mencapai 21,17 persen dan angka kesakitan penduduk perempuan 20,46 persen. Sementara itu, angka kesakitan terendah terdapat di Provinsi Papua (8,28 persen), dimana angka kesakitan penduduk laki-laki sebesar 8,45 persen dan angka kesakitan penduduk perempuan sebesar 8,08 persen.

*percent). Meanwhile, the percentage of female population with lowest health complaint is Maluku Utara Province (17.17 percent), as well as male population in this province with health complaints was the lowest (15.36 percent). An interesting point from Table 2.1.3 is that the male and female population who have health complaints in the western and central regions of Indonesia is above 20 percent, while in eastern Indonesia, Maluku and Papua the percentage is lower, around 15- 19 percent.*

*Number of health complaints followed by disruption of activities such as work, school, or daily activities divided by total population are called morbidity rate. According to urban-rural analysis, the morbidity of people living in rural areas is higher than in urban areas. There were only seven provinces with the percentage of urban population morbidity higher than in rural areas. The provinces with the highest percentage of morbidity rate in urban areas is Nusa Tenggara Barat (20.04 percent), while the highest in rural areas was recorded in Bali (21.47 percent). Similar to health complaints, the morbidity rate of female population tends to be higher than that of male population. There were only six provinces with lower female morbidity than men.*

*Morbidity rate in Indonesia in 2016 was 15.18 percent, where morbidity of male and female population were 14.94 percent and 15.43 percent respectively. The province with the highest morbidity rate is Nusa Tenggara Barat (20.81 percent), where the morbidity of male population amounted to 21.17 percent and female population morbidity was 20.46 percent. In the meantime, the lowest morbidity rate was found in Papua Province (8.28 percent), where the morbidity of males was 8.45 percent and the morbidity of the female population was 8.08 percent.*

**Tabel 2.2. Angka Kesakitan di Indonesia Menurut Provinsi dan Jenis Kelamin Tahun 2016**  
**Table 2.2. Morbidity Rate in Indonesia by Province and Sex in 2016**

Provinsi/Province	Tipe Daerah/Urban-Rural Classification		Jenis Kelamin/Sex		Total/Total
	Perkotaan/Urban	Perdesaan/ Rural	Laki-laki/ Male	Perempuan/ Female	
Aceh	13,63	14,45	13,18	15,23	14,21
Sumatera Utara	10,83	12,82	11,15	12,49	11,82
Sumatera Barat	14,09	17,60	16,44	15,89	16,16
Riau	15,09	15,09	14,85	15,34	15,09
Jambi	11,95	13,97	13,19	13,52	13,35
Sumatera Selatan	11,48	12,69	12,30	12,20	12,25
Bengkulu	14,74	15,01	15,16	14,69	14,93
Lampung	11,62	15,11	13,63	14,72	14,16
Kep. Bangka Belitung	14,54	12,44	13,09	13,96	13,51
Kepulauan Riau	11,64	11,45	11,13	12,11	11,61
DKI Jakarta	13,51	0,00	13,31	13,71	13,51
Jawa Barat	15,72	16,29	15,60	16,20	15,90
Jawa Tengah	16,02	17,14	16,60	16,63	16,62
DI Yogyakarta	16,16	19,37	16,51	17,85	17,19
Jawa Timur	15,08	15,75	15,16	15,69	15,42
Banten	15,38	16,50	15,72	15,74	15,73
Bali	15,58	21,47	17,65	17,87	17,76
Nusa Tenggara Barat	20,04	21,39	21,17	20,46	20,81
Nusa Tenggara Timur	15,52	19,79	18,16	19,66	18,92
Kalimantan Barat	12,83	14,03	13,08	14,25	13,65
Kalimantan Tengah	13,29	13,78	13,00	14,26	13,61
Kalimantan Selatan	15,97	17,83	16,59	17,47	17,02
Kalimantan Timur	11,76	10,98	11,19	11,81	11,48
Kalimantan Utara	11,61	13,82	11,82	13,39	12,56
Sulawesi Utara	13,69	17,04	15,84	15,09	15,48
Sulawesi Tengah	16,88	17,02	17,48	16,46	16,98
Sulawesi Selatan	12,99	14,27	13,67	13,88	13,78
Sulawesi Tenggara	19,26	16,64	17,16	17,68	17,42
Gorontalo	19,01	20,53	20,24	19,72	19,98
Sulawesi Barat	16,33	15,65	15,65	15,93	15,79
Maluku	9,84	12,13	11,02	11,42	11,22
Maluku Utara	11,55	10,94	10,55	11,69	11,11
Papua Barat	8,65	12,75	10,96	11,41	11,17
Papua	10,60	7,45	8,45	8,08	8,28
<b>Indonesia</b>	<b>14,70</b>	<b>15,69</b>	<b>14,94</b>	<b>15,43</b>	<b>15,18</b>

Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS (diolah)/ Calculated from 2016 Notional Socioeconomic Survey Data, BPS

**Tabel 2.3. Rata-rata Lama Sakit (Hari) yang Diderita Penduduk Menurut Provinsi, Tipe Daerah, dan Jenis Kelamin, 2016****Table 2.3. Average Day of Illness of Population by Province, Urban-Rural Areas, and Sex 2016**

Provinsi/Province	Tipe Daerah/Urban-Rural Classification		Jenis Kelamin/Sex		Total/ Total
	Perkotaan/Urban	Perdesaan/Rural	Laki-laki/ Male	Perempuan/ Female	
Aceh	5,69	6,23	6,28	5,90	6,08
Sumatera Utara	6,02	6,31	6,50	5,90	6,18
Sumatera Barat	6,09	6,47	6,42	6,25	6,33
Riau	4,94	5,46	5,33	5,18	5,26
Jambi	5,50	5,88	5,84	5,71	5,77
Sumatera Selatan	5,19	5,41	5,62	5,04	5,34
Bengkulu	5,96	6,00	6,18	5,77	5,98
Lampung	5,57	5,69	5,69	5,63	5,66
Kep. Bangka Belitung	5,36	6,07	5,53	5,84	5,69
Kepulauan Riau	4,23	5,56	4,59	4,28	4,43
DKI Jakarta	4,67	-	4,83	4,50	4,67
Jawa Barat	6,07	6,06	6,05	6,09	6,07
Jawa Tengah	5,72	5,65	5,76	5,61	5,68
DI Yogyakarta	5,52	5,31	5,22	5,64	5,44
Jawa Timur	5,60	6,04	5,80	5,86	5,83
Banten	5,31	5,91	5,57	5,44	5,51
Bali	4,94	5,43	5,31	5,00	5,16
Nusa Tenggara Barat	5,86	5,51	5,70	5,62	5,66
Nusa Tenggara Timur	5,40	5,70	5,77	5,54	5,65
Kalimantan Barat	5,81	5,51	5,66	5,55	5,60
Kalimantan Tengah	5,85	5,40	5,61	5,50	5,55
Kalimantan Selatan	4,99	5,25	5,20	5,08	5,14
Kalimantan Timur	5,78	5,60	5,76	5,67	5,72
Kalimantan Utara	5,49	5,38	5,70	5,17	5,44
Sulawesi Utara	6,67	6,38	6,60	6,39	6,50
Sulawesi Tengah	5,49	6,32	6,27	5,93	6,11
Sulawesi Selatan	6,15	6,53	6,27	6,50	6,39
Sulawesi Tenggara	4,72	5,97	5,64	5,48	5,56
Gorontalo	6,09	6,11	6,33	5,88	6,11
Sulawesi Barat	6,97	6,00	6,41	6,00	6,20
Maluku	6,74	6,54	6,90	6,32	6,61
Maluku Utara	5,35	6,51	6,24	6,13	6,19
Papua Barat	5,75	7,25	6,89	6,70	6,80
Papua	6,01	5,66	5,80	5,75	5,78
<b>Indonesia</b>	<b>5,65</b>	<b>5,89</b>	<b>5,83</b>	<b>5,72</b>	<b>5,77</b>

Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS (diolah)/ Calculated from 2016 Notional Socioeconomic Survey Data, BPS

Disamping keluhan kesehatan dan angka kesakitan, rata-rata banyaknya hari sakit pada penduduk yang mengalami gangguan/keluhan kesehatan juga mencerminkan derajat kesehatan penduduk dan intensitas penyakit yang diderita. Semakin tinggi rata-rata lama sakit, maka semakin besar pula kerugian materiil yang dikeluarkan oleh penduduk. Rata-rata lama sakit yang diderita penduduk dalam sebulan terakhir sebesar 5,77 hari. Provinsi dengan persentase rata-rata lama sakit tertinggi yaitu Papua Barat (6,80 hari) dan yang terendah yaitu Kepulauan Riau (4,43 hari). Ditinjau menurut tipe daerah, rata-rata lama sakit penduduk yang tinggal di daerah perdesaan (5,89 hari) sedikit lebih tinggi dibandingkan penduduk yang tinggal di daerah perkotaan (5,65 hari). Rata-rata lama sakit penduduk di kawasan timur Indonesia cenderung lebih tinggi, dimana persentase tertinggi di perkotaan yaitu di Provinsi Sulawesi Barat (6,97 persen), sementara yang tertinggi di daerah perdesaan yaitu Papua Barat (7,25 persen).

Tidak terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata lama sakit penduduk laki-laki dan penduduk perempuan, dimana rata-rata lama sakit penduduk laki-laki tahun 2016 sebesar 5,83 hari dan penduduk perempuan sebesar 5,72 hari. Provinsi dengan persentase rata-rata lama sakit tertinggi penduduk laki-laki yaitu di Maluku (6,90 hari) dan penduduk perempuan di Papua Barat (6,70 hari).

## 2.2. KESEHATAN IBU DAN ANAK

Kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu persoalan pembangunan di Indonesia yang masih terus bergulir. Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Neonatal (AKN), dan Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan indikator strategis pembangunan kesehatan yang mencerminkan derajat kesehatan dan kualitas penduduk. Ketiga angka ini digunakan sebagai dasar evaluasi kebijakan pemerintah di bidang kesehatan dan kependudukan. Rendahnya akses terhadap pelayanan kesehatan ibu dan

*In addition to health complaints and morbidity, the average days of illness on people with health problems also reflect the health status of the population and the intensity of the illness. The higher the average length of illness, the greater the material losses incurred by the population. The average days of illness suffered by the population in the last month amounted to 5.77 days. The province with the highest average percentage of illness duration was Papua Barat (6.80 days) and the lowest was Kepulauan Riau (4.43 days). On urban-rural comparison, the average days of illness of people living in rural areas (5.89 days) was slightly higher than in urban areas (5.65 days). The average length of illness of the population in eastern Indonesia appeared to be higher, where the highest percentage in urban areas was Sulawesi Barat (6.97 percent), while the highest in rural areas was Papua Barat (7.25 percent).*

*There was no significant difference in average days of illness of male population and female population, where the average days of illness of male population in 2016 was 5.83 days and female population was 5.72 days. The province with the highest average days of illness of male population was in Maluku (6.90 days) and that of female population was discovered in West Papua (6.70 days).*

## 2.2 MATERNAL AND CHILD HEALTH

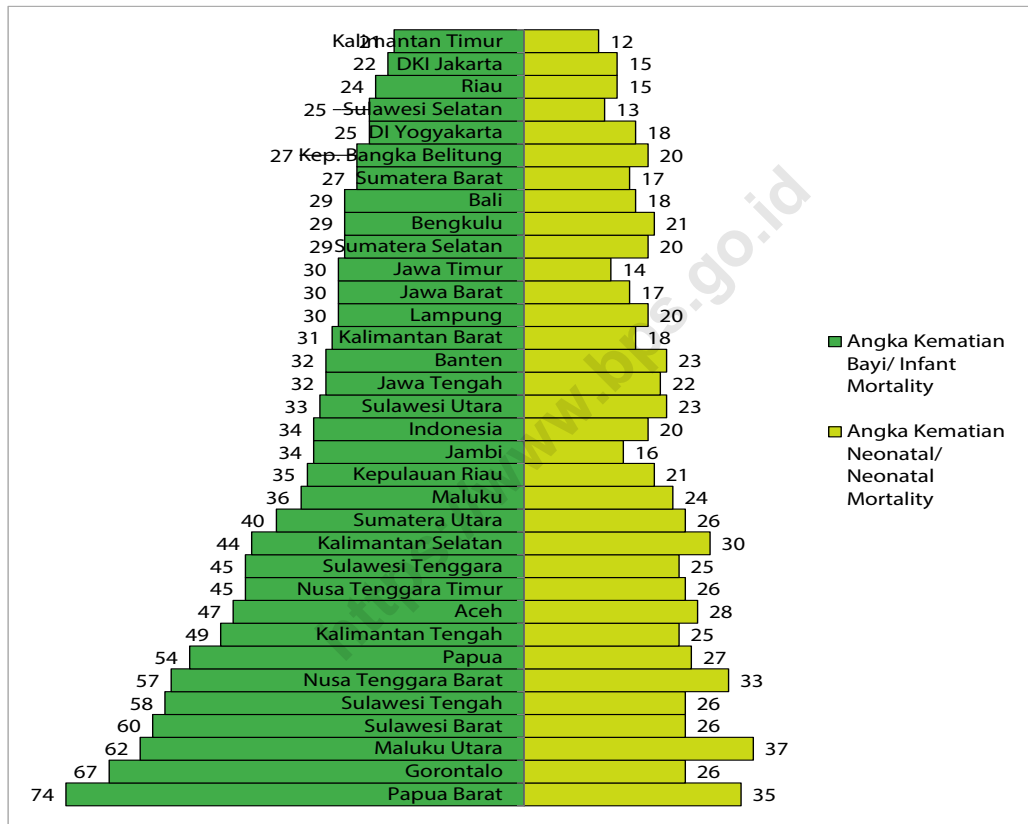
*Maternal and child health is one of the problems of development in Indonesia that is still occurring. Infant Mortality Rate (IMR), Neonatal Mortality Rate (MMR), and Maternal Mortality Rate (MMR) are strategic indicators of health development that represent health and quality of the population. These three indicators are used as the basis for evaluation of government policies in health and population. Low access to maternal and child health care services is likely to be the main cause of high maternal and infant mortality rates. The healths*

anak ditengarai menjadi penyebab utama tingginya angka kematian ibu dan bayi. Pelayanan dapat berupa akses terhadap tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan, dan kualitas layanan kesehatan.

*services include access to health personnel, health facilities, and quality of health services.*

**Gambar 2.4. Angka Kematian Neonatal dan Angka Kematian Bayi (per 1.000 Kelahiran Hidup) Selama Periode 10 Tahun Terakhir Sebelum Survei di Indonesia, 2012**

**Figure 2.4. Neonatal Mortality and Infant Mortality Rate (per 1,000 Livebirths) During Last 10 Years Prior to the IDHS, 2012**



Sumber/ Source : Survei Demografi dan Kependudukan Indonesia (SDKI) 2012/ Indonesia Demographic and Health Survey 2012

Data Survei Demografi dan Kependudukan Indonesia (SDKI) 2012 menunjukkan AKB di Indonesia yaitu 32 bayi per 1.000 kelahiran hidup. Atau dapat dikatakan bahwa satu di antara 31 bayi meninggal sebelum mencapai usia satu tahun. Sementara itu, Angka Kematian Neonatal atau bayi di bawah usia 1 bulan di Indonesia tercatat sebesar 20 bayi per 1.000 kelahiran hidup. Kondisi ini menunjukkan bahwa pemerintah dan jajarannya harus bekerja keras mengejar ketertinggalan

*The data of Indonesia Demographic and Health Survey (IDHS 2012) shows that the IMR in Indonesia was 32 babies per 1,000 live births. Simply speaking, it was one in 31 babies died before reaching the age of one year. Meanwhile, Neonatal Mortality Rate or infant under 1 month mortality rate in Indonesia was recorded as 20 babies per 1,000 live births. This condition specifies that the government must keep a hard work to achieve health development targets as stated in Sustainable Development Goals (SDGs). In SDGs, the third goal mentions one*

target pembangunan kesehatan seperti yang tercantum dalam *Sustainable Development Goals* (SDGs). Dalam SDGs tujuan ketiga disebutkan salah satu target yang harus dicapai oleh setiap negara yaitu menurunkan Angka Kematian Neonatal menjadi 12 per 1.000 kelahiran hidup dan angka kematian balita menjadi 25 per 1.000 kelahiran hidup.

Provinsi dengan AKN tertinggi yaitu Maluku Utara sebesar 37 per 1.000 kelahiran hidup, disusul Papua Barat sebesar 35 per 1.000 kelahiran hidup, dan Nusa Tenggara Barat sebesar 33 per 1.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Neonatal di Maluku Utara tiga kali lipat lebih besar dibandingkan Angka Kematian Neonatal terendah di Kalimantan Timur sebesar 12 per 1.000 kelahiran hidup. Hal yang memprihatinkan adalah lebih dari setengah provinsi di Indonesia mencatatkan AKN di atas angka nasional, dimana sebagian besar berada di wilayah timur Indonesia.

Dalam Renstra Kementerian Kesehatan 2015-2019 tercantum target AKB tahun 2019 sebesar 24 per 1.000 kelahiran hidup. Provinsi dengan AKB tertinggi di Indonesia yaitu Papua Barat sebesar 74 per 1.000 kelahiran hidup, diikuti Gorontalo sebesar 67 per 1.000 kelahiran hidup, dan Maluku Utara sebesar 62 per 1.000 kelahiran hidup. Sementara itu, AKB terendah dicapai Provinsi Kalimantan Timur sebesar 21 per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini sekitar tiga kali lebih rendah dibandingkan AKB tertinggi yaitu 74 per 1.000 kelahiran hidup. Gap yang tinggi antara nilai AKB tertinggi dan terendah menunjukkan ketimpangan capaian pembangunan kesehatan di Indonesia.

Jika ditinjau menurut pulau, Aceh merupakan provinsi dengan AKB tertinggi di Pulau Sumatera sebesar 47 per 1.000 kelahiran hidup. Di Pulau Jawa, Bali, dan Nusa Tenggara, Nusa Tenggara Timur, dan Nusa Tenggara Barat merupakan provinsi dengan AKB tertinggi sebesar 57 per 1.000 kelahiran hidup. Di Pulau Kalimantan, Kalimantan Tengah merupakan provinsi dengan AKB tertinggi sebesar 49 per 1.000 kelahiran hidup. Sementara untuk Pulau

*of the targets to be achieved by each country is to reduce the Neonatal Mortality Rate to 12 per 1,000 live births and mortality rate of children under five to 25 per 1,000 live births.*

*Some provinces with the highest neonatal mortality rate were Maluku Utara at 37 per 1,000 live births, Papua Barat at 35 per 1,000 live births, and Nusa Tenggara Barat at 33 per 1,000 live births. The Neonatal Mortality Rate in Maluku Utara is three times greater than the lowest Neonatal Mortality Rate in Kalimantan Timur at 12 per 1,000 live births. A matter that should be got serious attention is that more than half of Indonesia's provinces have the figure beyond national figure; most of them are in eastern Indonesia.*

*In the Strategic Plans of the Ministry of Health 2015-2019, the 2019 target of IMR is 24 per 1,000 live births. The province with the highest IMR in Indonesia is Papua Barat at 74 per 1,000 live births, followed by Gorontalo at 67 per 1,000 live births, and Maluku Utara at 62 per 1,000 live births. Meanwhile, the lowest IMR was found in Kalimantan Timur Province of 21 per 1,000 live births. This figure is about three times lower than the highest IMR of 74 per 1,000 live births. The huge gap between the highest and lowest IMR values indicates inequality of health development in Indonesia.*

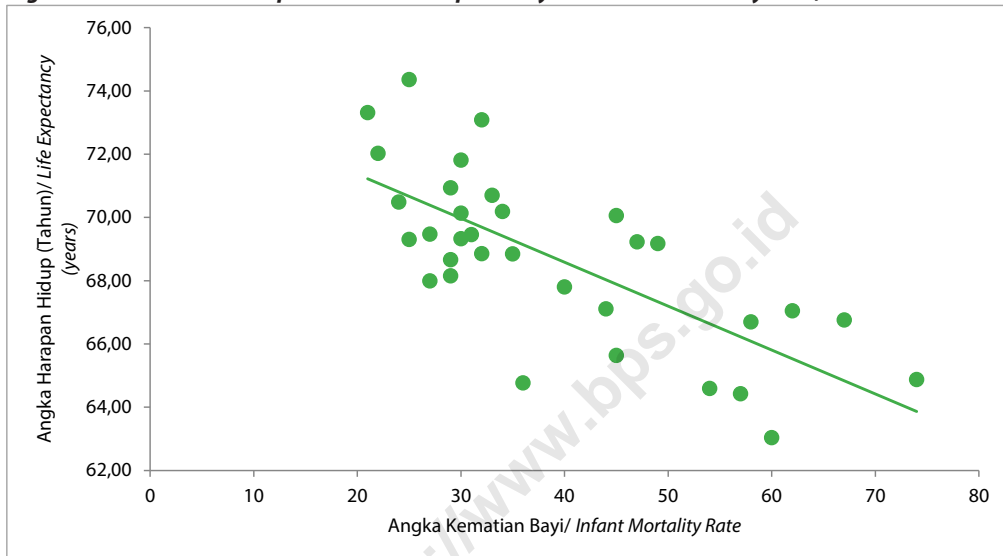
*On main island comparison, Aceh was the province with the highest IMR on the Sumatra Island by 47 per 1,000 live births. In Java Island, the province Bali and Nusa Tenggara Timur, and Nusa Tenggara Barat were with the highest IMR of 57 per 1,000 live births. On the Kalimantan Island, Kalimantan Tengah was the province with the highest IMR of 49 per 1,000 live births. While in Sulawesi, Maluku and Papua Island, the provinces with*



Sulawesi, Maluku, dan Papua, provinsi dengan AKB tertinggi di masing-masing pulau yaitu Gorontalo (67 per 1.000 kelahiran hidup), Maluku Utara (62 per 1.000 kelahiran hidup), dan Papua Barat (74 per 1.000 kelahiran hidup).

*the highest IMR respectively were Gorontalo (67 per 1,000 live births), Maluku Utara (62 per 1,000 live births), and Papua Barat (74 per 1,000 live births).*

**Gambar 2.5. Hubungan Angka Harapan Hidup dan Angka Kematian Bayi, 2012**  
**Figure 2.5. Relationship Between Life Expectancy and Infant Mortality Rate, 2012**



Sumber/ Source : SDKI 2012 dan [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id) (Tabel Dinamis), BPS/The 2012 IDHS and [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id) (Dynamic Table), BPS

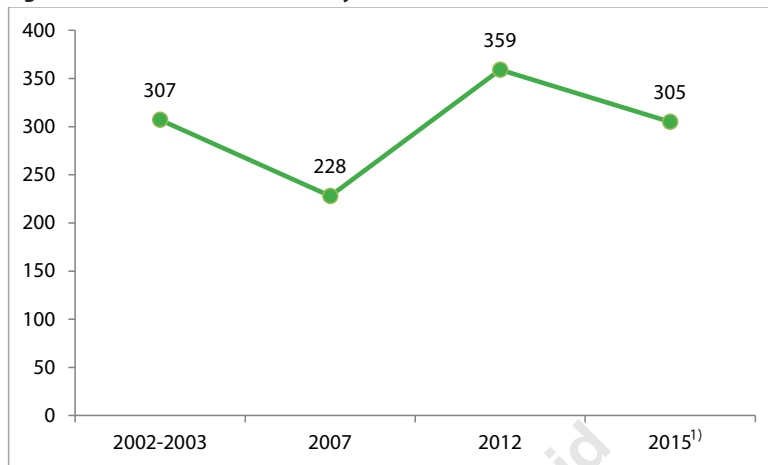
Gambar di atas menunjukkan adanya kecenderungan hubungan negatif antara angka harapan hidup dengan angka kematian bayi. Provinsi dengan angka harapan hidup yang tinggi cenderung angka kematian bayinya rendah. Sebaliknya, provinsi dengan angka harapan hidup yang rendah cenderung angka kematian bayinya tinggi. Angka kematian bayi adalah refleksi dari kesehatan ibu, pelayanan kesehatan, proses persalinan, asi eksklusif, dan lain-lain. Angka kematian bayi yang tinggi menandakan bahwa terdapat masalah kesehatan masyarakat yang menghambat peningkatan angka harapan hidup (Detik.com).

*The figure above shows the tendency of a negative relationship between life expectancy and infant mortality. The provinces with high life expectancy tend to have low infant mortality rates. In contrast, provinces with low life expectancy are likely to have high infant mortality rates. Infant mortality is a reflection of matters of maternal health, health care, labor, exclusive breastfeeding, and others. High infant mortality indicates that there are public health problems that inhibit the increase in life expectancy (Detik.com).*

Berdasarkan hasil SDKI, AKI telah mengalami penurunan dari 307 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2002-2003 menjadi 228 per 100.000

*Based on the results of the IDHS, the infant mortality rate has decreased from 307 per 100,000 live births in 2002-2003 to 228 per 100,000 live births in 2007 but then*

**Gambar 2.6. Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, 2002-2015**  
**Figure 2.6. Maternal Mortality Rate in Indonesia, 2002-2015**



Catatan/Notes : <sup>1)</sup>Data Hasil Supas 2015/ <sup>1)</sup>the 2015 Intercensal Population Survey  
Sumber/ Source : SDKI 2002-2003, SDKI 2007, SDKI 2012/ the 2002-2003 IDHS, the 2007 IDHS, the 2012 IDHS

kelahiran hidup pada tahun 2007, namun meningkat hingga 359 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2012. Hasil Survei Penduduk Antara Sensus (SUPAS) 2015 tercatat angka kematian ibu di Indonesia masih di angka 305 per 100.000 kelahiran hidup. Pemerintah mempunyai sebuah pekerjaan besar untuk dapat menekan Angka Kematian Ibu (AKI) yang masih jauh tertinggal dari target SDGs yaitu di bawah 70 per 1.000 kelahiran hidup. Sinergi dari pemerintah bersama masyarakat harus diupayakan untuk menekan angka kematian ibu.

Banyak hal yang menyebabkan angka kematian ibu masih tinggi. Hasil SDKI menunjukkan penyebab utama kematian ibu di Indonesia yaitu pendarahan setelah melahirkan, hipertensi, dan infeksi setelah melahirkan. Wakil Menteri Kesehatan menyebutkan bahwa kematian ibu juga dapat disebabkan karena terlambat di rumah, di perjalanan, dan di unit layanan kesehatan (Detik.com, 2013). Yang dimaksud terlambat di rumah yaitu kurangnya pengetahuan suami dan istri terkait kehamilan dan proses persalinan, serta faktor pembiayaan untuk persalinan. Terlambat di perjalanan artinya belum tersedianya sarana transportasi yang siap siaga, terutama di daerah perdesaan atau

increased to 359 per 100,000 live births in 2012. Results of the 2015 Intercensal Population Survey recorded maternal mortality rate in Indonesia was still at 305 per 100,000 live births. The government has a huge duty to reduce maternal mortality rate that still lies far behind the target of less than 70 per 1,000 live births. The synergy of the government with the community should be enhanced to reduce maternal mortality.

Many factors that cause high maternal mortality rate. The data of the IDHS show the major causes of maternal mortality in Indonesia, namely postpartum hemorrhage, hypertension, and postpartum infection. The Vice Minister of Health mentioned that maternal deaths can also be caused by cases of failure at home, failure on the way, and failure in the health care unit (Detik.com, 2013). Failure at home means lack of knowledge of husband and wife related to pregnancy and delivery process, as well as the financing factor for childbirth. Failure on the way means that lack of availability of transportation facilities, especially in rural areas or areas far from the health care unit. The long time and far mileage



daerah yang jauh dari unit layanan kesehatan. Waktu dan jarak tempuh yang jauh tentunya semakin meningkatkan risiko keterlambatan pertolongan pada proses persalinan. Dan yang terakhir yaitu terlambat di unit layanan kesehatan, dimana sarana dan prasarana yang tersedia kurang memadai, termasuk ketersediaan tenaga kesehatan terlatih.

Kementerian Kesehatan menyebutkan bahwa disparitas kesehatan ibu dan anak dipengaruhi faktor geografis, seperti daerah terpencil dan kepulauan; ketersediaan fasilitas kesehatan dan obat-obatan terjangkau belum terpenuhi; kurangnya tenaga kesehatan; dan masalah finansial dalam mengakses pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah ([www.kemkes.go.id](http://www.kemkes.go.id)). Angka kematian ibu erat kaitannya dengan proses persalinan, apakah ditolong oleh tenaga kesehatan atau tidak. Secara nasional, sebanyak 92,60 persen ibu melahirkan dengan penolong persalinan tenaga kesehatan. Yang dimaksud tenaga kesehatan disini yaitu dokter kandungan, dokter umum, bidan, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya. Hampir seluruh ibu melahirkan di Provinsi Bali ditolong oleh tenaga kesehatan, atau lebih tepatnya sebesar 99,40 persen. Kondisi berkebalikan terjadi di Provinsi Papua, dimana baru 63,92 persen ibu melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan. Hal ini berarti hampir setengah dari ibu melahirkan di Papua masih ditolong bukan oleh tenaga kesehatan. Hal serupa juga terjadi di Maluku Utara, dimana persentase ibu melahirkan dengan penolong persalinan tenaga kesehatan masih rendah, yaitu 65,62 persen. Ibu yang melahirkan tanpa bantuan tenaga kesehatan selain berdampak pada kesehatan ibu, juga dapat berakibat buruk bagi bayinya. Hal ini tercermin dari angka kematian neonatal dan angka kematian bayi di kedua provinsi ini yang menempati peringkat tujuh besar tertinggi di Indonesia.

Menurut tipe daerah, persentase ibu melahirkan dengan penolong persalinan tenaga kesehatan yang tinggal di perkotaan (96,68 persen) lebih tinggi dibandingkan

*to reach health care unit for childbirth surely increase the risk of failure in the delivery process. The latter one is failure in the health care unit, where the health facilities and infrastructure are inadequate, including the availability of skilled health workers.*

*The Ministry of Health mentioned that maternal and child health disparities are influenced by geographical factors, such as remote and island areas; the availability of affordable medical and pharmaceutical facilities has not been met; lack of health personnel; and financial problems in accessing health services provided by the government ([www.kemkes.go.id](http://www.kemkes.go.id)). Maternal mortality is closely related to the delivery process, whether assisted by health personnel or not. Nationally, as many as 92.60 percent of mothers gave birth with attendant of health personnel. The health personnel here are obstetricians, general practitioners, midwives, nurses, and other health workers. Almost all mothers giving birth in Bali Province were attended by health workers, by 99.40%. The opposite condition occurred in Papua Province, where only 63.92 percent of mothers gave birth attended by health personnel. This means that almost half of mothers giving birth in Papua were still not helped by health workers. Similarly, in Maluku Utara, the percentage of mothers giving birth with attended by health workers was still low, by 65.62 percent. Mothers who give birth without the help of health workers not only risk the health of mothers, but also risk the baby's life. This is reflected in the neonatal mortality rate and infant mortality rate in both provinces, ranking the top seven in Indonesia.*

*On urban-rural comparison, the percentage of urban mothers giving birth attended by health workers (96.68 per cent) was higher than that of rural mothers (88.27*

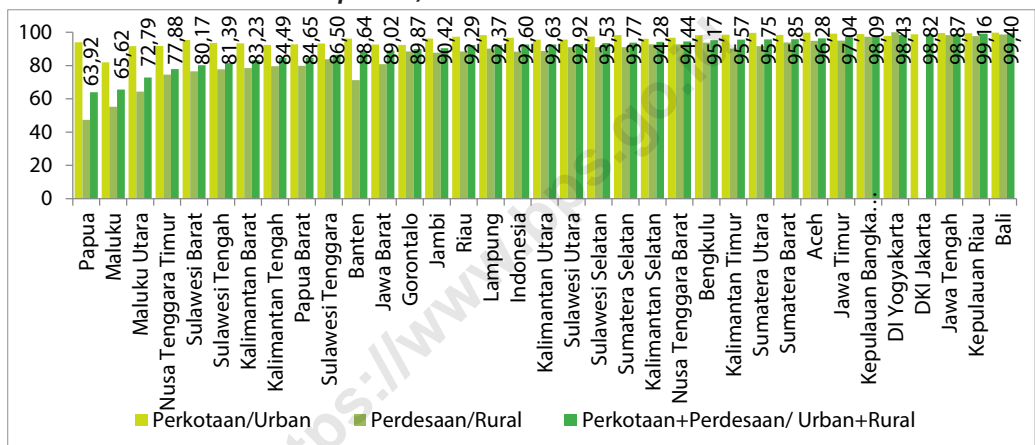
ibu melahirkan yang tinggal di perdesaan (88,27 persen). Keadaan ini tidak lepas dari keberadaan tenaga kesehatan yang lebih terpusat di daerah perkotaan dibandingkan perdesaan. Banyak dokter dan bidan lebih memilih menjalankan profesi di daerah urban/perkotaan disebabkan fasilitas hidup, fasilitas kesehatan, dan upah yang diberikan cenderung lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di perdesaan.

*per cent). This situation are likely because of that availability of health workers are more centralized in urban areas than rural. Many doctors and midwives prefer to practice their professions in urban areas because of more attracting factors of urban living, such as facilities and wages, than in rural areas.*

*Maluku was the province with the lowest percentage of urban mothers giving birth*

**Gambar 2.7. Persentase Ibu Melahirkan dengan Penolong Persalinan Tenaga Kesehatan Menurut Provinsi dan Tipe Daerah Tahun 2016**

**Figure 2.7. Percentage of Mothers Giving Child Birth Assisted by Health Workers by Province and Urban-Rural Comparison, 2016**



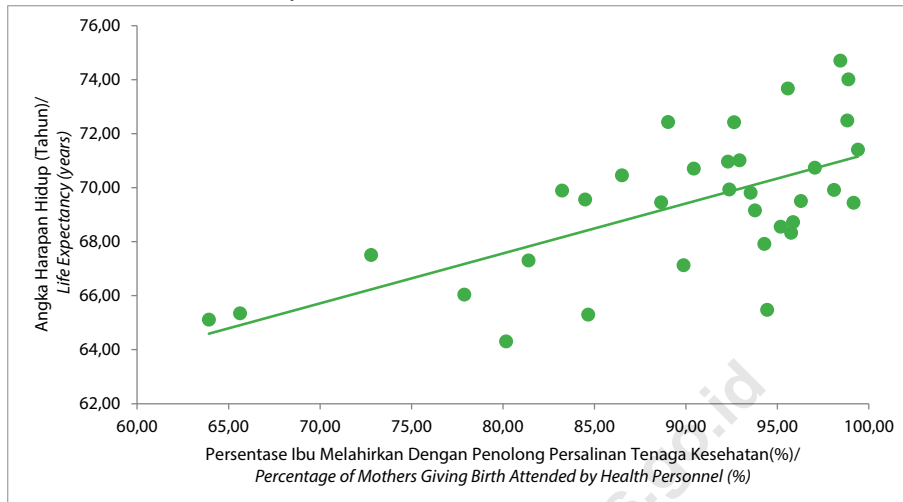
Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS/ 2016 National Socioeconomic Survey, BPS

Maluku merupakan provinsi dengan persentase terendah ibu melahirkan yang tinggal di daerah perkotaan dan ditolong oleh tenaga kesehatan, dengan persentase 81,99 persen. Angka ini jauh tertinggal dibandingkan provinsi-provinsi lainnya dengan persentase di atas 90 persen. Sementara untuk daerah perdesaan, provinsi dengan persentase terendah ibu melahirkan yang ditolong oleh tenaga kesehatan yaitu Papua, dengan persentase 47,33 persen. Angka ini menunjukkan belum ada separuh dari ibu melahirkan yang tinggal di perdesaan yang ditolong oleh tenaga kesehatan. Kondisi ini sangat memprihatinkan bila dibandingkan dengan capaian DI Yogyakarta yang sudah berhasil 100 persen, yang berarti seluruh ibu melahirkan yang tinggal di perdesaan di Provinsi DIY persalinannya ditolong oleh tenaga kesehatan.

*assisted by health workers, with a percentage of 81.99 percent. This figure was far behind when compared to other provinces with a percentage above 90 percent. As for rural areas, provinces with the lowest percentage of mothers giving birth assisted by health workers was Papua, with percentage of 47.33 percent. This figure shows no half of mothers who live in rural areas assisted by health personnel. This condition is very apprehensive when compared with the condition of DI Yogyakarta that has succeeded 100 percent, which means that all mothers giving childbirth who live in rural areas in the province of DI Yogyakarta were assisted by health personnel.*

**Gambar 2.8. Hubungan Angka Harapan Hidup dan Persentase Ibu Melahirkan dengan Penolong Persalinan Tenaga Kesehatan, 2016**

**Figure 2.8. Relationship of Life Expectancy and Percentage of Mothers Giving Birth Attended by Health Personnel, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016 dan [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id) (Tabel Dinamis), BPS/ The 2016 National Socioeconomic Survey and [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id) (Dynamic Table), BPS

Proses persalinan merupakan salah satu faktor tidak langsung yang dianggap memengaruhi angka harapan hidup. Kematian bayi lebih rentan terjadi pada ibu yang dalam proses persalinannya tidak ditolong oleh tenaga kesehatan. Suatu wilayah dengan angka kematian bayi yang tinggi mencerminkan adanya permasalahan kesehatan yang berdampak pada angka harapan hidup. Provinsi dengan angka harapan hidup yang rendah cenderung diiringi rendahnya persentase ibu melahirkan ditolong tenaga kesehatan. Sebaliknya, provinsi dengan angka harapan hidup yang tinggi cenderung diiringi persentase ibu melahirkan ditolong tenaga kesehatan yang tinggi. Kecenderungan adanya hubungan positif tampak pada kedua indikator ini.

Pentingnya ibu melahirkan dengan ditolong oleh tenaga kesehatan perlu didukung dengan melahirkan di tempat pelayanan kesehatan seperti klinik/bidan/praktek dokter, Rumah Sakit/Rumah Sakit Bersalin, atau Puskesmas/Polinde/Pustu. Terdapat enam provinsi dimana sebagian besar ibu melahirkan bukan di tempat pelayanan kesehatan, seperti di rumah atau

*The process of childbirth is one indirect factor that is considered to affect the life expectancy. Infant mortality is more vulnerable to mothers who are in the process of delivery not attended by health personnel. An area with a high infant mortality rate indicates existing health problems that impact on life expectancy. The provinces with low life expectancy tend to be accompanied by a low percentage of delivering mothers assisted by health personnel. In contrast, the provinces with high life expectancy have a tendency to also have high percentage of mothers giving birth attended by health personnel. The trend of a positive relationship appears on both of these indicators.*

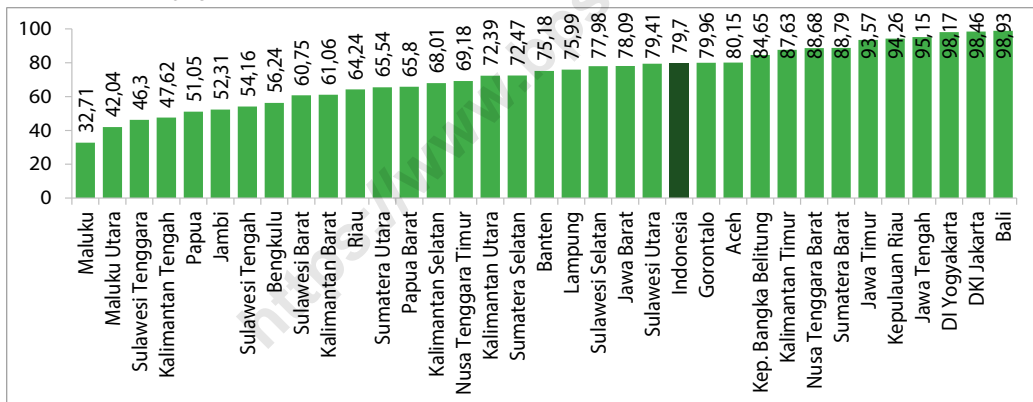
*The importance of delivering mothers with help by professional health personnel should be supported by encouraging community to have delivery at health care facilities such as clinic / midwife / practitioner doctor, Maternity Hospital / Hospital, or the Puskesmas / the Polinde / the Pustu. There are six provinces where the majority of mothers giving birth not at health care units, such as at home*

lainnya, yaitu Jambi, Kalimantan Tengah, Sulawesi Tenggara, Maluku, Maluku Utara, dan Papua. Keenam provinsi tersebut sebagian besar berada di wilayah timur Indonesia yang identik dengan tempat pelayanan kesehatan yang minim. Ketersediaan fasilitas kesehatan dengan sarana dan prasarana yang memadai dan didukung tenaga kesehatan berkualitas dapat menekan angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Hal ini disebabkan kematian ibu dan bayi banyak disebabkan keterlambatan penanganan pada saat persalinan, yang sebenarnya dapat diminimalisir dengan penolong persalinan oleh tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan.

or others, namely Jambi, Kalimantan Tengah, Sulawesi Tenggara, Maluku, Maluku Utara, and Papua. The six provinces are mostly located in eastern Indonesia that is identical with the lower amount of health service units. The availability of health facilities with adequate facilities and infrastructure and supported by qualified health personnel can reduce maternal mortality and infant mortality rate. This is due to maternal and infant deaths due to delayed handling at the time of delivery, which can be minimized with a birth attendant by health personnel at a health facility.

**Gambar 2.9. Persentase Ibu yang Melahirkan Anak Lahir Hidup Dalam Dua Tahun Terakhir di Tempat Pelayanan Kesehatan Menurut Provinsi, 2016**

**Figure 2.9. Percentage of Mothers Within the Last Two Years in Health Care Facilities by Province, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS/ 2016 National Socioeconomic Survey, BPS

Menurut tipe daerah, persentase ibu yang melahirkan di tempat pelayanan kesehatan lebih tinggi di perkotaan dibandingkan di perdesaan. Lebih dari 90 persen ibu yang tinggal di perkotaan melahirkan di tempat pelayanan kesehatan seperti RS/RS Bersalin/Klinik/Bidan/Praktek Dokter/Puskesmas/Polinde/Pustu. Sementara itu, baru sekitar 67 persen ibu yang tinggal di perdesaan melahirkan di tempat pelayanan kesehatan. Faktor pendidikan, pendapatan, dan pengetahuan dinilai memengaruhi pemilihan tempat melahirkan. Karakteristik penduduk perkotaan dengan tingkat pendidikan, pendapatan, dan pengetahuan yang lebih tinggi mendasari pemilihan tempat

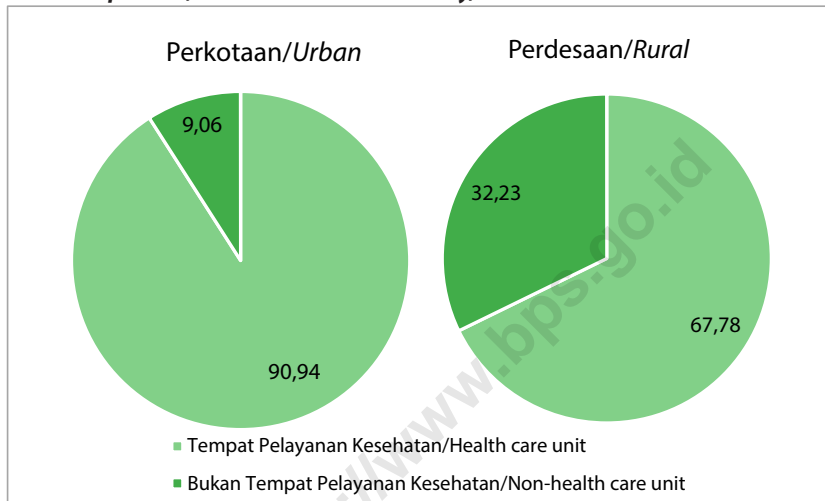
On urban-rural comparison, the percentage of mothers giving birth in health care facilities is higher in urban than in rural areas. More than 90 percent of urban mothers deliver in health care unit such as hospitals / clinic / clinic / midwife / practitioner doctor / the Puskesmas / Polinde / Pustu. Meanwhile, only about 67 percent of mothers who live in rural areas deliver in health care facilities. Factors of education, income, and knowledge are suspected to influence the decision-making of birth delivery place. Characteristics of urban populations with higher levels of education, income, and knowledge underpinning the choice of health care for birth delivery place. The availability of more and accessible health care

pelayanan kesehatan untuk melahirkan. Ketersediaan tempat pelayanan kesehatan yang lebih banyak dan mudah dijangkau juga berkontribusi terhadap tingginya persentase ibu yang tinggal di perkotaan dan melahirkan di tempat pelayanan kesehatan.

*units also contributes to the high percentage of urban mothers giving birth at the units.*

**Gambar 2.10. Persentase Ibu yang Melahirkan Anak Lahir Hidup dalam Dua Tahun Terakhir Menurut Tipe Daerah dan Tempat Melahirkan, 2016**

**Figure 2.10. Percentage of Mothers With Live Birth Within Last Two Years by Urban-Rural Comparison, and Place of Birth Delivery, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS/ 2016 National Socioeconomic Survey, BPS

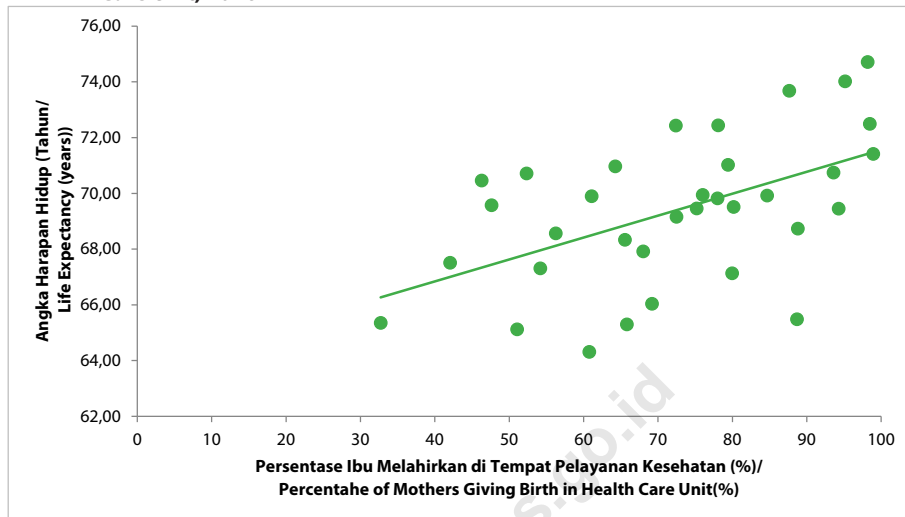
Ibu yang melalui proses persalinan harus ditolong oleh tenaga kesehatan di tempat pelayanan kesehatan. Mengingat betapa pentingnya proses persalinan terhadap kelangsungan hidup ibu dan bayi, pemerintah melalui Kementerian Kesehatan mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Pasal 14 ayat 1 yang berbunyi "Persalinan harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan". Gambar di bawah menunjukkan adanya kecenderungan angka harapan hidup yang rendah diiringi rendahnya persentase ibu melahirkan di tempat pelayanan kesehatan. Sebaliknya, angka harapan hidup yang tinggi cenderung diiringi persentase ibu melahirkan di tempat pelayanan kesehatan yang tinggi.

*Mothers who go through the delivery process should be assisted by health workers in health care unit. Given the importance of maternal and infant delivery, the government through the Ministry of Health issues Regulation of the Minister of Health of the Republic of Indonesia Number 97 of 2014 Article 14 paragraph 1 which reads "Delivery must be performed in health care facilities". The figures below show a tendency for low life expectancy to be accompanied by a low percentage of delivering mothers in health care units. Conversely, high life expectancy appears to be accompanied by the high percentage of mothers giving birth in health care units.*



**Gambar 2.11. Hubungan Angka Harapan Hidup dan Persentase Ibu Melahirkan di Tempat Pelayanan Kesehatan, 2016**

**Figure 2.11. Relationship Between Life Expectancy and Percentage Mother Giving Birth in Health Care Unit, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016 dan [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id) (Tabel Dinamis), BPS/ The 2016 National Socioeconomic Survey and [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id) (Dynamic Table), BPS

Dari sisi anak, upaya pembangunan kesehatan dimulai dari imunisasi. Imunisasi merupakan upaya perlindungan terhadap penyakit menular yang dapat dicegah, seperti Tuberkulosis, Difteri, Pertusis, Tetanus, Hepatitis B, Polio dan Campak. Program imunisasi di Indonesia mewajibkan setiap bayi usia 0-11 bulan memperoleh imunisasi dasar lengkap yang terdiri dari 1 dosis Hepatitis B, 1 dosis BCG, 3 dosis DPT-HB-Hib, 4 dosis polio tetes, dan 1 dosis campak. Menginjak usia 12 bulan, seharusnya seorang balita telah memenuhi imunisasi dasar lengkap. Namun kenyataannya, tahun 2016 baru 60 persen balita (0-59 bulan) di Indonesia yang memperoleh imunisasi dasar lengkap. Provinsi dengan persentase tertinggi balita (0-59 bulan) yang memperoleh imunisasi dasar lengkap yaitu DI Yogyakarta (75,97 persen), sementara yang terendah yaitu Aceh (40,37 persen). Rendahnya tingkat imunisasi disebabkan masih minimnya kesadaran orang tua terkait imunisasi, khawatir dampak dari imunisasi, dan isu seputar kehalalan vaksin.

On the children's side, health development effort must start from immunization. Immunization is a protection mechanism against preventable infectious diseases, such as Tuberculosis, Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Hepatitis B, Polio and Measles. The immunization program in Indonesia requires every infant 0-11 months of age to receive complete basic immunization package consisting of 1 dose of Hepatitis B, 1 dose of BCG, 3 DPT-HB-Hib doses, 4 doses of polio drops, and 1 dose of measles. By the age of 12 months, a child under five should have fulfilled complete basic immunization package. But in fact, in 2016 only 60 percent of children under five (0-59 months) in Indonesia who get complete basic immunization. The provinces with the highest percentage of children under five (0-59 months) who received complete basic immunization were DI Yogyakarta (75.97 percent), while the lowest was Aceh (40.37 percent). The low level of immunization is due to the lack of awareness from parents about its importance, worrying about the impact of immunization, and the false issues on the vaccine.

**Tabel 2.4. Persentase Penduduk Umur 0-59 Bulan (Balita) yang Mendapat Imunisasi Lengkap Menurut Provinsi, Daerah Tempat Tinggal, dan Jenis Kelamin, 2016**  
**Table 2.4. Percentage of Population Aged 0-59 Months (Children Under Five) Received Complete Basic Immunization by Province, Urban-Rural Comparison, and Sex, 2016**

Provinsi/Province	Perkotaan/Urban			Perdesaan/Rural			Perkotaan+Perdesaan/ Urban+Rural		
	L/M	P/F	L+P/ M+F	L/M	P/F	L+P/ M+F	L/M	P/F	L+P/ M+F
Aceh	46,51	47,07	46,78	38,46	37,13	37,81	40,79	39,93	40,37
Sumatera Utara	50,96	47,25	49,13	44,37	43,53	43,96	47,52	45,35	46,46
Sumatera Barat	57,03	52,38	54,74	56,83	52,74	54,76	56,91	52,6	54,75
Riau	59,49	61,15	60,30	40,34	43,01	41,59	47,97	50,62	49,24
Jambi	62,99	55,18	59,29	53,65	53,48	53,56	56,76	54,00	55,39
Sumatera Selatan	59,56	58,60	59,08	55,05	58,59	56,77	56,67	58,59	57,62
Bengkulu	65,81	62,09	64,11	54,99	56,50	55,69	58,37	58,20	58,29
Lampung	66,96	64,55	65,71	61,32	63,30	62,30	62,79	63,64	63,22
Kepulauan Bangka Belitung	71,43	74,71	73,06	70,24	67,53	68,89	70,84	71,14	70,99
Kepulauan Riau	68,09	66,09	67,16	64,86	51,65	58,43	67,65	63,96	65,93
DKI Jakarta	66,17	67,46	66,81	-	-	-	66,17	67,46	66,81
Jawa Barat	59,28	59,96	59,61	56,41	52,45	54,47	58,4	57,67	58,05
Jawa Tengah	70,62	69,43	70,05	68,58	71,96	70,25	69,55	70,80	70,16
DI Yogyakarta	77,84	71,81	74,81	83,80	74,00	78,79	79,56	72,46	75,97
Jawa Timur	70,31	70,09	70,2	62,26	60,95	61,62	66,33	65,54	65,94
Banten	56,61	58,89	57,72	32,54	38,86	35,58	49,09	52,72	50,85
Bali	73,32	72,47	72,91	71,93	69,12	70,54	72,82	71,24	72,05
Nusa Tenggara Barat	76,44	74,88	75,67	61,39	62,46	61,88	67,67	68,01	67,83
Nusa Tenggara Timur	71,23	68,55	70,01	63,46	63,01	63,23	65,06	63,96	64,51
Kalimantan Barat	54,61	50,63	52,67	54,89	55,85	55,34	54,80	54,17	54,50
Kalimantan Tengah	53,56	60,88	57,16	50,26	52,07	51,12	51,39	55,19	53,23
Kalimantan Selatan	61,69	61,50	61,60	66,4	67,95	67,19	64,24	65,12	64,68
Kalimantan Timur	73,86	69,60	71,71	54,33	58,06	56,17	66,61	65,44	66,02
Kalimantan Utara	76,12	69,83	73,18	51,48	46,20	49,09	65,93	60,40	63,38
Sulawesi Utara	59,78	59,18	59,47	67,61	65,75	66,65	64,01	62,8	63,39
Sulawesi Tengah	54,02	48,90	51,44	55,06	54,42	54,75	54,82	53,04	53,94
Sulawesi Selatan	60,51	66,63	63,55	59,62	57,10	58,36	59,97	60,8	60,38
Sulawesi Tenggara	60,82	62,41	61,59	59,27	60,61	59,93	59,71	61,10	60,39
Gorontalo	68,41	75,54	72,37	65,72	61,13	63,42	66,61	66,67	66,65
Sulawesi Barat	59,01	66,71	62,60	58,32	52,7	55,38	58,47	55,19	56,79
Maluku	63,78	60,97	62,30	41,13	38,58	39,95	48,97	47,62	48,31
Maluku Utara	62,02	57,44	59,75	50,08	49,24	49,67	53,31	51,47	52,4
Papua Barat	55,27	61,41	58,12	45,75	52,39	48,9	49,44	55,81	52,44
Papua	62,76	66,41	64,55	30,80	31,61	31,20	39,67	41,29	40,46
<b>Indonesia</b>	<b>63,29</b>	<b>63,03</b>	<b>63,16</b>	<b>56,59</b>	<b>56,78</b>	<b>56,68</b>	<b>60,01</b>	<b>59,96</b>	<b>59,99</b>

Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS (diolah)/ Calculated from the 2016 National Socioeconomic Survey, BPS

Berdasarkan jenis kelamin, tidak ada perbedaan yang berarti persentase balita yang mendapatkan imunisasi lengkap. Artinya, baik balita laki-laki maupun perempuan rata-rata memperoleh cakupan imunisasi yang sama. Ditinjau menurut tipe daerah, balita yang tinggal di daerah perkotaan lebih banyak yang memperoleh imunisasi dasar lengkap dibandingkan balita yang tinggal di daerah perdesaan. Provinsi dengan persentase tertinggi balita yang memperoleh imunisasi dasar lengkap di daerah perkotaan yaitu Nusa Tenggara Barat (75,67 persen), sementara yang tertinggi di daerah perdesaan yaitu DI Yogyakarta (78,79 persen).

Kementerian Kesehatan dalam Renstra 2015-2019 menyebutkan bahwa target persentase anak usia 0-11 bulan yang mendapat imunisasi dasar lengkap sebesar 93 persen. Langkah yang dapat ditempuh untuk meningkatkan cakupan imunisasi antara lain melalui peningkatan kesadaran masyarakat terhadap manfaat imunisasi, melakukan sosialisasi menanggapi isu-isu negatif seputar imunisasi, serta dukungan dari pemerintah, swasta, organisasi kemasyarakatan dan organisasi keagamaan. Informasi yang benar tentang imunisasi wajib diterima oleh para orang tua sehingga imunisasi akan menjadi gerakan masyarakat yang dapat meningkatkan derajat kesehatan.

### 2.3. STATUS GIZI DI INDONESIA

Salah satu persoalan kesehatan yang mengundang cukup perhatian yaitu seputar status gizi. Prevalensi status gizi balita perlu dipandang sebagai tantangan pembangunan karena menentukan nasib generasi masa depan. Potret gambaran status gizi di Indonesia dapat tercermin dari prevalensi gizi buruk dan gizi kurang (*underweight*) pada anak usia di bawah lima tahun atau balita, prevalensi pendek dan sangat pendek (*stunting*) pada anak usia di bawah dua tahun atau baduta, prevalensi kurus dan sangat kurus (*wasting*), serta pemberian ASI eksklusif. Gizi buruk erat kaitannya dengan kekurangan

*Based on sex, there is no significant difference in percentage of children under five obtaining complete basic immunization. This means both male and female children under five get the same coverage of the same immunization. On urban-rural analysis, children under-five living in urban areas are more likely to get complete basic immunization than children living in rural areas. The province with the highest percentage of urban children under five who received complete basic immunization was Nusa Tenggara Barat (75.67 percent), while the highest percentage of rural children under five who received complete basic immunization was DI Yogyakarta (78.79 percent).*

*The Strategic Plans 2015-2019 of Ministry of Health states that the target percentage of children aged 0-11 months who receive complete basic immunization is 93 percent. Efforts to improve immunization coverage include raising public awareness of immunization benefits, encouraging responses to negative issues on immunization, and providing support from government, private, community organizations and religious organizations. Correct information about immunization must be accepted by parents so that immunization will be a national movement that can improve health status.*

### 2.3 NUTRITIONAL STATUS IN INDONESIA

*One of the health issues that attract much attention is about nutritional status. Prevalence of children underfive nutritional status needs to be considered as a development challenge because it determines the fate of future generations. The portrait of the nutritional status picture in Indonesia can be indicated in the prevalence of malnutrition and underweight in children under five, prevalence of underheight and stunting in children under two years old, prevalence of underweight and wasting, and exclusive breastfeeding. Malnutrition is closely related to long-term energy and protein deficiency due to nutritional*



energi dan protein dalam jangka waktu yang lama akibat asupan gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan gizi. Faktor-faktor yang menyebabkan gizi buruk antara lain asupan gizi yang kurang baik, pemahaman mengenai makanan yang aman untuk dimakan, penyakit menular, lingkungan, akses terhadap pelayanan kesehatan, dan pola asuh ([www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)).

Kementerian Kesehatan menyebutkan bahwa status gizi balita di Indonesia sudah menuju ke arah yang lebih baik. Hal ini ditunjukkan melalui penurunan prevalensi *underweight*, prevalensi *stunting*, dan prevalensi *wasting* dari tahun 2015 ke tahun 2016 hasil dari Pemantauan Status Gizi/PSG yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan. Prevalensi *underweight* anak balita di Indonesia menurun dari 18,8 persen menjadi 17,8 persen. Prevalensi *stunting* anak baduta menurun dari 23,1 persen menjadi 21,7 persen, sementara prevalensi *stunting* pada anak balita menurun dari 29,00 persen menjadi 27,6 persen pada tahun 2016. Prevalensi *wasting* pada anak baduta menurun dari 12,8 persen menjadi 12,6 persen, sementara prevalensi *wasting* pada anak balita menurun dari 11,9 persen menjadi 11,1 persen. Di sisi lain, cakupan ASI eksklusif mengalami peningkatan dari 57,08 persen pada tahun 2015 menjadi 62,90 persen pada tahun 2016.

*Sustainable Development Goals* (SDGs) atau Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) sebagai agenda pembangunan berkelanjutan, dalam tujuan kedua target 2.2 disebutkan tahun 2030 menghilangkan segala bentuk kekurangan gizi. Guna mencapai target tersebut, RPJMN 2015-2019 menetapkan beberapa target nasional antara lain menurunnya prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek pada anak di bawah dua tahun/baduta pada tahun 2019 menjadi 28 persen; menurunnya prevalensi *wasting* (kurus) pada anak balita pada tahun 2019 menjadi 9,5 persen; terkendalinya prevalensi obesitas pada balita tahun 2019 menjadi 11,9 persen; menurunnya prevalensi anemia

*intake that does not meet nutritional needs. The factors that cause malnutrition include poor nutritional intake, an understanding of safe food to consume, infectious diseases, the environment, access to health care service, and parenting* ([www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)).

*Ministry of Health states that the nutritional status of children under five in Indonesia has been improving. This is demonstrated through the reduction in prevalence of underweight, prevalence of stunting and prevalence of wasting from 2015 to 2016, the results of the Nutritional Status Monitoring conducted by the Ministry of Health. The underweight prevalence of children under-five in Indonesia decreased from 18.8 percent to 17.8 percent. The prevalence of stunting of children under two decreased from 23.1 percent to 21.7 percent, while the prevalence of stunting in children under five went down from 29.00 percent to 27.6 percent in 2016. The prevalence of wasting in children under two dropped from 12.8 percent to 12.6 percent, while the prevalence of wasting in children under five decreased from 11.9 percent to 11.1 percent. On the other hand, exclusive breastfeeding coverage has increased from 57.08 percent in 2015 to 62.90 percent by 2016.*

*Sustainable Development Goals* (SDGs) as an agenda for sustainable development has the second goal of target 2.2 mentioning that in 2030 eliminate all forms of malnutrition. In order to achieve these targets, the RPJMN 2015-2019 establishes several national targets such as decreasing *stunting* prevalence (short and very short in children under two in 2019 to 28 percent, decreasing prevalence of *wasting* in children under five by 2019 to 9.5 percent, controlling prevalence of obesity in children under five in 2019 to 11.9 percent, reducing prevalence of anemia in pregnant women in 2019 to 28 percent, and lowering percentage of infants aged less than 6 months who receive exclusive breastfeeding to 50 percent by 2019.

pada ibu hamil pada tahun 2019 menjadi 28 persen; dan persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapat asi eksklusif menjadi 50 persen pada tahun 2019.

Standar antropometri penilaian status gizi anak tertuang dalam Kepmenkes No. 1995/MENKES/SK/XII/2010, dimana status gizi balita diukur dari tiga indeks yaitu Berat Badan Menurut Umur (BB/U), Tinggi Badan Menurut Umur (TB/U), dan Berat Badan Menurut Tinggi Badan (BB/TB). Indeks BB/U yang rendah dapat disebabkan karena pendek (masalah gizi kronis) atau menderita penyakit infeksi (masalah gizi akut). Indeks TB/U memberikan gambaran permasalahan gizi yang bersifat kronis sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama, biasanya terkait kemiskinan, perilaku hidup yang tidak sehat, dan asupan gizi kurang dalam waktu lama dan menyebabkan balita pendek. Indeks BB/TB memberikan gambaran masalah gizi yang bersifat akut sebagai akibat dari keadaan yang tidak berlangsung lama, biasanya terkait dengan wabah penyakit atau kelaparan yang menyebabkan balita kurus (Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) dan Penjaslannya Tahun 2016).

Hasil PSG tahun 2016 mencatat sebanyak 3,4 persen balita usia 0-59 bulan mengalami gizi buruk dan 14,4 persen mengalami gizi kurang, atau dapat dikatakan prevalensi *underweight* balita di Indonesia sebesar 17,8 persen pada tahun 2016. Balita dengan gizi buruk dan gizi kurang paling banyak terdapat di Provinsi Nusa Tenggara Timur, dengan persentase masing-masing 6,9 persen dan 21,3 persen. Jika dijumlahkan, maka prevalensi *underweight* anak balita di Provinsi Nusa Tenggara Timur sebesar 28,2 persen, atau dapat dikatakan dari 10 balita di provinsi ini, 3 balita diantaranya menderita kekurangan gizi. Peringkat kedua dan ketiga provinsi dengan prevalensi *underweight* anak balita tertinggi yaitu Kalimantan Barat dan Sulawesi Selatan. Di Provinsi Kalimantan Barat, prevalensi *underweight* sebesar 27,5 persen, dimana 6,7 persen balita menderita gizi buruk dan 20,8 persen balita menderita

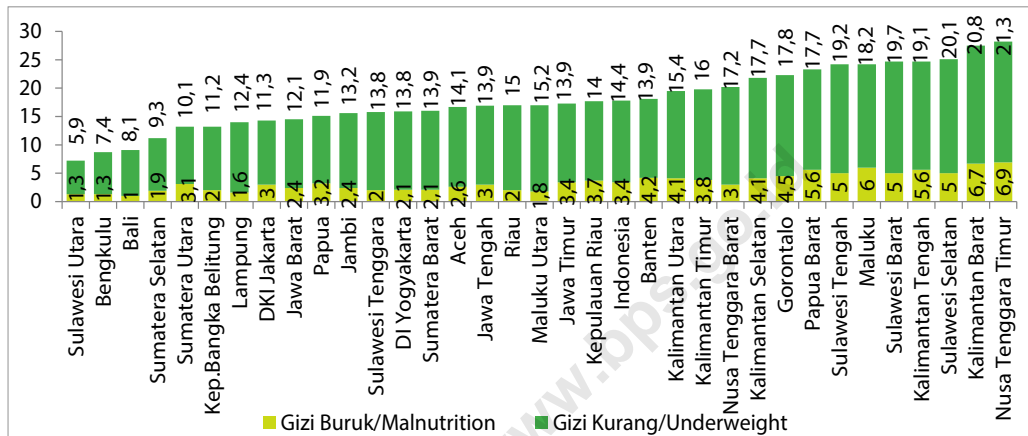
*Anthropometric standards for the assessment of the nutritional status of children are set out in Minister of Health Decree No. 1995 / MENKES / SK / XII / 2010, where the nutritional status of children under five is measured from three indexes, namely Body Weight to Age, Body Height to Age, and Weight to Height. A low Weight to Age index may be due to short (chronic nutritional problems) or suffer from infectious diseases (acute nutritional problems). The Height to Age index provides an overview of chronic nutritional problems as a result of prolonged cases, typically poverty-related, unhealthy living behaviors, and poor nutritional intake and cause stunting children under five. The Weight to Height index provides an illustration of acutenutritional problems in a long-standing circumstance, usually related to disease outbreaks or famine causing underweight children (Result of Nutritional Status Monitoring, 2016).*

*Nutritional Status Monitoring in 2016 recorded there were 3.4 percent of children aged 0-59 months experienced malnutrition and 14.4 percent of those with underweight, or it can be said the prevalence of underweight of children under five in Indonesia was 17.8 percent in 2016. Children under five with malnutrition and underweight condition were most prevalent in Nusa Tenggara Timur Province, with percentages of 6.9 and 21.3 respectively. If summed up, the prevalence of underweight of children under five in Nusa Tenggara Timur Province is 28.2 percent, or simply speaking from 10 children under five in this province, three of them are suffering from malnutrition. The second and third provinces with the highest prevalence of underweight of children under five are Kalimantan Barat and Sulawesi Selatan. In Kalimantan Barat province, the prevalence of underweight was 27.5 percent, where 6.7 percent of children under five suffered from*

gizi kurang. Sementara itu, prevalensi underweight anak balita di Sulawesi Selatan sebesar 25,1 persen yang terbagi atas 5,0 persen balita gizi buruk dan 20,1 persen balita gizi kurang.

*malnutrition and 20.8 percent of children under five suffer from underweight. Meanwhile, the prevalence of underweight of children under five in Sulawesi Selatan was 25.1 percent, divided into 5.0 percent of malnourished children under five and 20.1 percent of underweight children under five.*

**Gambar 2.12. Persentase Balita Usia 0-59 Bulan Menurut Status Gizi Dengan Indeks BB/U, 2016**  
**Figure 2.12. Percentage of Children Under Five by Nutritional Status of Weight-For-Age Index, 2016**



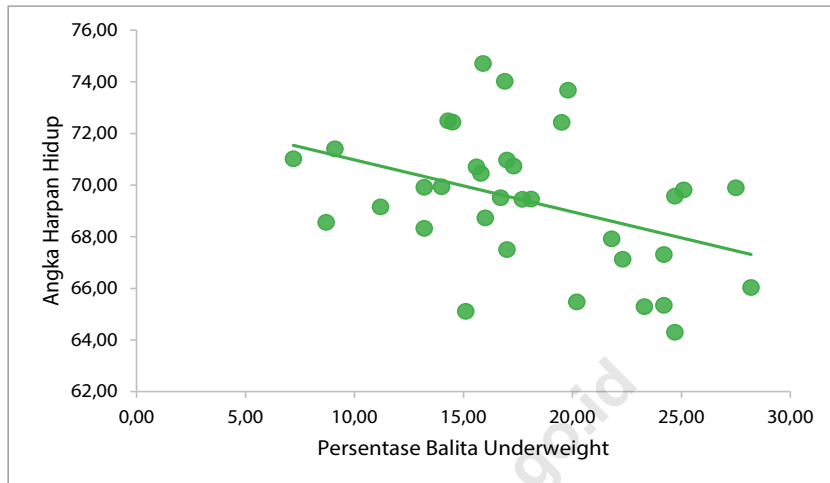
Sumber/ Source : Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Tahun 2016 Kementerian Kesehatan, 2017/ 2016 Nutritional Status Monitoring, Ministry of Health, 2017

Jika dilihat sebarannya, provinsi-provinsi yang berada di kawasan timur Indonesia seperti Nusa Tenggara, Kalimantan, Sulawesi, Maluku, dan Papua cenderung memiliki prevalensi *underweight* anak balita yang lebih tinggi dibandingkan kawasan barat. Pemerintah dalam RPJMN 2015-2019 menetapkan target untuk menurunkan prevalensi gizi kurang (*underweight*) pada anak balita tahun 2019 menjadi 17,00 persen. Ditinjau dari kondisi tahun 2016, maka pemerintah perlu berupaya menekan angka gizi kurang hingga mencapai target yang diharapkan, khususnya untuk provinsi-provinsi di kawasan timur. Pembangunan sanitasi layak dan penyediaan air bersih menjadi kunci untuk mengatasi tingginya *underweight*.

*In terms of distribution, provinces in eastern Indonesia such as Nusa Tenggara, Kalimantan, Sulawesi, Maluku and Papua tended to have higher underweight prevalence of children under five than in the western region. The government in the RPJMN 2015-2019 set a target to reduce the prevalence of underweight in children under five to 17.00 percent in 2019. Judging from the condition of 2016, the government needs to try to reduce the number of underweight turning to the expected target, especially for the eastern provinces. The development of proper sanitation and the provision of clean water are key to addressing this matter.*

*The figure above shows an indication of*

**Gambar 2.13. Hubungan Angka Harapan Hidup dengan Persentase Balita Underweight, 2016**  
**Figure 2.13. Relationship Between Life Expectancy and Percentage of Underweight Children Under Five**



Sumber/ Source : Hasil PSG 2016 Kementerian Kesehatan dan [www.bps.go.id/](http://www.bps.go.id/) 2016  
Nutritional Status Monitoring Ministry of Health and [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id/)

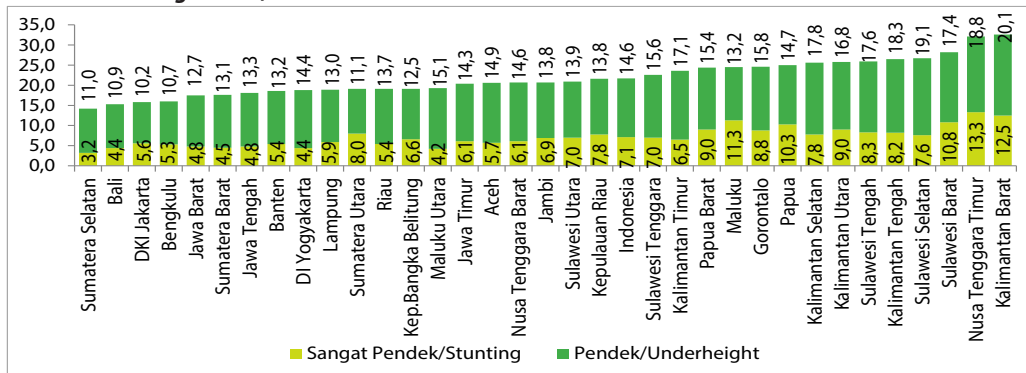
Gambar di atas menunjukkan adanya indikasi kecenderungan persentase balita *underweight* yang tinggi diiringi angka harapan hidup masyarakat yang rendah. Gizi kurang pada balita berdampak pada pertumbuhan fisik dan mental yang terhambat dan penurunan daya tahan tubuh. Dampak yang lebih serius yaitu timbulnya kecacatan, kesakitan, dan percepatan kematian. Oleh sebab itu, penanganan gizi kurang sangat penting untuk mengangkat derajat kesehatan masyarakat.

Secara nasional, persentase anak usia 0-23 bulan yang sangat pendek sebesar 7,1 persen dan baduta pendek sebesar 14,6 persen, atau dengan kata lain prevalensi *stunting* (sangat pendek dan pendek) pada baduta usia 0-23 bulan di Indonesia sebesar 21,7 persen. Provinsi dengan prevalensi baduta *stunting* tertinggi terdapat di Provinsi Kalimantan Barat dan Nusa Tenggara Timur, dimana nilainya mencapai 32 persen. Hal ini menunjukkan bahwa dari 10 baduta di kedua provinsi ini, 3 diantaranya terindikasi *stunting* atau tinggi badan pendek. Sulawesi Barat juga menjadi provinsi dengan prevalensi *stunting* tertinggi ketiga di Indonesia sebesar 28,2 persen.

*the high percentage of underweight children under five with low life expectancy. The underweight condition in children under five results in impaired physical and mental growth and decreased endurance. A more serious impact is the incidence of disability, pain, and acceleration of death. Therefore, the handling of malnutrition or underweight cases is very critical to raise the public health status.*

*Nationally, the percentage of stunting children aged 0-23 months was 7.1 percent and underheight children under two was 14.6 percent, or in other words stunting prevalence (stunting and underweight) at the age of 0-23 months in Indonesia was 21.7 percent. The provinces with the highest prevalence of stunting children under two was recorded in the province Kalimantan Barat and Nusa Tenggara Timur, by 32 percent. This shows that from 10 children under two in both provinces, three of them are indicated stunting or underheight. Sulawesi Barat was the province with the third highest stunting prevalence in Indonesia, by 28.2 percent.*

**Gambar 2.14. Persentase Balita Usia 0-23 Bulan Menurut Status Gizi Dengan Indeks TB/U, 2016**  
**Figure 2.14. Percentage of Children Under Five Aged 0-23 Months by Nutritional Status of Height to Age Index, 2016**



Sumber/ Source : Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Tahun 2016 Kementerian Kesehatan, 2017/ 2016 Nutritional Status Monitoring, Ministry of Health, 2017

Limaprovinsi menunjukkan persentase baduta sangat pendek yang cukup tinggi di atas 10 persen, yaitu Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Barat, Sulawesi Barat, Maluku, dan Papua. Untuk baduta pendek, Provinsi Kalimantan Barat bahkan menembus angka 20,1 persen. Nusa Tenggara Timur, Kalimantan, Sulawesi, Maluku, dan Papua merupakan wilayah dengan prevalensi *stunting* di atas angka nasional, kecuali Sulawesi Utara. Gambaran ini mencerminkan bahwa selain *underweight*, kawasan timur Indonesia juga rentan terhadap permasalahan *stunting* anak baduta.

Pada anak usia 0-59 bulan atau balita, persentase *stunting* di Indonesia sebesar 27,5 persen. Provinsi dengan persentase tertinggi balita *stunting* yaitu Sulawesi Barat sebesar 39,7 persen, disusul Nusa Tenggara Timur sebesar 38,7 persen dan Sulawesi selatan sebesar 35,6 persen. Persentase di Sulawesi Barat yang hampir menyentuh angka 40 persen mengindikasikan bahwa sekitar 4 dari 10 balita di provinsi ini adalah balita pendek. Balita sangat pendek di Indonesia jumlahnya sebanyak 8,6 persen. Kondisi sangat memprihatinkan terjadi di Nusa Tenggara Timur dimana balita sangat pendek jumlahnya mencapai 15 persen atau dua kali lipat dari angka nasional. Sementara itu, persentase balita pendek di Indonesia sebesar 19 persen. Persentase tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan, dimana sekitar

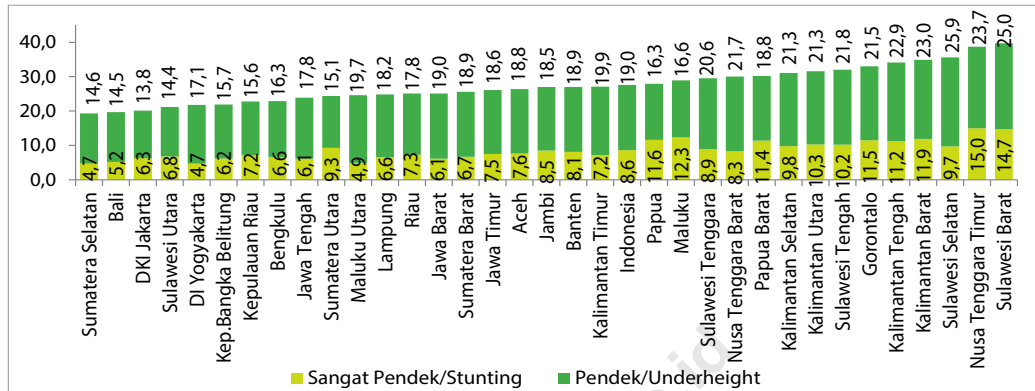
Five provinces displayed high percentage of children under two by more than 10 percent, namely Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Barat, Sulawesi Barat, Maluku, and Papua. For underheight cases, Kalimantan Barat Province reached the figure of 20.1 percent. Nusa Tenggara Timur, Kalimantan, Sulawesi, Maluku, and Papua were provinces with *stunting* prevalence beyond the national figure, except Sulawesi Utara. This picture reflects that besides *underweight*, eastern Indonesia is also vulnerable to

In terms of children aged 0-59 months or under five, percentage of *stunting* in Indonesia amounted to 27.5 percent. The provinces with the highest percentage of children under five were Sulawesi Barat by 39.7 percent, followed by Nusa Tenggara Timur by 38.7 percent and Sulawesi Selatan by 35.6 percent. The percentage in Sulawesi Barat almost reached 40 percent indicating that about 4 out of 10 children under five in the province are underheight children under five. *Stunting* children under five in Indonesia accounted for 8.6 percent. Worst conditions took place in Nusa Tenggara Timur where *stunting* children under five amounted to 15 percent or two times the national figure. In the meantime, the percentage of underheight children under five in Indonesia was 19 percent. The highest percentage was recorded in Sulawesi Selatan, where about one out of four children in the



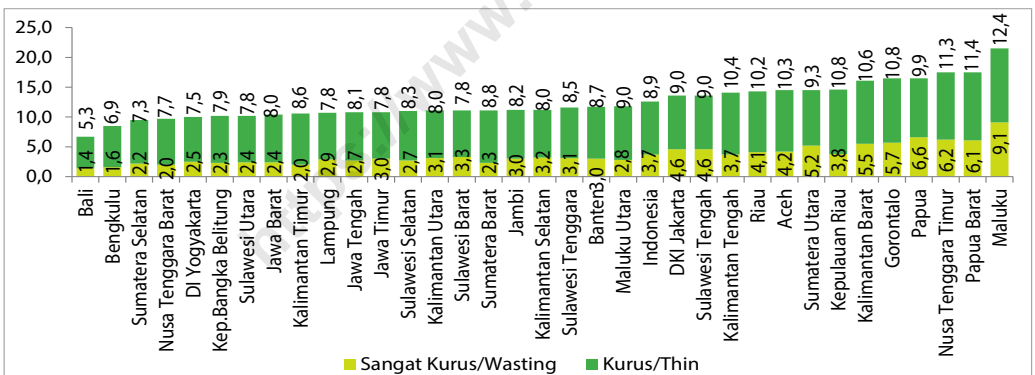
satu dari 4 balita di provinsi ini terindikasi *province is indicated as underheight children under five.*

**Gambar 2.15. Persentase Balita Usia 0-59 Bulan Menurut Status Gizi Dengan Indeks TB/U, 2016**  
**Figure 2.15. Percentage of Children Under Five by Nutritional Status of Height to Age Index, 2016**



Sumber/ Source : Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Tahun 2016 Kementerian Kesehatan, 2017/ 2016 Nutritional Status Monitoring, Ministry of Health, 2017

**Gambar 2.16. Persentase Balita Usia 0-23 Bulan Menurut Status Gizi Dengan Indeks BB/TB, 2016**  
**Figure 2.16. Percentage of Children Under Two by Nutritional Status of Weight to Height, 2016**



Sumber/ Source : Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Tahun 2016 Kementerian Kesehatan, 2017/ 2016 Nutritional Status Monitoring, Ministry of Health, 2017

Prevalensi balita *stunting* di kawasan timur Indonesia cenderung lebih tinggi dibandingkan kawasan barat. Di samping itu, banyak dari provinsi di kawasan timur memiliki persentase balita *stunting* di atas angka nasional. Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan menetapkan target prevalensi *stunting* pada anak baduta tahun 2019 berkurang menjadi 28,00 persen. Jika ditinjau dari kondisi tahun 2016, maka Indonesia telah berhasil mencapai target tersebut. Namun hal ini bukan berarti telah lepas dari masalah, karena disparitas

*The prevalence of stunting children under five in eastern Indonesia was likely to be higher than western region. In addition, many of the provinces in the eastern region have a percentage of stunting children under five greater than the national figure. The government through the Ministry of Health set the target for prevalence of stunting children under two in 2019 dropping to 28.00 percent. When viewed from the conditions in 2016, then Indonesia has managed to achieve these targets. However this does not mean that the current effort has solved the problem, because*

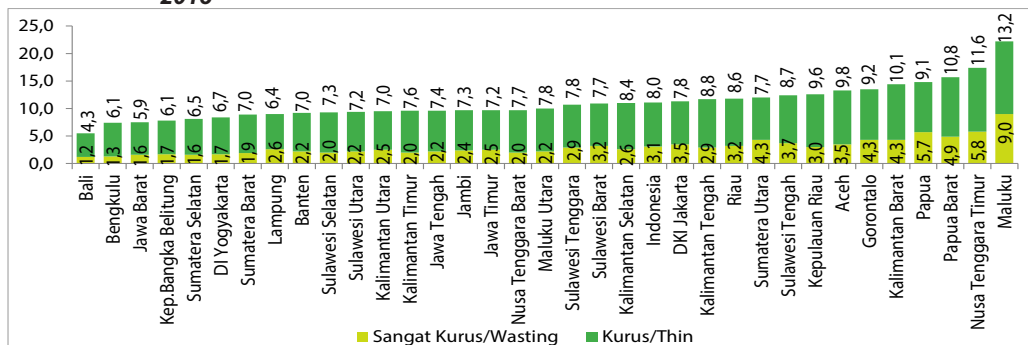
wilayah barat dan timur masih terjadi di Indonesia terkait prevalensi *underweight* dan *stunting*. Salah satu cara yang diharapkan dapat mengurangi *stunting* yaitu dengan meningkatkan konsumsi ikan. Ikan merupakan sumber makanan yang kaya akan protein dan bermanfaat bagi pertumbuhan dan kecerdasan otak. Di samping itu, ikan seharusnya cukup mudah dan murah untuk diperoleh mengingat Indonesia merupakan negara kepulauan yang dua pertiga wilayahnya berupa perairan.

Sebanyak 12,6 persen anak baduta di Indonesia tercatat sebagai baduta *wasting*, dimana 3,7 persen terdeteksi sangat kurus dan 8,9 persen terdeteksi kurus. Maluku merupakan satu-satunya provinsi dengan persentase baduta *wasting* di atas 20 persen, sekaligus merupakan persentase tertinggi, disusul kemudian Nusa Tenggara Timur dan Papua Barat dengan persentase 17,5 persen. Masih terdapat 13 provinsi dengan prevalensi baduta *wasting* lebih tinggi di atas angka nasional yang tersebar dari barat hingga timur Indonesia. Jumlah baduta dalam kondisi sangat kurus dan kurus di Maluku tiga kali lebih tinggi dibandingkan di Provinsi Bali yang merupakan provinsi dengan persentase baduta *wasting* terendah (6,7 persen). Bahkan persentase baduta sangat kurus di Maluku mencapai 9,1 persen atau dengan kata lain sekitar 9 dari 100 baduta yang mendiami provinsi ini terindikasi sebagai baduta sangat kurus.

*the disparity of the western and eastern regions still occur in Indonesia in terms of prevalence of underweight and stunting. One way to reduce stunting is by increasing fish consumption. Fish is a food source rich in protein and beneficial to brain growth and intelligence. In addition, fish should be easy and cheap to obtain considering Indonesia is an archipelagic country whose two-thirds of its territory is in the form of waters.*

*As many as 12.6 percent of children under two in Indonesia were listed as wasting children under two, where 3.7 percent were detected wating and 8.9 percent are detected thin. Maluku is the only province with a percentage of wasting children under two above 20 percent, as well as recorded as the highest percentage, followed by Nusa Tenggara Tlmur and Papua Barat with a percentage of 17.5 percent. There were still 13 provinces with the prevalence of wasting children under two higher than the national figure scattered from west to east of Indonesia. The number of wasting children under two Maluku was three times higher than in Bali province which was the province with the lowest percentage of wating children under two (6.7 percent). Even the percentage of wasting children under two in Maluku reached 9.1 percent or in other words about 9 out of 100 children under two inhabiting this province were categorized as wasting.*

**Gambar 2.17. Persentase Balita Usia 0-59 Bulan Menurut Status Gizi Dengan Indeks BB/TB, 2016**  
**Figure 2.17. Percentage of Children Under Two by Nutritional Status of Weight to Height Index, 2016**



Sumber/ Source : Pemantauan Status Gizi Tahun 2016, Ditjen. Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2017/ 2016  
*Nutritional Status Monitoring, Ministry of Health, 2017*

Persentase balita *wasting* di Indonesia sebesar 11,1 persen, dimana 3,1 persen balita sangat kurus dan 8 persen lainnya balita kurus. Provinsi Maluku, Nusa Tenggara Timur, dan Papua Barat masih menjadi provinsi dengan prevalensi balita *wasting* tertinggi, dengan persentase masing-masing sebesar 22,2 persen, 17,4 persen, dan 15,7 persen. Prevalensi balita *wasting* di kawasan timur Indonesia cenderung sedikit lebih tinggi dibandingkan kawasan barat, meskipun beberapa provinsi di barat Indonesia juga memiliki prevalensi balita *wasting* yang tinggi. Upaya dan peran serta dari berbagai pihak perlu terus diperjuangkan guna mencapai target prevalensi balita *wasting* 9,5 persen di tahun 2019.

Bukan hanya gizi kurang, gizi berlebihan pun tidak baik bagi kesehatan, seperti kegemukan/obesitas. Sebanyak 1,5 persen balita di Indonesia memiliki status gizi lebih pada tahun 2016. Provinsi dengan persentase tertinggi baduta gizi lebih yaitu DKI Jakarta (4,4 persen), Bali (3,5 persen), dan Kepulauan Bangka Belitung (3,3 persen). Sementara itu, persentase balita gemuk di Indonesia sebesar 4,3 persen, dengan persentase tertinggi di Provinsi DKI Jakarta sebesar 8,1 persen (Hasil PSG Tahun 2016, Kementerian Kesehatan).

Organisasi Kesehatan Dunia atau WHO telah menetapkan target terkait gizi, yaitu balita kurang gizi di bawah 10 persen, stunting di bawah 20 persen, dan balita kurus di bawah lima persen. Stunting sangat berbahaya bagi balita karena saat dewasa berisiko melahirkan bayi *stunting*. Di samping itu, stunting juga memiliki korelasi dengan penyakit tidak menular seperti diabetes dan jantung. Angka kekurangan gizi tertinggi terdapat di Provinsi Nusa Tenggara Timur. Hal ini salah satunya dipengaruhi budaya setempat dimana perempuan setelah melahirkan tidak makan selama 40 hari sehingga tidak memberi asi bagi bayinya. Oleh sebab itu, salah satu upaya preventif yang dapat dilakukan yaitu dengan memberi edukasi kepada perempuan, terkait merencanakan keluarga, kehamilan, persalinan, dan pemberian gizi yang tepat bagi diri dan bayinya.

*Percentage of wasting children under five in Indonesia was 11.1 percent, where 3.1 percent of those children were wasting and 8 percent were thin. The provinces of Maluku, Nusa Tenggara Timur and Papua Barat remained the provinces with the highest prevalence of children under five, with a percentage of 22.2 percent, 17.4 percent, and 15.7 percent respectively. The prevalence of wasting children under five in eastern Indonesia tended to be slightly higher than in the western region, although some provinces in western Indonesia also have a high prevalence of wasting children under five. Efforts and participation from various parties need to be strived to achieve the target of wasting infant prevention that will lead to reduction to 9.5 percent in 2019.*

*Not only malnutrition, but also excessive nutrition is not good for health, such as overweight/obesity condition. As many as 1.5 percent of children under five in Indonesia have over nutritional status by 2016. The provinces with higher percentage of overnourished children under two were DKI Jakarta (4.4 percent), Bali (3.5 percent), and Kepulauan Bangka Belitung (3.3 percent). Meanwhile, the percentage of overweight children in Indonesia was 4.3 percent, with the highest percentage in DKI Jakarta at 8.1 percent (2016 Nutritional Status Monitoring, Ministry of Health).*

*The World Health Organization or WHO has set nutrition-related targets, malnourished children under five below 10 percent, stunting below 20 percent, and underweight children below 5 percent. Stunting is very dangerous for children because when they are adults they have some risk of giving birth to a stunting baby. In addition, stunting also has a correlation with non-communicable diseases such as diabetes and heart disease. The highest malnutrition rate was found in Nusa Tenggara Timur Province. This is influenced by a local culture where women after childbirth do not eat for 40 days so that does not give breastfeeding for baby. Therefore, one of the preemptive efforts that can be done is to educate women, related to planning the family, pregnancy, childbirth, and appropriate nutrition for self and the baby.*



Upaya-upaya lain yang dapat dilakukan dalam menangani masalah status gizi yaitu melalui intervensi gizi terhadap ibu dan anak. Hal ini penting mengingat status gizi bayi ditentukan sejak masih dalam kandungan. Pemenuhan gizi ibu hamil akan berdampak pada kesehatan bayi yang dikandung hingga dilahirkan. Pertama, intervensi perubahan perilaku melalui pemberian asi eksklusif, pemberian Makanan Pendamping Asi (MP-ASI) yang tepat, pemantauan berat dan tinggi badan secara teratur, dan kesadaran untuk hidup bersih dan sehat. Kedua, dengan penambahan asupan gizi mikro seperti vitamin A, tablet Fe, dan garam beryodium. Ketiga, dengan penanganan yang tepat untuk pemulihan kondisi anak dengan gizi buruk atau gizi kurang, serta pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil ([www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)). Pemberdayaan kader Posyandu sebagai ujung tombak yang bersentuhan langsung dengan masyarakat juga perlu ditingkatkan. Para kader inilah yang diharapkan mampu memberikan pengetahuan yang benar seputar kesehatan dan gizi pada ibu hamil dan balita.

Indikator selanjutnya yang dapat digunakan untuk mengukur status gizi yaitu pemberian ASI eksklusif. Menurut UNICEF (2010), pemberian asi eksklusif merupakan pemberian asi saja tanpa diiberikan makanan lain selama enam bulan. Berdasarkan penelitian, bayi yang diberi asi eksklusif cenderung tidak mudah sakit, tumbuh lebih baik, dan lebih pintar dibandingkan bayi yang tidak diberi asi eksklusif. Prevalensi bayi dengan gizi buruk dan gizi kurang pada bayi yang diberi asi eksklusif lebih rendah dibandingkan bayi yang tidak diberi asi eksklusif. Hal ini terkait kandungan gizi yang terdapat dalam asi yang melindungi bayi dari penyakit dan infeksi. ASI mengandung kolostrum yang dapat menjaga kekebalan tubuh, sehingga bayi yang memperoleh asi eksklusif akan tumbuh lebih sehat dan menurunkan angka kesakitan dan angka kematian bayi. Tidak salah jika disebutkan pembangunan kesehatan manusia sejak dini dapat dimulai dari pemberian asi eksklusif.

*Other efforts that can be done in dealing with nutritional status are through nutrition intervention for mother and child. This is critical because the baby's nutritional status is determined since pregnancy. Fulfillment of pregnant women's nutrients will affect the health of babies since pregnancy until birth. First, behavior change interventions through exclusive breastfeeding, appropriate food for infants, regular weight and height monitoring, and awareness for healthy and healthy living. Secondly, increase the micronutrient intake such as vitamin A, Fe tablet, and iodized salt. Third, provide appropriate treatment for the recovery of children with malnutrition or underweight, as well as supplementary food for pregnant women ([www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)). Empowerment of the Posyandu cadres who have direct contact with the community also needs to be improved. These cadres are expected to provide the right knowledge about health and nutrition for pregnant women and children under five.*

*The other indicator that can be used to measure nutritional status is exclusive breastfeeding. According to UNICEF (2010), exclusive breastfeeding is provision of breastmilk without any other foods for the first six months. Based on the study, infants who were given an exclusive breastfeeding tended not to get sick, grow better, and be smarter than non-exclusive breastfeeding babies. The prevalence of infants with malnutrition and underweight for exclusively breastfed infants is lower than in non-exclusively breastfed infants. This is related to the nutrient contained in breast milk that protects the baby from disease and infection. The breastmilk contains colostrum that can keep the body immune, so that the baby who gets exclusive breastfeeding will grow healthier and reduce the morbidity and infant mortality rate. It is true to have a say that the development of human health from an early age can be started from providing exclusive breastfeeding.*

**Tabel 2.5. Persentase Bayi Usia 0-5 Bulan yang Diberi ASI Eksklusif Menurut Provinsi dan Tipe Daerah, 2015-2016****Table 2.5. Percentage Infants Aged 0-5 Months Received Breastfeeding by Province and Urban-Rural Comparison, 2015-2016**

Provinsi/Province	2015			2016		
	Kota/ Urban	Desa/ Rural	Kota+Desa/ Urban+Rural	Kota/ Urban	Desa/ Rural	Kota+Desa/ Urban+Rural
Aceh	58,80	52,57	54,32	58,59	49,48	52,39
Sumatera Utara	41,49	43,74	42,72	45,75	52,51	49,09
Sumatera Barat	79,30	61,04	67,65	65,63	73,52	70,20
Riau	66,55	38,66	50,22	62,42	49,09	54,89
Jambi	67,27	54,54	59,23	58,79	60,88	60,09
Sumatera Selatan	54,20	67,69	62,99	60,20	60,04	60,11
Bengkulu	70,37	50,52	56,75	45,69	67,50	61,14
Lampung	61,12	60,62	60,76	66,82	61,69	63,24
Kep. Bangka Belitung	58,36	61,95	59,90	59,99	54,97	57,64
Kepulauan Riau	51,50	57,25	52,53	66,61	36,61	61,62
DKI Jakarta	53,27	-	53,27	71,05	-	71,05
Jawa Barat	60,75	61,82	61,13	64,62	62,95	64,10
Jawa Tengah	59,01	60,49	59,77	70,36	70,43	70,40
DI Yogyakarta	71,58	62,30	70,09	83,94	91,07	86,03
Jawa Timur	46,40	54,78	50,77	58,51	54,31	56,40
Banten	53,67	53,04	53,45	64,86	67,49	65,75
Bali	44,78	61,66	51,47	47,90	78,22	59,58
Nusa Tenggara Barat	74,62	80,35	78,19	78,11	78,96	78,60
Nusa Tenggara Timur	52,17	72,65	68,78	71,35	75,60	74,60
Kalimantan Barat	50,65	44,86	46,45	58,85	59,95	59,53
Kalimantan Tengah	54,09	66,19	60,89	69,75	63,61	65,72
Kalimantan Selatan	57,39	57,07	57,19	55,38	62,93	59,04
Kalimantan Timur	65,03	40,57	55,91	54,17	72,97	60,73
Kalimantan Utara	73,77	64,65	69,74	60,89	62,75	61,85
Sulawesi Utara	48,61	44,27	46,02	52,64	45,56	48,29
Sulawesi Tengah	38,94	48,50	46,07	51,09	53,92	53,07
Sulawesi Selatan	63,22	68,15	66,25	75,18	69,14	71,47
Sulawesi Tenggara	37,28	62,22	55,62	58,58	64,91	63,03
Gorontalo	49,53	35,22	39,05	36,66	34,08	35,08
Sulawesi Barat	90,53	56,83	62,80	54,31	68,73	65,91
Maluku	49,89	58,10	54,78	42,25	54,03	49,30
Maluku Utara	54,40	54,02	54,09	55,31	62,94	60,93
Papua Barat	53,13	60,29	57,81	43,94	74,46	65,03
Papua	57,27	64,07	61,34	64,15	74,99	71,73
<b>Indonesia</b>	<b>56,44</b>	<b>57,72</b>	<b>57,08</b>	<b>63,09</b>	<b>62,70</b>	<b>62,90</b>

Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS (diolah)/ Calculated from National Socioeconomic Survey 2015-2016, BPS

BPS mencatat cakupan pemberian ASI eksklusif bayi usia 0-5 bulan pada tahun 2016 mengalami peningkatan 5,82 persen dibandingkan tahun 2015. Tahun 2015, persentase bayi yang diberi asi eksklusif sebesar 57,08 persen, dimana persentase di daerah perdesaan sedikit lebih tinggi dibandingkan daerah perkotaan. Setengah dari jumlah provinsi di Indonesia menunjukkan cakupan asi eksklusif di bawah angka nasional. Secara nasional, cakupan asi eksklusif tertinggi tahun 2015 sebesar 78,19 persen di Provinsi Nusa Tenggara Barat. Angka ini dua kali lipat lebih tinggi dibandingkan capaian terendah di Provinsi Gorontalo sebesar 39,05 persen. Jika ditinjau dari daerah tempat tinggal, provinsi dengan cakupan asi eksklusif terendah di daerah perkotaan yaitu Sulawesi Tenggara sebesar 37,28 persen. Hal ini sangat disayangkan mengingat daerah perkotaan identik dengan penduduk berpendidikan tinggi namun cakupan asi eksklusif belum ada setengahnya. Sementara itu, persentase cakupan asi eksklusif terendah di daerah perdesaan yaitu di Provinsi Gorontalo sebesar 35,22 persen.

Cakupan asi eksklusif di Indonesia tahun 2016 sebesar 62,90 persen, dimana 19 provinsi cakupannya masih di bawah angka nasional. Provinsi dengan capaian tertinggi yaitu DI Yogyakarta sebesar 86,03 persen, sekaligus sebagai satu-satunya provinsi dengan persentase di atas 80 persen. Gorontalo masih menjadi provinsi dengan capaian terendah sebesar 35,08 persen. Angka ini menurun 3,97 persen dibandingkan tahun 2015. Berbeda dengan tahun 2015, di tahun 2016 persentase cakupan ASI eksklusif di daerah perkotaan menjadi lebih tinggi dibandingkan di daerah perdesaan. Hal ini menunjukkan adanya peningkatan pemahaman pentingnya ASI eksklusif bagi masyarakat yang hidup di perkotaan. Namun yang memprihatinkan, cakupan ASI eksklusif terendah baik di daerah perkotaan (36,66 persen) maupun perdesaan (34,05 persen) di Provinsi Gorontalo, nilainya lebih rendah dibandingkan tahun 2015. Latar belakang ibu seperti pendidikan rendah, kemiskinan, dan

*BPS recorded the coverage of exclusive breastfeeding of infants aged 0-5 months in 2016 has increased 5.82 percent compared to 2015. In 2015, the percentage of infants who were received exclusive breastfeeding was 57.08 percent, where the percentage in rural areas slightly higher than in urban areas. Half of the total provinces in Indonesia show their exclusive breastfeeding coverage below the national rates. Nationally, the highest exclusive breastfeeding coverage in 2015 reached 78.19 percent in Nusa Tenggara Barat Province. This figure is twice higher than the lowest achievement in Gorontalo Province of 39.05 percent. On urban-rural comparison, the province with the lowest exclusive breastfeeding coverage in urban areas was Sulawesi Tenggara by 37.28 percent. This is unfortunate given that urban areas are identical with high-educated residents but exclusive breastfeeding coverage has not been half as yet. Meanwhile, the lowest percentage of exclusive breastfeeding coverage area in rural areas was Gorontalo Province by 35.22 percent.*

*Exclusive breastfeeding coverage in Indonesia in 2016 amounted to 62.90 percent, of which 19 provinces had the coverage below the national figure. Province with the highest achievement was DI Yogyakarta by 86.03 percent, as well as the only province with a percentage above 80 percent. Gorontalo was still the province with the lowest achievement in this terms by only 35.08 percent. This figure was down 3.97 percent when compared to 2015. Unlike 2015, in 2016 the percentage of exclusive breastfeeding coverage in urban areas is higher than in rural areas. This shows an increasing understanding of the importance of exclusive breastfeeding for people living in urban areas. However, concerning, the lowest exclusive breastfeeding coverage in both urban (36.66 percent) and rural areas (34.05 percent) in Gorontalo Province was lower than in 2015. Background of mothers such as low education, poverty, and lack of knowledge about the benefits of exclusive breastfeeding is suspected to be the cause of the low coverage of exclusive*

kurangnya pengetahuan tentang manfaat ASI eksklusif ditengarai menjadi penyebab rendahnya cakupan ASI eksklusif di Gorontalo.

Faktor lain yang memengaruhi status gizi balita yaitu kadar hemoglobin ibu saat hamil. Zat besi merupakan salah satu asupan yang diperlukan ibu saat hamil. Kekurangan zat besi akan menyebabkan berkurangnya kadar hemoglobin dalam darah atau biasa disebut anemia. Ibu hamil yang menderita anemia berdampak pada terganggunya pertumbuhan janin dalam kandungan dan berisiko terjadinya prematuritas atau melahirkan bayi berat lahir rendah/BBLR. Bayi yang lahir prematur atau lahir dengan berat badan rendah cenderung kesulitan untuk mengejar ketertinggalan tinggi badan atau berat badan dan memengaruhi status gizi selanjutnya. Riskesdas 2013 mencatat prevalensi anemia pada ibu hamil sebesar 37,1 persen, dimana prevalensi di perkotaan lebih rendah dibandingkan di perdesaan. Angka ini masih jauh dari target pemerintah untuk menurunkan prevalensi anemia pada ibu hamil menjadi 28 persen pada tahun 2019. Upaya-upaya strategis perlu digalakkan guna mendorong sadar gizi terhadap ibu hamil lebih optimal.

## 2.4 PENGENDALIAN PENYAKIT

### Penyakit Menular Masih Muncul

Indonesia saat ini tengah dihadapkan pada beban ganda penyakit, yaitu penyakit menular dan penyakit tidak menular. Di satu sisi, penyakit menular masih tinggi prevalensinya. Di sisi lain, prevalensi penduduk yang terjangkit penyakit tidak menular semakin meningkat. Struktur penduduk bergerak menuju piramuda tua, dimana jumlah penduduk usia produktif dan penduduk lansia semakin meningkat. Hal ini tentu berdampak terhadap jumlah dan jenis pelayanan kesehatan di masa mendatang, terutama dalam upaya pengendalian penyakit.

*breastfeeding in Gorontalo.*

*Another factor that affects the nutritional status of children under five is the level of maternal hemoglobin during pregnancy. Iron is one of the necessary intake of the mother during pregnancy. Iron deficiency will lead to reduced levels of hemoglobin in the blood or commonly called anemia. Pregnant women with anemia have an impact on the disruption of fetal growth during pregnancy and the risk of prematurity or birth of low birth weight. Babies born prematurely or born with low weight tend to be difficult to catch up with height or weight and affect the next nutritional status. The 2013 Basic Health Research discovered the prevalence of anemia in pregnant women by 37.1 percent, where the prevalence in urban areas was lower than in rural areas. This figure is still far from the government's target to reduce the prevalence of anemia in pregnant women to 28 percent by 2019. Strategic efforts need to be encouraged in order to promote the optimal awareness of pregnant women.*

## 2.4 DISEASE CONTROL

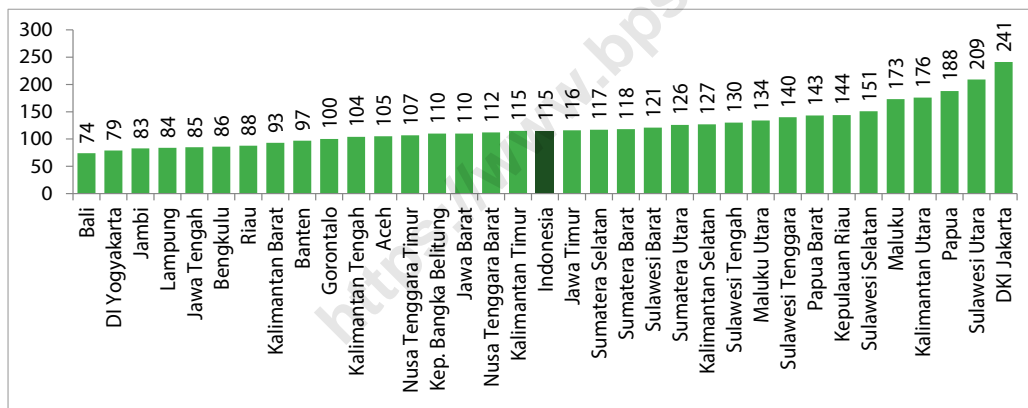
### Emerging Infectious Diseases

*Indonesia is currently faced with a double burden of diseases, infectious diseases and non-infectious diseases. On the one hand, prevalence infectious diseases is still high. On the other hand, the prevalence of non-infectious disease is increasing. The population structure moves toward the old pyramid, where the population of the productive age and the elderly population is increasing. This certainly affects the number and types of health services in the future, especially in disease control efforts.*

Dalam SDGs tujuan ketiga, dunia bersama-sama telah menetapkan target untuk mengakhiri epidemik HIV/AIDS, tuberkulosis, malaria, dan penyakit tropis yang terabaikan sampai tahun 2030. Kesepakatan ini menandakan bahwa bukan hanya Indonesia, tetapi seluruh negara di dunia telah mencurahkan perhatian terhadap pengendalian penyakit. Penyakit menular pertama yang akan dibahas yaitu tuberkulosis atau TB. Tuberkulosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang dapat menyerang berbagai organ, terutama paru-paru. Upaya penemuan kasus TB dapat diperoleh melalui indikator *Case Notification Rate/CNR*.

*In the third goal of SDGs, the world has jointly set targets to end the epidemic of HIV / AIDS, tuberculosis, malaria and neglected tropical diseases until 2030. This agreement signifies that not only Indonesia, but all countries in the world have devoted attention to control disease. The first contagious disease to be discussed is tuberculosis or TB. Tuberculosis is a contagious infectious disease caused by the bacterium *Mycobacterium tuberculosis* that can attack various organs, especially the lungs. TB case finding efforts can be obtained through the Case Notification Rate / CNR indicator.*

**Gambar 2.18. Case Notification Rate (CNR) Semua Kasus Tuberkulosis, 2016**  
**Figure 2.18. Case Notification Rate (CNR) of Tuberculosis Cases, 2016**



Sumber/ Source : Data dan Informasi Kesehatan Profil Kesehatan Indonesia, 2016/ Data and Information, Indonesia Health Profile, 2016

CNR adalah jumlah kasus TB baru yang ditemukan di antara 100.000 penduduk di wilayah dan periode tertentu. Dalam lima tahun terakhir, tercatat CNR semua kasus TB menunjukkan pola yang semakin menurun, dimana tahun 2012 sebesar 138 per 100.000 penduduk dan menurun menjadi 115 per 100.000 penduduk di tahun 2016. Gambar 2.18 menunjukkan sebagian besar provinsi di kawasan timur Indonesia telah berhasil melakukan upaya penemuan kasus TB dengan cakupan yang tinggi. Kementerian Kesehatan mengasumsikan sistem penjarangan dan pencatatan di kawasan timur Indonesia relatif lebih baik dibandingkan kawasan

*CNR is the number of new TB cases found among 100,000 residents in a particular region and period. In the last five years, CNR recorded all cases of TB showing a declining pattern, where in 2012 it was 138 per 100,000 population and decreased to 115 per 100,000 population in 2016. Figure 2.4.1 shows that most provinces in eastern Indonesia have been successful in doing high TB case finding efforts. The Ministry of Health assumes that the recruitment and registration system in eastern Indonesia is relatively better than in the western region, except for DKI Jakarta and Riau Islands which have high CNR (Data and Information of TB, Ministry of Health, 2016).*



barat, kecuali DKI Jakarta dan Kepulauan Riau yang memiliki CNR tinggi (Infodatin TB Kementerian Kesehatan, 2016).

Jika dilihat jumlah kasus yang ditemukan, Pulau Jawa merupakan wilayah dengan jumlah kasus TB tertinggi di Indonesia. Bahkan di Provinsi Jawa Barat, jumlah kasus TB mencapai 52.328 kasus (Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2016). Sistem pelaporan dan pencatatan menjadi kunci data TB di Indonesia diperoleh. Hal ini pula yang menjadi pekerjaan rumah bagi pemerintah untuk dapat bekerjasama dengan rumah sakit dan fasilitas kesehatan guna mengetahui jumlah kasus TB yang sebenarnya terjadi di Indonesia.

Menurut WHO, *Case Detection Rate / CDR* yaitu persentase perkiraan kasus TB baru dan kambuhan yang terdeteksi pada tahun tertentu berdasarkan strategi pengendalian tuberkulosis yang direkomendasikan secara internasional. Di Indonesia, tercatat CDR TB sebesar 60,59 persen. Angka ini menunjukkan bahwa tahun 2016 ditemukan sekitar 60,59 persen perkiraan kasus TB baru dan kasus TB yang sudah pernah ditangani dan terdeteksi. Tuberkulosis merupakan salah satu penyebab utama kematian penduduk pada usia produktif. Hal ini akan menjadi beban sosial dan finansial bagi keluarga penderita. Oleh sebab itu, pemerintah menetapkan target prevalensi tuberkulosis (TB) per 100.000 penduduk sebesar 245 pada tahun 2019. Salah satu upaya untuk mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat penyakit menular yaitu dengan imunisasi. TB merupakan salah satu dari beberapa penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Peningkatan cakupan imunisasi secara merata berarti menurunkan peluang penyakit menular mewabah hingga menjadi Kejadian Luar Biasa (KLB).

Selain tuberkulosis, penyakit menular lain yang menjadi perhatian yaitu malaria. Malaria merupakan penyakit menular yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Anopheles*. Angka kesakitan malaria berdasarkan *Annual*

*In terms of number of cases found, Java Island is the region with the highest number of TB cases in Indonesia. Even in Jawa Barat Province, the number of TB cases reached 52,328 cases (Data and Information, Indonesia Health Profile 2016). Reporting and record keeping systems are key to TB data in Indonesia. It is also a challenge for the government to be able to cooperate with hospitals and health facilities to find out the actual number of TB cases in Indonesia.*

*According to WHO, Case Detection Rate / CDR is the percentage of estimated new TB cases and recurrences detected in a given year based on internationally recommended tuberculosis control strategies. In Indonesia, CDR of TB was recorded at 60.59 percent. This figure shows that in 2016 it was found that approximately 60.59 percent of new TB cases and the cases that have been treated and detected. Tuberculosis is one of the main causes of death of the population at the productive age. This will be a social and financial burden for the patient's family. Therefore, the government sets a target of prevalence of tuberculosis (TB) per 100,000 inhabitants by 245 in 2019. One effort to reduce morbidity and mortality from infectious diseases is by immunization. TB is one of several diseases that can be prevented by immunization. Increased coverage of immunization evenly means reducing the chances of infectious diseases outbreaks into extraordinary incident.*

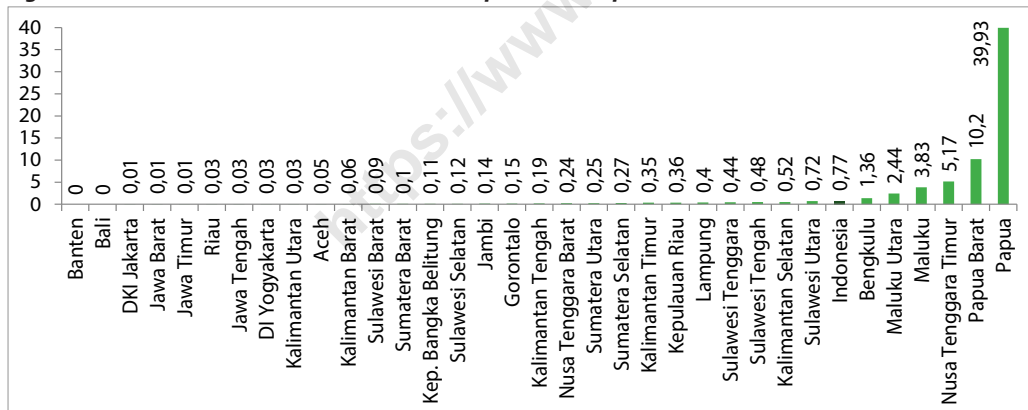
*In addition to tuberculosis, another contagious disease that need serious attention is malaria. Malaria is a contagious disease transmitted by *Anopheles* mosquito bites. Malaria morbidity based on Annual Paracite Incidence (API) is the number of malaria*

*Paracite Incidence* (API) adalah jumlah kasus positif malaria per 1.000 penduduk pada satu tahun. Secara nasional, angka kesakitan malaria Indonesia berada di posisi 0,77 per 1.000 penduduk pada tahun 2016. Gambar 2.4.2 menunjukkan disparitas API yang sangat tinggi antarwilayah di Indonesia, dimana kasus malaria lebih banyak terkonsentrasi di kawasan timur Indonesia seperti Papua, Papua Barat, Nusa Tenggara Timur, Maluku, dan Maluku Utara. Di Provinsi Papua diperkirakan sekitar 40 dari 1.000 penduduknya terindikasi positif malaria. Angka ini jauh di atas angka nasional. Begitu pula di Provinsi Papua Barat dimana angka kesakitan malaria sebesar 10,2 per 1.000 penduduk. Kondisi ini sangat bertolak belakang dengan capaian di Provinsi Banten dan Bali. Kedua provinsi ini telah bebas malaria dengan angka kesakitan malaria bernilai 0.

*positive cases per 1,000 population in one year. Nationally, Indonesia's malaria morbidity rate is 0.77 per 1000 population in 2016. Figure 2.4.2 shows a very high API disparity among regions in Indonesia, where more malaria cases are concentrated in eastern Indonesia such as Papua, Papua Barat, Nusa Tenggara Timur, Maluku and Maluku Utara. In Papua Province, it is estimated that around 40 out of 1,000 residents are indicative of malaria. This figure is much larger than the national rate. Similarly, in Papua Barat Province where the morbidity rate of malaria is 10.2 per 1000 population. This condition is very contrary to the achievements in the Provinces of Banten and Bali. Both provinces have been malaria-free with malaria morbidity of 0.*

**Gambar 2.19. Annual Paracite Incidence (API) per 1.000 Penduduk, 2016**

**Figure 2.19. Annual Paracite Incidence (API) per 1,000 Population, 2016**



Sumber/ Source : Data dan Informasi Kesehatan Profil Kesehatan Indonesia, 2016/ Data and Information, Indonesia Health Profile, 2016

API adalah salah satu syarat suatu daerah masuk dalam fase eliminasi, yaitu jika API kurang dari 1 per 1.000 penduduk. Semakin banyak jumlah kabupaten/kota yang masuk dalam fase eliminasi berarti semakin tinggi pengendalian terhadap penyakit malaria. Dalam RPJMN 2015-2019 tercatat jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria tahun 2013 sebesar 212 dan ditargetkan tahun 2019 menjadi 300 kabupaten/kota. Kementerian Kesehatan telah merancang strategi untuk dapat

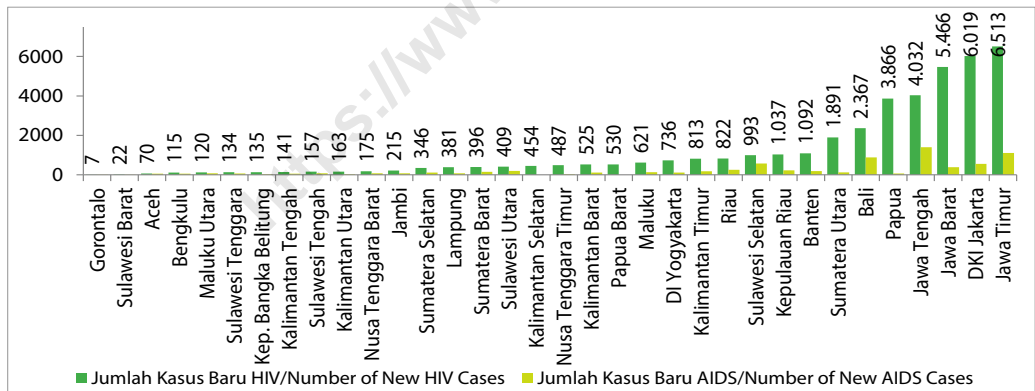
*API is one of the requirements of an entry area in the elimination phase, which is if the API is less than 1 per 1,000 population. The more number of districts entering the elimination phase means the higher the control of malaria. In the RPJMN 2015-2019, the number of regencies / municipalities achieving the elimination of malaria in 2013 amounted to 212 and is targeted in 2019 to 300 regencies / municipalities. The Ministry of Health has devised strategies to improve the achievement*



meningkatkan capaian eliminasi malaria. Pertama, akselerasi di kawasan endemis tinggi malaria seperti Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara, dan NTT dengan kampanye kelambu anti nyamuk, penyemprotan dinding rumah di seluruh desa dengan API > 40 per 1.000 penduduk, dan pengobatan tepat. Kedua, intensifikasi sebagai upaya pengendalian di luar kawasan timur Indonesia seperti daerah tambang, pertanian, kehutanan, transmigrasi, dan pengungsian dengan pemberian kelambu anti nyamuk di daerah berisiko tinggi, pengobatan tepat, penyemprotan dinding rumah, dan penemuan kasus aktif. Ketiga, eliminasi yang dilakukan di daerah endemis rendah dengan menguatkan pengumpulan dan penemuan kasus aktif, serta meningkatkan peran rumah sakit rujukan (Infodatin Malaria Kementerian kesehatan 2016).

of malaria elimination. First, acceleration in high-endemic areas of malaria such as Papua, Papua Barat, Maluku, Maluku Utara, and NTT with anti-mosquito net campaign, spraying house walls throughout villages with API > 40 per 1000 population, and appropriate medical treatment. Secondly, intensification as an effort to control non-eastern region of Indonesia such as mining, agriculture, forestry, transmigration and evacuation by providing mosquito nets in high risk areas, appropriate treatment, spraying house walls and active case discovery. Thirdly, elimination is done in low endemic areas by strengthening the collection and discovery of active cases, as well as increasing the role of referral hospitals (Data and Information on Malaria, Ministry of Health, 2016).

**Gambar 2.20. Jumlah Kasus Baru HIV dan AIDS di Indonesia, 2016**  
**Figure 2.20. Number of New HIV and AIDS Cases in Indonesia, 2016**



Sumber/Source : Data dan Informasi Kesehatan Profil Kesehatan Indonesia, 2016/ Data and Information, Indonesia Health Profile, 2016

Di samping tuberkulosis dan malaria, HIV/AIDS selalu menjadi perbincangan di khalayak ramai. Jumlah kasus baru HIV yang dilaporkan tahun 2016 di Indonesia sebanyak 41.250 kasus dan jumlah kasus baru AIDS sebanyak 1.110 orang. Jumlah kasus tertinggi dilaporkan di Provinsi Jawa Timur (6.513 kasus), disusul DKI Jakarta (6.019 kasus), Jawa Barat (5.466 kasus), Jawa Tengah (4.032 kasus), dan Papua (3.866 kasus). Tingginya jumlah kasus baru HIV yang ditemukan di Pulau Jawa (23.858 kasus) bahkan mencapai

In addition to tuberculosis and malaria, HIV / AIDS is always a topic in the public. The number of new cases of HIV reported in 2016 in Indonesia was 41,250 cases and the number of new cases of AIDS as many as 1,110 people. The highest number of cases was reported in Jawa Timur (6,513 cases), followed by DKI Jakarta (6,019 cases), Jawa Barat (5,466 cases), Jawa Tengah (4,032 cases) and Papua (3,866 cases). The high number of new cases of HIV found in Java (23,858 cases) even reached more than

lebih dari setengah jumlah kasus nasional. Sementara itu, jumlah kasus baru AIDS tertinggi ditemukan di Jawa Tengah sebanyak 1.402 orang, disusul Jawa Timur 1.110 orang dan Bali 882 orang. Jumlah kasus baru AIDS di kawasan barat dan tengah Indonesia tercatat lebih tinggi dibandingkan kawasan timur.

Pemerintah menetapkan prevalensi HIV tahun 2019 ditargetkan kurang dari 0,50 persen. Rekomendasi yang diberikan guna menangani HIV/AIDS antara lain pemerintah diharapkan memperluas pengurangan risiko dan dampak buruk di populasi yang rentan HIV/AIDS, meningkatkan promosi kesehatan, memperjelas tugas dan tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah, memperkuat koordinasi lintas sektor, menyusun langkah konkrit untuk menghilangkan persepsi dan diskriminasi terhadap Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA) ([www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)). Kesadaran masyarakat untuk memeriksakan diri sangat dibutuhkan mengingat HIV/AIDS merupakan penyakit yang biasanya tidak terdeteksi sejak dini dan hanya dapat diketahui melalui tes HIV. Pengetahuan yang tepat mengenai HIV/AIDS juga perlu dibangun secara masal agar masyarakat tidak khawatir atau takut untuk melakukan pemeriksaan HIV.

### **Penyakit Tidak Menular Semakin Meningkat**

Penyakit Tidak Menular (PTM) telah menjadi permasalahan bukan hanya di negara maju tetap juga negara berkembang dalam kurun waktu terakhir. Perubahan pola penyakit telah terjadi terkait perilaku manusia yang menyebabkan pergeseran penyakit tidak menular menjadi penyebab utama kematian di Indonesia. Tahun 1990, penyebab terbesar kesakitan dan kematian yaitu penyakit menular seperti infeksi saluran pernafasan atas, tuberkulosis, dan diare. Namun sejak tahun 2010, penyebab tertinggi kesakitan dan kematian yaitu tekanan darah tinggi, stroke, kanker, jantung, dan diabetes militus ([Wartaekonomi.co.id](http://Wartaekonomi.co.id)).

Penyakit tidak menular merupakan penyakit kronis yang tidak ditularkan dari

*half the national case number. Meanwhile, the highest number of new AIDS cases was found in Jawa Tengah as many as 1,402 people, followed by Jawa Timur by 1.110 people and Bali by 882 people. The number of new AIDS cases in western and central Indonesia is higher than in the eastern region.*

*The government sets the 2019 HIV prevalence targeted at less than 0.50 percent. Recommendations addressed to address HIV / AIDS include governments expected to expand risk reduction and adverse impacts in HIV / AIDS-prone populations, increase health promotion, clarify central and local government tasks and responsibilities, strengthen cross-sectoral coordination, develop concrete steps to eliminate perception and discrimination against people living with HIV / AIDS (PLWHA) ([www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)). Public awareness for self-examination is needed since HIV / AIDS is a disease that is usually not detected early and can only be detected through HIV testing. Appropriate knowledge about HIV / AIDS also needs to be built massively so that people are not worried or afraid to carry out HIV testing.*

### **Increasing Non-Infectious Diseases**

*Non-infectious Diseases (PTM) has become a problem not only in developed countries but also developing countries in the last period. Changes in the pattern of disease have occurred related to human behavior that causes the shift of non-infectious diseases became the main cause of death in Indonesia. In 1990, the greatest causes of illness and death were infectious diseases such as upper respiratory infections, tuberculosis, and diarrhea. But since 2010, the highest causes of morbidity and death are high blood pressure, stroke, cancer, heart, and diabetes mellitus ([Wartaekonomi.co.id](http://Wartaekonomi.co.id)).*

*Non-infectious diseases are chronic diseases that are not transmitted from person*

orang ke orang, seperti jantung, stroke, hipertensi, diabetes melitus, kanker, dan penyakit paru. Berdasarkan hasil estimasi WHO (2014), disebutkan bahwa penyakit kardiovaskular merupakan penyakit tidak menular utama yang menyebabkan kematian. Di Indonesia sendiri, sekitar 37 persen kematian disebabkan oleh penyakit kardiovaskular. Penyakit kardiovaskular yaitu penyakit yang disebabkan gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah, seperti penyakit jantung koroner dan stroke. Sepuluh penyakit penyebab terbesar kematian di Indonesia tahun 2015 yaitu stroke, kecelakaan lalu lintas, jantung iskemik, kanker, diabetes melitus, tuberkulosis, infeksi saluran pernafasan atas, depresi, asfiksia dan trauma kelahiran serta penyakit paru obstruksi kronis. Empat dari penyebab tersebut tergolong penyakit tidak menular, yaitu stroke, jantung iskemik, kanker, dan diabetes melitus. Hal ini membuktikan bahwa PTM sudah tidak dapat lagi disepelekan sebagai permasalahan kesehatan. Kecenderungan masyarakat hanya waspada terhadap penyakit menular perlu diimbangi dengan pengetahuan penyakit tidak menular yang dapat menyebabkan kematian. Penyakit tidak menular muncul sebagai akibat dari perilaku dan pola hidup yang tidak sehat. Gerakan Masyarakat Hidup Sehat atau Germas merupakan kegiatan terencana yang diinisiasi oleh pemerintah untuk dilakukan secara bersama-sama oleh masyarakat untuk meningkatkan kesadaran pola hidup sehat.

Survei *Sample Registration System* (SRS) tahun 2014 yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan menyebutkan penyakit jantung koroner sebagai penyakit tidak menular kedua setelah stroke yang menyebabkan kematian di Indonesia ([www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)). Hasil *Riskesdas* 2013 menunjukkan berdasarkan diagnosis dokter, prevalensi penyakit jantung koroner di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,5 persen atau diperkirakan sebanyak 883.447 orang.

*to person, such as heart, stroke, hypertension, diabetes mellitus, cancer, and lung disease. Based on the WHO estimates (2014), it is mentioned that cardiovascular disease is the major non-infectious disease that causes death. In Indonesia, about 37 percent of deaths are caused by cardiovascular diseases. Cardiovascular disease is a disease caused by impaired heart and blood vessel function, such as coronary heart disease and stroke. Ten of the biggest causes of death in Indonesia in 2015 are stroke, traffic accident, ischemic heart, cancer, diabetes mellitus, tuberculosis, upper respiratory tract infections, depression, asphyxia and birth trauma and chronic obstructive pulmonary disease. Four of these causes belong to non-infectious diseases, namely stroke, ischemic heart disease, cancer, and diabetes mellitus. This proves that the non-infectious disease can no longer be underestimated as a health problem. The tendency of the public to be only alert to infectious diseases needs to be upgraded with the knowledge of non-infectious diseases that can cause death. Non-infectious diseases arise as a result of unhealthy behavior and lifestyle. The Movement of the Healthy Living Community is a planned activity initiated by the government to be conducted jointly by the community to increase awareness of healthy lifestyle.*

*The 2014 Sample Registration System (SRS) Survey conducted by the Ministry of Health mentions coronary heart disease as the second non-infectious disease after a stroke that causes death in Indonesia ([www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)). The 2013 Basic Health Research showed that based on doctor's diagnosis, the prevalence of coronary heart disease in Indonesia in 2013 was 0.5 percent or around 883,447 people. If based on diagnosis / symptoms, the prevalence of coronary heart disease in Indonesia is 1.5 percent or about 2.65 million people. Provinces*

**Tabel 2.6. Estimasi Penderita Penyakit Jantung Koroner Umur  $\geq$  15 Tahun, 2013**  
**Table 2.6. Estimated Patients with Coronary Heart Disease Aged 15 and Over, 2013**

Provinsi/Province	Persentase Diagnosis Dokter/ Percentage of Diagnosis of Doctor	Persentase Diagnosis/Gejala/ Percentage of Diagnosis/ Symptom	Estimasi Jumlah Absolut Diagnosis Dokter/ Estimated Absolut Number of Diagnosis of Doctor	Estimasi Jumlah Absolut Diagnosis/ Gejala/ Estimated Absolut Number of Diagnosis/Symptom
Aceh	0,7	2,3	22 240	73 073
Sumatera Utara	0,5	1,1	44 698	98 336
Sumatera Barat	0,6	1,2	20 567	41 133
Riau	0,2	0,3	8 214	12 321
Jambi	0,2	0,5	4 625	11 563
Sumatera Selatan	0,4	0,7	21 919	38 358
Bengkulu	0,3	0,6	3 748	7 495
Lampung	0,2	0,4	11 121	22 242
Kep. Bangka Belitung	0,6	1,2	5 669	11 338
Kepulauan Riau	0,4	1,1	5 476	15 058
DKI Jakarta	0,7	1,6	53 265	121 748
Jawa Barat	0,5	1,6	160 812	514 597
Jawa Tengah	0,5	1,4	120 447	337 252
DI Yogyakarta	0,6	1,3	16 663	36 104
Jawa Timur	0,5	1,3	144 279	375 127
Banten	0,5	1	40 370	80 740
Bali	0,4	1,3	12 272	39 885
Nusa Tenggara Barat	0,2	2,1	6 405	67 257
Nusa Tenggara Timur	0,3	4,4	9 350	137 130
Kalimantan Barat	0,3	0,9	9 218	27 653
Kalimantan Tengah	0,3	1,7	4 825	27 340
Kalimantan Selatan	0,5	2,2	13 612	59 892
Kalimantan Timur	0,5	1	13 767	27 535
Sulawesi Utara	0,7	1,7	11 892	28 880
Sulawesi Tengah	0,8	3,8	14 888	70 719
Sulawesi Selatan	0,6	2,9	34 434	166 429
Sulawesi Tenggara	0,4	1,7	6 158	26 170
Gorontalo	0,4	1,8	3 019	13 584
Sulawesi Barat	0,3	2,6	2 402	20 817
Maluku	0,5	1,7	5 308	18 049
Maluku Utara	0,2	1,7	1 436	12 208
Papua Barat	0,3	1,2	1 672	6 690
Papua	0,2	1,3	4 298	27 936
<b>Indonesia</b>	<b>0,5</b>	<b>1,5</b>	<b>883 447</b>	<b>2 650 340</b>

Sumber/ Source : Infodatin Jantung 2014, Kementerian Kesehatan/ Data and Information on Heart Diseases 2014, Ministry of Health

Survei *Sample Registration System* (SRS) tahun 2014 yang diselenggarakan oleh Kementerian Kesehatan menyebutkan penyakit jantung koroner sebagai penyakit tidak menular kedua setelah stroke yang menyebabkan kematian di Indonesia ([www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)). Hasil Riskesdas 2013 menunjukkan berdasarkan diagnosis dokter, prevalensi penyakit jantung koroner di Indonesia tahun 2013 sebesar 0,5 persen atau diperkirakan sebanyak 883.447 orang. Jika berdasarkan diagnosis/gejala, prevalensi penyakit jantung koroner di Indonesia sebesar 1,5 persen atau diperkirakan sebanyak 2,65 juta orang. Provinsi dengan estimasi jumlah penderita jantung koroner paling banyak menurut diagnosis dokter yaitu Jawa Barat (160.812 orang), Jawa Timur (144.279 orang), dan Jawa Tengah (120.447 orang). Begitu juga menurut diagnosis/gejala, provinsi dengan estimasi penderita jantung koroner paling banyak masih di Jawa Barat (514.597 orang), Jawa Timur (375.127 orang), dan Jawa Tengah (337.252 orang). Ditinjau dari sebarannya, tampak bahwa wilayah dengan penderita jantung koroner terkonsentrasi di Pulau Jawa. Sementara wilayah timur Indonesia seperti Maluku dan Papua nyaris tidak nampak bila disandingkan dengan Pulau Jawa.

Penyakit kardiovaskular lain yang juga menjadi penyebab kematian terbesar yaitu stroke. Hasil Riskesdas 2013 mencatat prevalensi penderita stroke di Indonesia tahun 2013 sebesar 7 perseribu menurut diagnosis tenaga kesehatan atau diperkirakan sebanyak 1,24 juta orang. Jika dihitung menurut diagnosis/gejala, prevalensi penderita stroke di Indonesia sebesar 12,1 perseribu atau diperkirakan sebanyak 2,14 juta orang. Sama halnya dengan sebaran estimasi jumlah penderita jantung koroner, provinsi dengan estimasi jumlah penderita stroke paling banyak menurut diagnosis tenaga kesehatan terdapat di Jawa Barat (238.001 orang), Jawa Timur (190.449 orang), dan Jawa Tengah (171.035 orang).

*with the highest estimated number of coronary heart patients according to doctor's diagnosis are Jawa Barat (160,812 people), Jawa Timur (144,279 people), and Jawa Tengah (120,447 people). Similarly, according to diagnosis / symptom, provinces with most estimated coronary heart disease were still Jawa Barat (514,597 people), Jawa Timur (375,127 people), and Jawa Tengah (337,252 people). Judging from the spread, it appears that the region with coronary heart disease is concentrated in Java Island. While the eastern regions of Indonesia such as Maluku and Papua almost did not appear when compared to the Java Island.*

*Other cardiovascular disease that is also the biggest cause of death is stroke. The 2013 Basic Health Research Riskesdas recorded the prevalence of stroke patients in Indonesia in 2013 by 7 per thousand according to the diagnosis of health workers or around 1.24 million people. When calculated according to the diagnosis / symptoms, the prevalence of stroke patients in Indonesia amounted to 12.1 per thousand or around 2.14 million people. Similar to distribution of estimated number of patients with coronary heart disease, provinces with the highest estimated number of stroke patients according to the diagnosis of health workers are in Jawa Barat (238,001 people), Jawa Timur (190,449 people), and Jawa Tengah (171,035 people). Meanwhile, according to diagnosis / symptoms, provinces with the*

**Tabel 2.7. Estimasi Penderita Penyakit Stroke Umur ≥ 15 Tahun, 2013**  
**Table 2.7. Estimated Patients with Stroke Disease Aged 15 and Over, 2013**

Provinsi/Province	Persentase Diagnosis Dokter/ Percentage of Diagnosis of Doctor	Persentase Diagnosis/Gejala/ Percentage of Diagnosis/ Symptom	Estimasi Jumlah Absolut Diagnosis Dokter/ Estimated Absolut Number of Diagnosis of Doctor	Estimasi Jumlah Absolut Diagnosis/ Gejala/ Estimated Absolut Number of Diagnosis/Symptom
Aceh	10,8	14,9	34 313	47 339
Sumatera Utara	10,3	16,9	92 078	151 080
Sumatera Barat	9,7	14,6	33 249	50 045
Riau	9,7	14,6	39 839	59 964
Jambi	9,2	14,5	21 276	33 534
Sumatera Selatan	9,1	16	49 865	87 676
Bengkulu	8,3	12,3	10 369	15 366
Lampung	7,7	12,3	42 815	68 393
Kep. Bangka Belitung	7,7	10	7 275	9 448
Kepulauan Riau	7,6	8,5	10 404	11 636
DKI Jakarta	7,4	12,2	56 309	92 833
Jawa Barat	7,4	16,6	238 001	533 895
Jawa Tengah	7,1	17,9	171 035	431 201
DI Yogyakarta	7	9,4	19 440	26 106
Jawa Timur	6,6	10,5	190 449	302 987
Banten	6,6	12	53 289	96 888
Bali	6,2	12,1	19 022	37 123
Nusa Tenggara Barat	6	10,3	19 216	32 988
Nusa Tenggara Timur	5,9	15,5	18 388	48 307
Kalimantan Barat	5,8	8,2	17 821	25 195
Kalimantan Tengah	5,3	8,9	8 524	14 313
Kalimantan Selatan	5,2	7,8	14 156	21 234
Kalimantan Timur	5,1	9,6	14 043	26 434
Sulawesi Utara	4,8	8,8	8 154	14 950
Sulawesi Tengah	4,6	10,7	8 561	19 913
Sulawesi Selatan	4,5	9,6	25 825	55 094
Sulawesi Tenggara	4,2	5,2	6 466	8 005
Gorontalo	4,2	12,1	3 170	9 132
Sulawesi Barat	4,2	8,7	3 363	6 966
Maluku	4,2	5,8	4 459	6 158
Maluku Utara	3,7	5,4	2 657	3 878
Papua Barat	3,6	5,3	2 007	2 955
Papua	2,3	9,4	4 943	20 200
<b>Indonesia</b>	<b>7</b>	<b>12,1</b>	<b>1 236 825</b>	<b>2 137 941</b>

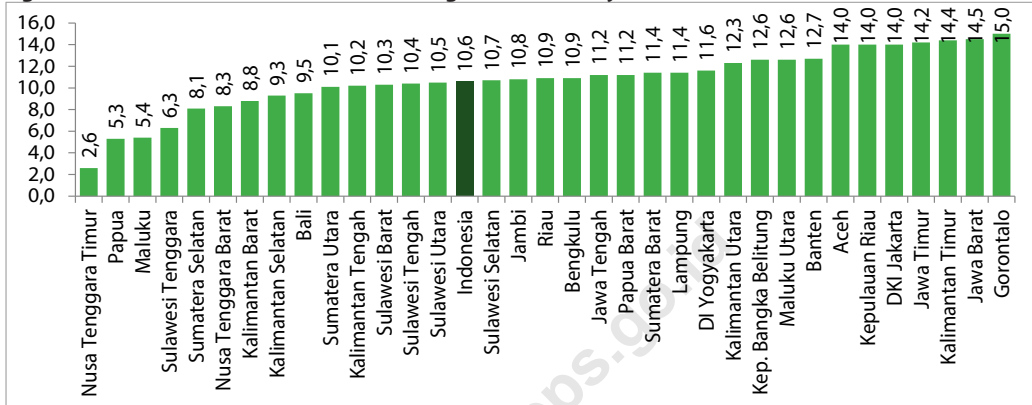
Sumber/ Source : Infodatin Jantung 2014, Kementerian Kesehatan/ Data and Information on Heart Diseases 2014, Ministry of Health



Sementara menurut diagnosis/gejala, provinsi dengan estimasi jumlah penderita stroke paling banyak terdapat di Jawa Barat (533.895 orang), Jawa Tengah (431.201 orang), dan Jawa Timur (302.987 orang).

*highest estimated number of stroke patients in Jawa Barat (533,895 people), Jawa Tengah (431,201 people), and Jawa Timur (302,987 people).*

**Gambar 2.21. Status Gizi Penduduk Dewasa Umur > 18 Tahun Berdasarkan IMT, 2016**  
**Figure 2.21. Nutritional Status of Adult Aged >18 Years by BMI, 2016**



Sumber/ Source : Pemantauan Status Gizi Tahun 2016, Ditjen. Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, 2017/  
*Nutritional Status Monitoring 2016, General Director of Publik Health, Ministry of Health, 2017*

Hal lain yang erat kaitannya dengan penyakit tidak menular yaitu obesitas. Obesitas adalah kelebihan berat badan sebagai akibat dari penimbunan lemak tubuh yang berlebihan. Obesitas dapat meningkatkan risiko terjangkitnya sejumlah penyakit tidak menular seperti tekanan darah tinggi, diabetes melitus, penyakit jantung, dan sesak nafas. Berdasarkan hasil pemantauan status gizi tahun 2016, persentase penduduk dewasa yang mengalami obesitas di Indonesia sebesar 10,6 persen. Capaian ini harus terus diupayakan tetap stabil atau bahkan diturunkan. Provinsi dengan persentase obesitas tertinggi yaitu Gorontalo (15 persen), sementara provinsi dengan persentase obesitas terendah yaitu Nusa Tenggara Timur (2,6 persen). Rendahnya angka obesitas di Nusa Tenggara Timur seiring dengan masih tingginya angka kekurangan gizi di provinsi ini. Jika ditinjau dari sebarannya, obesitas ditemukan di seluruh wilayah Indonesia, namun dengan kecenderungan yang lebih tinggi di kawasan barat.

*Another non-infectious disease is obesity. Obesity is overweight as a result of excessive body fat accumulation. Obesity can increase the risk of number of non-infectious diseases such as high blood pressure, diabetes mellitus, heart disease, and shortness of breath. Based on the results of the nutritional status monitoring in 2016, the percentage of adult overweight population in Indonesia was 10.6 percent. This figure should continue to remain stable or even lower. The province with the highest percentage of obesity is Gorontalo (15 percent), while the province with the lowest percentage of obesity is Nusa Tenggara Timur (2.6 percent). The low obesity rate in Nusa Tenggara Timur was in line with the high rate of malnutrition in the province. In terms of its distribution, obesity is found throughout the territory of Indonesia, but with a higher tendency in the western region.*



Peningkatan penyakit tidak menular bukan hanya memberikan dampak negatif di bidang kesehatan, tetapi juga perekonomian dan produktifitas negara. Penderita PTM cenderung membutuhkan waktu lama untuk sembuh dan biaya yang besar untuk pengobatan. Beberapa PTM termasuk penyakit kronis yang dapat mengganggu ekonomi penderita dan keluarganya. Bahkan dampak yang lebih buruk yaitu kecacatan permanen bagi penderita.

Seperti disebutkan subbab sebelumnya bahwa sekitar 30 persen penduduk menyatakan adanya keluhan kesehatan. Strategi yang dilakukan pemerintah untuk mengendalikan penyakit menular diantaranya yaitu dengan perluasan cakupan akses masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan, skrining AIDS, deteksi dini hepatitis B dan C, dan meningkatkan cakupan imunisasi yang lebih luas dan merata. Sementara untuk pengendalian penyakit tidak menular, pemerintah berupaya meningkatkan cakupan deteksi dini, baik dengan pro aktif mengunjungi masyarakat maupun yang diselenggarakan di fasilitas kesehatan tingkat pertama. Saat ini, pelaporan penyakit tidak menular yang bersumber dari fasilitas kesehatan belum optimal. Pemerintah memerlukan gambaran sebenarnya seberapa besar penyakit tidak menular di Indonesia untuk dapat merencanakan langkah nyata pencegahan, pengendalian, dan pengobatan penyakit tidak menular.

*Non-infectious diseases increase not only negatively affect the health sector, but also the economy and productivity of the country. Patients with such diseases tend to take a long time to recover and cost a lot for treatment. Some non-infectious diseases include chronic diseases that can disrupt the economy of the patient and family. Even worse effects are permanent disability of the patient.*

*As mentioned in the previous section, about 30 percent of the population who had health complaints. The government's strategies for controlling infectious diseases include the expansion of public access to health services, AIDS screening, early detection of hepatitis B and C, and increased coverage of broader and more equitable immunization. As for non-infectious disease control, the government seeks to improve coverage of early detection, either pro actively visiting the community or being hosted at a first-rate health facility. Currently, non-infectious diseases reporting from health facilities are not optimal. The government needs a real picture of number of non-infectious diseases in Indonesia in order to prepare mitigation, prevention, control, and treatment plan.*

## 2.5. KONDISI KESEHATAN LINGKUNGAN

Lingkungan merupakan faktor yang memiliki pengaruh besar terhadap derajat kesehatan baik individu maupun masyarakat. Kondisi lingkungan yang berdampak terhadap kesehatan yaitu ketersediaan air bersih, kepemilikan jamban, kondisi rumah, dan kondisi lingkungan perumahan. Kesakitan dan kematian erat kaitannya dengan kondisi kesehatan lingkungan. Oleh sebab itu, target terkait penyediaan air bersih dan sanitasi tertuang dalam Tujuan Pembangunan

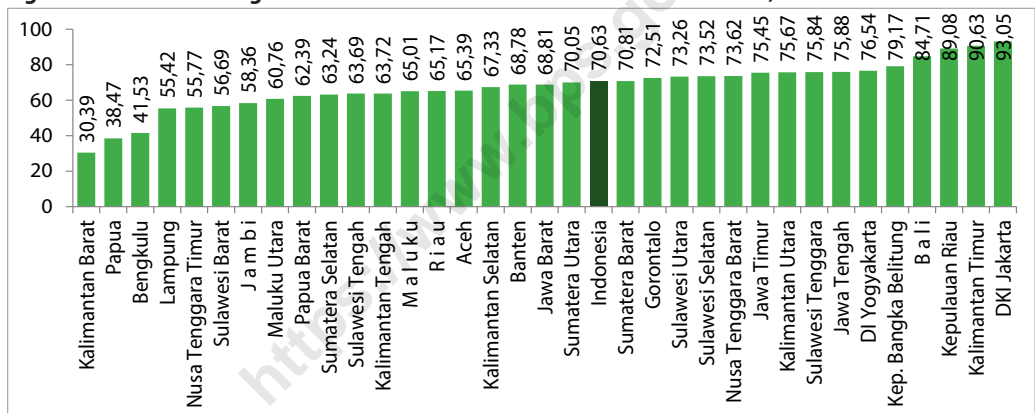
## 2.5 ENVIRONMENTAL HEALTH CONDITION

*Environment is a factor that has a great influence on the health status of both individuals and communities. Environmental conditions that affect health are availability of clean water, ownership of toilet, housing conditions, and neighborhood conditions. Mortality and death are closely related to environmental health conditions. Therefore, targets related to water supply and sanitation are set forth in the Sixth Goal of SDGs which is ensuring the availability and management*

Berkelanjutan Goal Keenam yaitu Menjamin Ketersediaan dan Pengelolaan Air Bersih dan Sanitasi Berkelanjutan Untuk Semua. Hal ini mengingat air bersih dan sanitasi layak adalah kebutuhan dasar manusia. Sedari hamil hingga melahirkan, ibu harus memperhatikan kesehatan lingkungan untuk menghindarkan bayi dari infeksi. Kematian bayi usia 1-12 bulan lebih banyak disebabkan infeksi khususnya pneumonia dan diare yang erat kaitannya dengan lingkungan yang tidak sehat (Renstra Kemenkes 2015-2019). Salah satu indikator kualitas kesehatan lingkungan yaitu sumber air minum bersih dan memiliki jamban sendiri dengan tangki septik.

*of clean water and sustainable sanitation for all. This is because clean water and proper sanitation are basic human needs. During pregnancy to delivery phase, mothers should pay attention to environmental health to prevent infants from infection. Infant mortality aged 1-12 months cases are more due to infection, especially pneumonia and diarrhea closely related to unhealthy environment (the Strategic Plans, Ministry of Health 2015-2019). One indicator of the quality of environmental health is the source of clean drinking water and has its own toilet with a septic tank.*

**Gambar 2.22. Persentase Rumah Tangga dengan Sumber Air Minum Bersih, 2016**  
**Figure 2.22. Percentage of Households with Source of Clean Drink Water, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016 (diolah), BPS/Calculated from National Socioeconomic Survey 2015-2016, BPS

Sumber air minum bersih yang dimaksud disini yaitu yang berasal dari ledeng, air kemasan, pompa, sumur terlindung, dan mata air terlindung yang jarak ke tempat pembuangan limbah (tangki septik) lebih dari 10 meter. Secara nasional, 70,63 persen rumah tangga di Indonesia sudah menggunakan sumber air minum bersih. Kondisi ini menunjukkan masyarakat sudah cukup sadar untuk menggunakan sumber air minum yang baik untuk kesehatan. Namun jika ditinjau menurut provinsi, setengah dari jumlah provinsi di Indonesia belum menggunakan sumber air minum bersih. Bahkan capaian terendah di Provinsi Kalimantan Barat baru sekitar 30,39 persen yang menggunakan sumber air bersih, disusul Papua (38,47

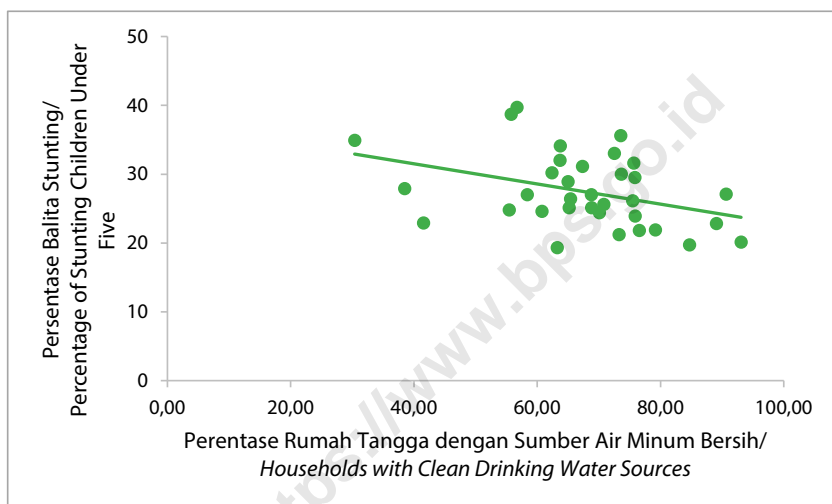
*The sources of clean drinking water discussed here are those coming from plumbing, bottled water, pumps, protected wells, and protected springs that distance to a waste disposal site (septic tank) more than 10 meters. Nationally, 70.63 percent of households in Indonesia are already using clean drinking water sources. This condition indicates that the community is aware enough to use a good source of drinking water for health. However, when viewed by province, half of the provinces in Indonesia have not used clean drinking water sources. Even the lowest figure in Kalimantan Barat Province was only 30.39 percent of the population using clean water sources, followed by Papua (38.47 percent). This figure indicates that more than*

persen) dan Bengkulu (41,53 persen). Angka ini menunjukkan bahwa lebih dari setengah jumlah rumah tangga di ketiga provinsi ini belum menggunakan sumber air minum bersih. Hal ini sangat disayangkan mengingat air bersih merupakan salah satu kebutuhan dasar yang harus dipenuhi dan merupakan salah satu syarat kualitas lingkungan sehat.

*half of households in these three provinces have not used clean drinking water sources. This is very unfortunate considering clean water is one of the basic needs that must be met and is one of the requirements for better quality environment.*

**Gambar 2.23. Hubungan Persentase Rumah Tangga dengan Sumber Air Minum Bersih dengan Persentase Balita Stunting**

**Figure 2.23. Relationship Between Households with Clean Drinking Water Sources and Percentage of Stunting Children under Five**



Sumber/ Source : Hasil PSG 2016 Kementerian Kesehatan dan [www.bps.go.id/](http://www.bps.go.id/) 2016 Nutritional Status Monitoring Ministry of Health and [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id/)

Beberapa penelitian menyebutkan adanya hubungan antara sumber air minum bersih dan sanitasi layak dengan status gizi balita yang dicerminkan melalui indikator balita *stunting*. Gambar di atas menunjukkan adanya indikasi kecenderungan persentase rumah tangga dengan sumber air minum bersih yang tinggi diiringi dengan persentase balita *stunting* yang relatif rendah. Pola yang serupa juga ditunjukkan hubungan antara sanitasi layak dengan persentase balita *stunting*, dimana persentase rumah tangga dengan sanitasi layak yang tinggi diiringi dengan persentase balita *stunting* yang relatif rendah. Air merupakan kebutuhan dasar kehidupan manusia. Air minum yang tercemar dan bukan berasal dari sumber air minum bersih mengandung bakteri dan kuman yang dapat menyebabkan penyakit

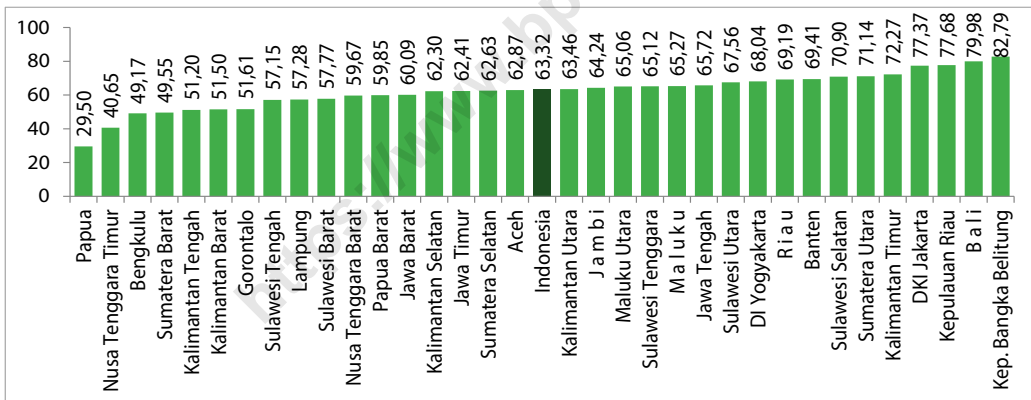
*Several studies have suggested a link between clean drinking water sources and proper sanitation with nutritional status of children under five indicated through stunting indicators. The figure below shows a trend of high percentage of households with sources of clean drinking water accompanied by relatively low percentage of stunting children under five. A similar pattern was also shown to be the relationship between proper sanitation and the percentage of under-five stunting children, whereas the percentage of households with high sanitation was accompanied by relatively low percentage of under-five children. Water is a basic need of human life. Contaminated drinking water and non-clean drinking water sources contain bacteria and germs that can cause illness for children under five. Similarly, the ownership of toilet is a direct factor related*

pada balita. Begitu pula dengan kepemilikan jamban yang merupakan faktor langsung yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat. Sanitasi layak yang dicerminkan dari kepemilikan jamban sendiri dengan tangki septik merupakan kebutuhan pokok bagi setiap individu. Kondisi sanitasi yang buruk merupakan tempat berkembangnya penyakit menular yang dapat menyebabkan morbiditas masyarakat, terutama usia di bawah lima tahun yang masih rentan terhadap penyakit. Balita yang tidak sehat dan terpapar penyakit akan cenderung meningkatkan risiko stunting dibandingkan balita yang tumbuh sehat.

*to public health. Proper sanitation that is indicated by the ownership of their own toilet with a septic tank is a staple for every individual. Poor sanitation conditions are a place for the development of infectious diseases that can cause community morbidity, especially those under five years who are still vulnerable to disease. Unhealthy children under five exposed to disease will tend to increase the risk of stunting.*

**Gambar 2.24. Persentase Rumah Tangga dengan Jamban Milik Sendiri yang Dilengkapi Tangki Septik, 2016**

**Figure 2.24. Percentage of Households Having Own Toilet with Septic Tank, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016 (diolah), BPS/ Calculated from National Socioeconomic Survey 2015-2016, BPS

Baru sekitar 63,32 persen rumah tangga di Indonesia yang memiliki jamban sendiri dan dilengkapi dengan tangki septik. Angka ini menunjukkan bahwa dari seluruh rumah tangga di Indonesia, masih ada sepertiganya yang belum memiliki jamban sendiri dan dilengkapi tangki septik. Kepemilikan jamban sendiri sangat penting dalam suatu rumah tangga terkait dengan kebersihan dan pencegahan penyakit yang banyak bersumber dari kotoran manusia. Penggunaan jamban bersama atau bahkan tidak memiliki jamban akan berdampak buruk pada kesehatan diri dan lingkungan.

*Only about 63.32 percent of households in Indonesia have their own toilets featured with septic tanks. This figure shows that of all households in Indonesia, there are still a third who do not have their own toilets with septic tanks. Own toilet ownership is very important in a household related to the cleanliness and prevention of diseases come from human waste. The use of sharing toilet or even having no toilet will have an adverse effect on personal health and the environment.*

Terdapat 17 provinsi dengan nilai persentase rumah tangga yang memiliki jamban sendiri dan dilengkapi tangki septik di bawah angka nasional. Papua merupakan provinsi dengan persentase terendah kepemilikan jamban sendiri yang dilengkapi tangki septik, dengan nilai 29,50 persen. Angka ini menggambarkan bahwa dari 10 rumah tangga di Papua, baru sekitar 3 rumah tangga yang memiliki jamban sendiri dengan dilengkapi tangki septik. Provinsi selanjutnya yang memiliki akses rendah ke sanitasi layak yaitu Nusa Tenggara Timur (40,65 persen) dan Bengkulu (49,17 persen).

Berdasarkan hasil Survei Kualitas Air (SKA) tahun 2015 yang diselenggarakan oleh BPS di Provinsi DI Yogyakarta, disebutkan bahwa kemampuan masyarakat mengakses air minum layak dan aman erat kaitannya dengan kemiskinan. Semakin rendah tingkat pendapatan, maka semakin buruk kualitas air minum yang ditandai dengan tingginya kadar bakteri *E.coli*. Kualitas air yang lebih buruk kemungkinan besar dijumpai di kawasan timur Indonesia ([finansial.bisnis.com](http://finansial.bisnis.com)). Guna mengatasi permasalahan kesehatan lingkungan, maka pembangunan infrastruktur mutlak diperlukan sebagai langkah nyata. Pengadaan proyek-proyek penyediaan air bersih dan sanitasi layak terutama di wilayah dengan akses rendah perlu dipercepat. Peran dan kerjasama dari pemerintah, swasta, masyarakat, lembaga swadaya, dan dukungan internasional dibangun dan disinergikan menjadi tindak lanjut perwujudan Indonesia sehat dengan ketersediaan air bersih dan sanitasi layak yang merata bagi seluruh masyarakat Indonesia.

*There were 17 provinces with percentage of households with their own toilet featured with septic tanks below the national figure. Papua is the province with the lowest percentage of own toilet with septic tanks, with a figure of 29.50 percent. This figure illustrates that out of 10 households in Papua, only about 3 households have their own toilets with septic tanks. Subsequent provinces with low access to proper sanitation are Nusa Tenggara Timur (40.65 percent) and Bengkulu (49.17 percent).*

*Based on Water Quality Survey in 2015 conducted by BPS in Yogyakarta Province, it was mentioned that the ability of the community to access safe drinking water related to poverty condition. The lower the income level, the worse the quality of drinking water which is marked by high level of *E.coli* bacteria. The worse water quality is most likely to be found in eastern Indonesia ([finansial.bisnis.com](http://finansial.bisnis.com)). In order to overcome environmental health problems, infrastructure development is absolutely necessary as a concrete step. Provision of water supply and sanitation projects is feasible especially in areas with low access needs to be accelerated. The role and cooperation of the government, private sector, community, non-government organizations and international support are built and synergized into a follow-up to the realization of a healthy Indonesia with equitable clean water availability and decent sanitation for all Indonesian citizens.*

**BAB**  
**CHAPTER**

**3**

**PEMERATAAN SARANA DAN PRASARANA KESEHATAN SEBAGAI  
FAKTOR PENUNJANG KESEHATAN PENDUDUK**

***FACILITIES AND INFRASTRUCTURES EQUALITY  
AS SUPPORTING FACTOR OF POPULATION HEALTH***

<https://www.bps.go.id>





Pembangunan kesehatan adalah salah satu upaya untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang optimal. Tercapainya tujuan pembangunan kesehatan perlu didukung oleh berbagai pihak, baik dari pemerintah, maupun dari masyarakat itu sendiri. Upaya yang dilakukan dengan terpadu dan berkelanjutan akan menjamin kehidupan yang sehat bagi seluruh masyarakat. Tidak hanya itu, sumber daya manusia yang sehat akan mendukung pembangunan nasional di segala aspek.

Meski demikian, isu yang dihadapi dalam pembangunan kesehatan cukup banyak, salah satunya adalah kualitas, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang masih rendah. Sarana, prasana, dan infrastruktur yang kurang memadai, hingga tenaga medis yang terbatas menjadi kendala dalam kualitas pelayanan kesehatan. Selain itu, perbedaan status kesehatan penduduk juga tidak terlepas dari segi keterjangkauan pelayanan kesehatan, baik akses biaya maupun akses transportasi.

Pemerataan pelayanan kesehatan merupakan satu dari sekian permasalahan kesehatan di Indonesia. Pelayanan kesehatan di Indonesia masih belum cukup menjangkau seluruh penduduk Indonesia, terutama di wilayah timur Indonesia. Luasnya wilayah di Indonesia mendorong penyebaran penduduk hingga ke daerah terpencil dan daerah perbatasan. Keadaan geografis yang sulit menjadi salah satu penghambat upaya pemerataan pelayanan kesehatan di daerah tersebut. Di samping itu, sarana transportasi dan komunikasi yang terbatas juga mempersulit upaya pemerataan kesehatan. Tingkat pendidikan yang rendah dan tingkat kemiskinan penduduk juga menjadi penghalang dalam akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Oleh sebab itu, pemerintah terus berupaya untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan. Pemerintah lebih menguatkan pembangunan kesehatan

*Development in health sector is an effort to fulfill society need to obtain optimal health care services. Achieving the goals of health development requires support from various parties, both from the government and the community itself. Integrated and sustainable efforts will guarantee a healthy life for all people. Not only that, healthy human resources will be critical support for national development in all aspects.*

*However, there are a number of challenging issues faced in health development, one of which is low quality, equity, and affordability of health care services. These range from inadequate facilities, infrastructure, to limited medical personnel leading to existing obstacles in the quality of health care services. In addition, the difference in the health status of the population is also a matter in terms of access of health care services, both on cost and transportation aspect.*

*Health care service equalization is one of many problems of health development in Indonesia. Number health services in Indonesia are still far from ideal state to reach the entire population of Indonesia, especially in eastern Indonesia. The large territory of Indonesia encourages the spread of the population to remote and border areas. The difficult geographical condition becomes one of the obstacles in the effort of equal distribution of health services in those areas. In addition, limited means of transportation and communication also make health equalization efforts more complicated. Low education and poverty level of some part of population is also a barrier in the access of people to health care services.*

*For this notion, the government continuously strives to improve access and quality of health care services. The government further strengthens health development in*

di daerah timur dan daerah tertinggal. Tujuan dari pembangunan tersebut adalah masyarakat dapat dengan mudah mengakses fasilitas pelayanan kesehatan dengan sarana dan prasarana yang memadai. Dengan begitu, pemerataan kesehatan akan tercapai di seluruh wilayah Indonesia.

*the eastern and underdeveloped regions. The purpose of the development is to make community have easy access to health care facilities by increasing number of the facilities and infrastructures. So that, the state of health equalization will be achieved throughout the territory of Indonesia.*

### 3.1. AKSES PELAYANAN KESEHATAN DAN PENGGUNA

Kesehatan adalah salah satu hak asasi manusia dan unsur kesejahteraan masyarakat. Derajat kesehatan masyarakat harus dipelihara dan ditingkatkan. Hal tersebut tidak hanya penting bagi masyarakat itu sendiri, tetapi juga penting bagi negara. Penduduk yang sehat akan lebih mudah dan nyaman dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Kemudian, kesehatan masyarakat dapat menjadi investasi dan membentuk sumber daya manusia yang berdaya saing bagi pembangunan nasional.

Pelayanan kesehatan adalah ujung tombak dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pemerintah pun terus berupaya untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dengan dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan, seperti yang telah diatur dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Hal ini dikarenakan rendahnya derajat kesehatan masyarakat akan menyebabkan kerugian ekonomi bagi negara.

Keputusan masyarakat untuk pergi berobat dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik dari segi keterjangkauan, maupun sosial budaya. Dalam Behavioral Model yang dikembangkan oleh Ronald M. Andersen (1995), keputusan seseorang untuk menggunakan pelayanan kesehatan didorong oleh faktor lingkungan (*environment*), karakteristik populasi (*population characteristics*), dan keadaan kesehatan (*health outcomes*). Faktor-faktor tersebut dijelaskan sebagai berikut:

### 3.1. ACCESS TO HEALTH CARE SERVICES AND USERS

*Health is one of human rights and the component of social welfare. The degree of public health should be maintained and improved. It is not only important for the community itself, but also for the country. Healthy citizens will be more productive in performing daily activities, especially economic activities. Then, public health can be treated as an investment that leads to competitive human resources for fostering national development.*

*Health care is the critical to improve the health status of the population. The government is committed to continuously improve health services based on non-discriminatory, participatory and sustainable principles, as set out in Law Number 36 of 2009 on Health Development. This is because level of public health is still low that will cause economic losses for the nation.*

*People's decisions to obtain medical treatment can be influenced by various factors, both in terms of affordability, and socio-cultural aspect. In the Behavioral Model developed by Ronald M. Andersen (1995), a person's decision to visit health care facilities is driven by environmental factors, population characteristics and health outcomes. These factors are explained as follows:*

1. Faktor lingkungan terdiri dari sistem pelayanan kesehatan (seperti kebijakan nasional tentang kesehatan, sumber daya atau tenaga kesehatan) dan lingkungan eksternal (seperti keadaan politik dan ekonomi).
2. Faktor karakteristik populasi terdiri dari karakteristik predisposisi (seperti karakteristik demografi, pengetahuan, atau kepercayaan), sumber daya pemungkin (seperti keadaan ekonomi, akses ke pelayanan kesehatan, baik dari biaya maupun transportasi), dan faktor kebutuhan (seperti keluhan sakit)
3. Faktor keadaan kesehatan yang terdiri dari status kesehatan dan kepuasan terhadap pelayanan kesehatan.

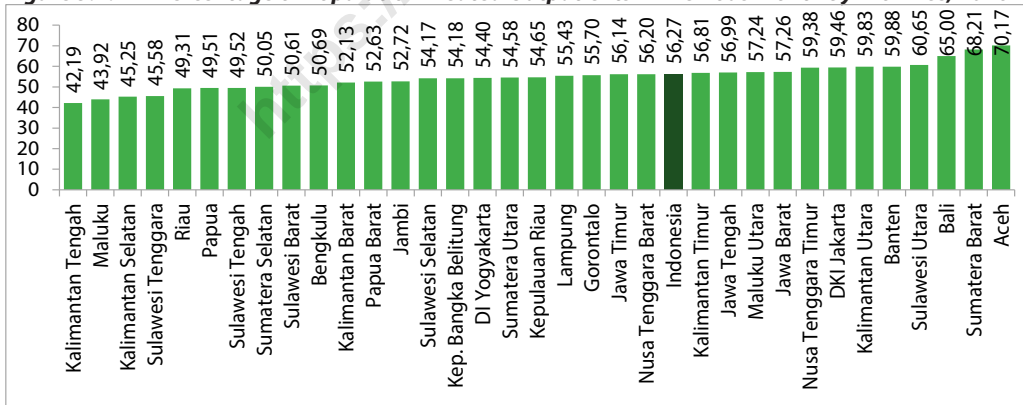
Selain ketiga faktor tersebut, kebiasaan perilaku kesehatan (seperti diet, olahraga, dan perawatan diri) juga berhubungan dengan keputusan penggunaan pelayanan kesehatan.

1. *Environmental factors consist of health care systems (such as national policies on health, resources or health personnel) and the external environment (such as political and economic circumstances).*
2. *The population characteristic factors consist of predisposing characteristics (such as demographic, knowledge, or belief), enabling resources (such as economic conditions, access to health services, both in terms of cost and transportation), and need factors (such as health complaints).*
3. *Health condition factors consist of health status and satisfaction on health care services.*

*In addition to these three factors, people's health habits or behaviors (such as diet, exercise, and self-care) are also associated with decisions on the use of health services.*

**Gambar 3.1. Persentase Penduduk yang Berobat Jalan dalam Sebulan Terakhir Menurut Provinsi, 2016**

**Figure 3.1. Percentage of Population Treated Outpatients in Previous Month by Province, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS/National Socioeconomic Survey 2016, BPS

Pada tahun 2016, masih banyak masyarakat Indonesia yang tidak mengakses pelayanan kesehatan. Dari penduduk Indonesia yang mempunyai keluhan kesehatan satu bulan terakhir, hanya 56,27 persen diantaranya pergi berobat jalan. Persentase penduduk yang berobat jalan terendah terdapat pada Kalimantan Tengah (42,19 persen), Maluku (43,92 persen), dan

By 2016, there were still many populations in Indonesia who do not have access to health services. From total Indonesian population who had health complaints in the last one month, only 56.27 percent of them went to seek treatment from medical personnel. The lowest percentage of population treated outpatients was Kalimantan Tengah (42.19 percent), Maluku (43.92 percent) and

Kalimantan Selatan (45,25 persen). Angka tersebut berbeda cukup signifikan dengan Provinsi Aceh, dimana dari penduduk yang mengeluh sakit, 70,17 persen diantaranya pergi berobat jalan.

*Kalimantan Selatan (45.25 percent). This figure is significantly contrary with that in Aceh, where from all residents who had health complaints, 70.17 percent of them obtained medical treatment.*

**Tabel 3.1. Persentase Penduduk yang Sakit tetapi Tidak Berobat Jalan dalam Sebulan Terakhir Menurut Klasifikasi Wilayah dan Alasan Utama Tidak Berobat Jalan, 2016**  
**Table 3.1. Percentage of Population Who Had Health Complaints without Seeking Medical Treatment in Previous Month by Urban-Rural Comparison and Main Reason, 2016**

Klasifikasi Wilayah/ Urban - Rural Comparison	Tidak Punya		Tidak Ada	Waktu		Tidak Ada	Merasa	
	Biaya Berobat /No Medical Budget	Tidak Ada Biaya Transpor / No Transportation Budget	Sarana Transportasi / No Transportation Facility	Tunggu Pelayanan Lama / Long Waiting Time for the Service	Mengobati Sendiri / Self-Treating	yang Mendampingi / No Companion	Tidak Perlu / Feeling Unnecessary	Lainnya / Others
Perkotaan/ Urban	1,73	0,31	0,07	0,23	64,49	0,24	29,32	3,61
Perdesaan/ Rural	3,31	0,79	0,19	0,13	63,02	0,37	28,87	3,32
<b>Perkotaan+ Perdesaan/ Urban+ Rural</b>	<b>2,50</b>	<b>0,55</b>	<b>0,13</b>	<b>0,18</b>	<b>63,77</b>	<b>0,30</b>	<b>29,10</b>	<b>3,47</b>

Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS/National Socioeconomic Survey 2016, BPS

Kemudian, terdapat pola perbedaan dalam alasan penduduk yang sakit tetapi tidak berobat jalan antara perkotaan dan perdesaan. Pada tahun 2016, persentase penduduk perdesaan yang tidak berobat jalan karena tidak punya biaya berobat, tidak ada biaya transpor, dan tidak ada sarana transportasi, lebih tinggi dibandingkan dengan persentase penduduk perkotaan. Hal tersebut menunjukkan penduduk perdesaan lebih cenderung mengalami kesulitan dalam mengakses fasilitas kesehatan. Bahkan, penduduk yang sakit tetapi tidak berobat jalan karena tidak memiliki biaya berobat ada sebesar 3,31 persen.

Keputusan seseorang untuk mengakses pelayanan kesehatan ini berkaitan dengan perilaku berobat. Selain faktor latar belakang atau karakteristik, persepsi seseorang terhadap penyakit juga memengaruhi keputusan dalam mencari

*Then, there are different patterns among kinds of reason not to be treated outpatient between urban and rural areas. By 2016, the percentage of rural population with health complaints who did not seek treatment because they have no medical budget, no transportation budget, and no transportation facility, is higher than the percentage of urban population. This indicates that rural people are more likely to experience difficulties in accessing health facilities. In fact, the population who had health complaints without seeking medical treatment because of no medical budget was 3.31 percent.*

*The decision of a person to access health services is related to the behavior of treatment. In addition to background factors or characteristics, a person's perception of the disease also influences the decision in seeking treatment. A person will assess whether he/she*

pengobatan/perawatan. Seseorang akan menilai perlu atau tidaknya perawatan kesehatan profesional dari gejala yang dialami. Menurut Zola (1973), terdapat lima pemicu sosial dalam penilaian tersebut, yaitu (1) Terganggunya aktivitas sehari-hari, (2) interferensi dalam hubungan sosial, (3) krisis interpersonal, (4) temporalisasi simptomatologi (menetapkan tenggang waktu), dan (5) dorongan dari keluarga dan teman.

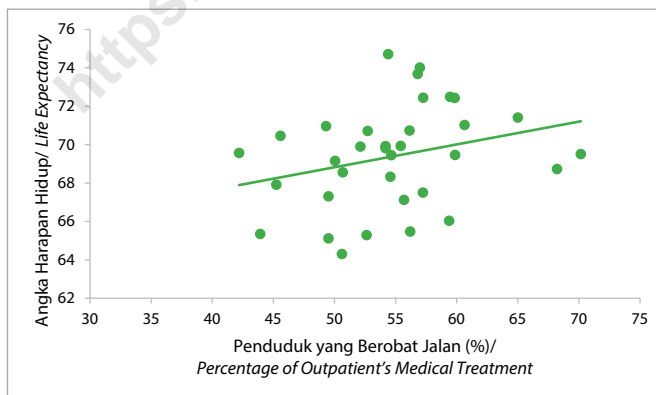
*needs the professional health care or not for the symptoms experienced. According to Zola (1973), there are five social considerations in the assessment, namely (1) interrupting the daily activities, (2) interference in social relations, (3) interpersonal crisis, (4) temporalization of symptomatology (set period of symptom).*

Dari penjelasan tersebut, perilaku berobat seseorang biasanya bertahap sesuai dengantingkatkeparahanpenyakitnya. Ketika penyakit masih dirasakan ringan, seseorang akan melakukan pengobatan sendiri. Kemudian, jika seseorang membutuhkan pengobatan profesional, mereka akan mencari pengobatan yang sesuai dengan penyakit mereka. Pengobatan profesional tersebut dapat berupa pengobatan medis dan pengobatan tradisional.

*From the above-mentioned facts, a person's treatment behavior is usually phased according to the severity stages of illness. When the disease is still felt as light, someone will do the treatment on their own. Then, if someone needs professional treatment, they will seek the treatment based on their illness. Such professional treatment may be medical treatment and traditional medicine.*

**Gambar 3.2. Hubungan Antara Persentase Penduduk yang Berobat Jalan dan Angka Harapan Hidup (AHH) Menurut Provinsi, 2016**

**Figure 3.2. Relationship Between the Percentage of Outpatient's Medical Treatment and Life Expectancy (AHH) by Province, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS dan www.bps.go.id/ Susenas COR 2016, BPS and www.bps.go.id

Pelayanan kesehatan yang diperoleh masyarakat tentunya mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kebutuhan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ketika sedang sakit harus terpenuhi agar masyarakat dapat sehat kembali. Gambar 3.2 menunjukkan adanya indikasi hubungan antara persentase penduduk yang berobat jalan dan angka harapan hidup

*The health services accessed by the community have consequence improving the community health level-status. The needs of community in terms of getting health services whilst sick, it must be fulfilled so that people can be recovery. Figure 3.2 shows an indication of the correlation between the percentage of the outpatient population and life expectancy, although the indication of the correlation*

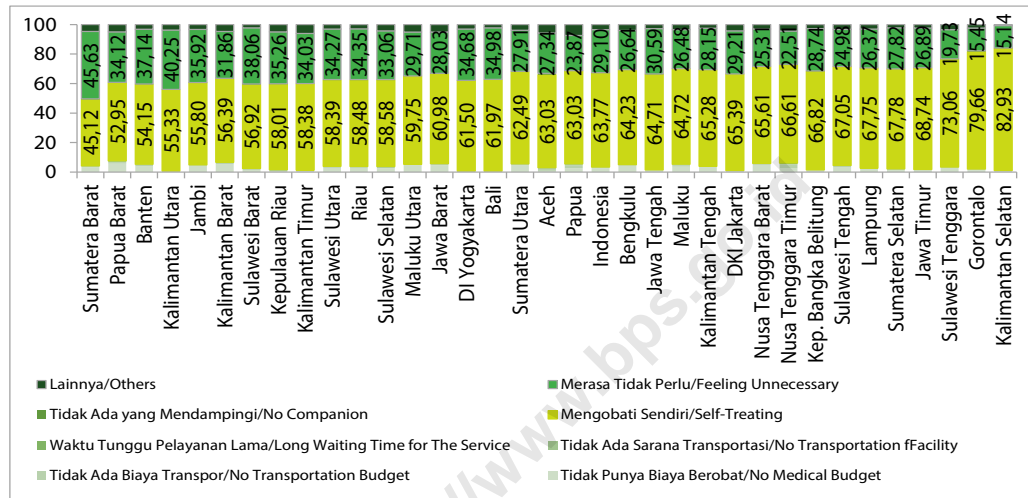


walaupun indikasi hubungan kedua indikator tersebut tidak begitu kuat. Semakin besar persentase penduduk yang berobat jalan maka semakin tinggi AHH di suatu provinsi. Pengobatan yang diterima masyarakat akan meningkatkan derajat kesehatannya.

*between the two indicators is not pretty significant enough. The greater percentage of people who seek outpatient's medical treatment would affect the higher life expectancy in a province. Medical treatment received by public, it will improve the degree of health status.*

**Gambar 3.3. Persentase Penduduk yang Sakit tetapi Tidak Berobat Jalan dalam Sebulan Terakhir Menurut Provinsi dan Alasan Utama Tidak Berobat Jalan, 2016**

**Figure 3.3. Percentage of Population Who Had Health Complaints without Seeking Medical Treatment by Province and Main Reason, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS/National Socioeconomic Survey 2016, BPS

Pengobatan atau perawatan mandiri adalah respons yang umum dan rutin terhadap gejala penyakit yang dialami seseorang. Pengobatan sendiri sudah dilakukan masyarakat sejak lama dan merupakan tindakan pribadi untuk menjaga kesehatan dan mengatasi penyakit. Oleh karena itu, tidak mengherankan jika alasan tidak pergi berobat bagi sebagian besar penduduk adalah mereka dapat mengobati sendiri, yaitu sebesar 63,77 persen. Persentase tertinggi untuk alasan penduduk tidak pergi berobat karena mengobati sendiri adalah Kalimantan Selatan (82,93 persen).

*Self-treatment is a common and routine response to symptoms of a person's illness. Self-treatment has been practiced by society for a long time ago and is a personal action to maintain health and overcome illness. Therefore, it is not surprising that the reason for not seeking medical treatment for most of the population is they can treat alone, that is equal to 63.77 percent. The highest percentage for reasons to self-treatment instead of seeking medical treatment was recorded in Kalimantan Selatan (82.93 percent).*

Selain itu, kekayaan sumber daya alam di Indonesia melahirkan adanya kearifan lokal bidang kesehatan. Penduduk Indonesia masih banyak mempertahankan kearifan lokal tersebut dengan menggunakan tanaman herbal dalam mengobati berbagai macam penyakit. Dengan adanya tanaman herbal tersebut, masyarakat dapat melakukan

*In addition, abundant natural resources in Indonesia gave birth to the local wisdom of health. Indonesian residents still retain the local wisdom by using herbal plants in treating various diseases. With the herbal plants, the community can perform their own treatment independently.*



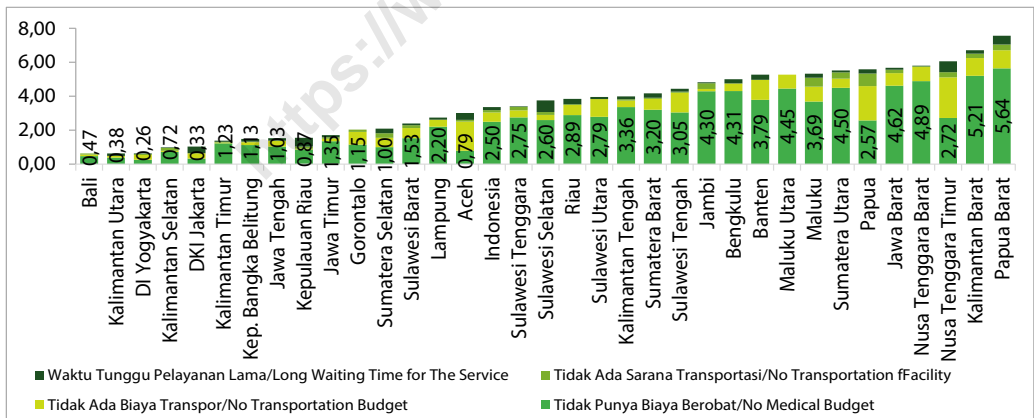
pengobatan/perawatan secara mandiri.

Pada pengumpulan data melalui Susenas, alasan yang berkaitan dengan keterjangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan ada empat, yaitu tidak punya biaya berobat, tidak ada biaya transpor, tidak ada sarana transportasi, dan waktu tunggu pelayanan lama. Meski kecenderungan penduduk Kalimantan Tengah, Maluku, dan Kalimantan Selatan untuk pergi berobat paling rendah dibandingkan provinsi lain, faktor alasan tidak pergi berobat tidak berkaitan dengan keterjangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan. Sebagian besar dari mereka merasa cukup untuk mengobati sendiri dan merasa tidak perlu untuk mendapatkan perawatan dari tenaga profesional.

*The data collection of the National Socioeconomic Survey has gathered information on reasons related to the affordability and quality of health care services which are no medical budget, no transportation budget, no transportation facility, and long waiting time for service. Despite the tendency of population in Kalimantan Tengah, Maluku, and Kalimantan Selatan who are the least to seek medical treatment when compared to other provinces, the reason for not seeking treatment is not related to the affordability and quality of health services. Most of them feel able to treat themselves and feel no need to get treatment from professional health personnel.*

**Gambar 3.4. Persentase Penduduk yang Sakit tetapi Tidak Berobat Jalan dalam Sebulan Terakhir Menurut Provinsi dan Alasan Utama yang berkaitan dengan Kualitas dan Keterjangkauan Pelayanan Kesehatan, 2016**

**Figure 3.4. Percentage of Population Who Had Health Complaints without Seeking Medical Treatment by Province and the Reasons Related to Quality and Affordability of Health Care Service, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS/National Socioeconomic Survey 2016, BPS

Provinsi dengan persentase penduduk yang tidak berobat jalan dengan alasan terkait keterjangkauan dan kualitas pelayanan kesehatan tertinggi, adalah Papua Barat, Kalimantan Barat, Nusa Tenggara Timur, Nusa Tenggara Barat, dan Jawa Barat. Alasan utama tidak punya biaya berobat tertinggi ada pada Papua Barat, yaitu 5,64 persen. Padahal pemerintah terus berusaha untuk menguatkan pelayanan kesehatan di

*Provinces with the highest percentage of population who had health complaints without seeking medical treatment related to affordability and quality of health care services are Papua Barat, Kalimantan Barat, Nusa Tenggara Timur, Nusa Tenggara Barat, and Jawa Barat. The reason of having no budget for treatment was mostly recorded in Papua Barat, by 5.64 percent, whereas government continues to strengthen health services in*

Daerah Tertinggal, Perbatasan, Kepulauan (DTPK). Pemerintah telah melaksanakan program pemberian pelayanan kesehatan gratis khususnya untuk rakyat miskin. Program yang terkait dukungan pembiayaan kesehatan tersebut adalah Jamkesmas, Biaya Operasional Kesehatan (BOK), Dana Alokasi Khusus (DAK), Jaminan Persalinan (Jampersal), serta bantuan sosial lainnya. Namun, masih ada beberapa masyarakat Papua Barat yang tidak mampu mengakses pelayanan kesehatan karena kendala biaya. Hal ini dapat dikarenakan rendahnya pengetahuan masyarakat akan bebasnya biaya pengobatan. Terbatasnya komunikasi di daerah terpencil menjadi sumber permasalahan rendahnya pengetahuan masyarakat di Papua Barat.

Di sisi lain, alasan utama tidak ada biaya transpor tertinggi ada pada Provinsi Nusa Tenggara Timur (2,40 persen) dan Papua (2,03 persen). Kemudahan mengakses pelayanan kesehatan tidak hanya dilihat dari ketersediaan pelayan kesehatan, tetapi juga ketersediaan sarana dan prasarana pendukungnya. Kondisi geografis yang sulit menyebabkan besarnya biaya transportasi di NTT dan Papua. Oleh karena itu, masih terdapat masyarakat di NTT dan Papua, terutama masyarakat miskin yang kesulitan menjangkau pelayanan kesehatan karena kendala biaya transportasi. Sementara itu, untuk alasan tidak ada sarana transportasi atau waktu tunggu pelayanan lama tidak mencapai satu persen di tiap-tiap provinsi.

Selanjutnya, penduduk Indonesia memiliki perilaku berobat yang bervariasi dalam menentukan sumber pengobatan. J.C. Young (1981) menyimpulkan tentang membuat keputusan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan di Meksiko. Dalam modelnya, terdapat empat komponen yang menjadi dasar dalam menentukan pilihan pelayanan kesehatan individu, yaitu:

1. Persepsi gravitasi. Komponen ini mencakup persepsi individu dan lingkungan sosialnya dalam

*Disadvantaged, Border, Island Areas. The government has implemented free health service delivery programs especially for the poor, such as community health protection scheme (Jamkesmas), Health Operational Cost Aid (BOK), Special Allocation Fund (DAK), Maternity Insurance (Jampersal), and other social assistance. However, there are still some population in Papua Barat who are unable to access health services due to cost constraints. This can be due to low community knowledge about such those free health service programs. Limited communications in remote areas is also a cause of this matter.*

*On the other hand, the reason of no transportation budget is most recorded in Nusa Tenggara Timur (2.40 percent) and Papua (2.03 percent). Ease of access to health care services is not only implicated by the availability of health workers, but also the availability of health care facilities and infrastructure. Difficult geographic conditions cause high transportation cost in Nusa Tenggara Timur and Papua. That is why some people in both provinces especially the poor have difficulty to afford health services due to transportation cost constraints. Meanwhile, the reason of no transportation facility or long waiting time for the service only stand at below one percent in each province.*

*There are variation in treatment behaviors of Indonesian people for determining the sources of medical treatment. J.C. Young (1981) presented decision-making models of treatment choice in Mexico. In the model, there are four components that influence how people determine health services they choose, i.e.:*

1. *Perceptions of gravity. This component include perceptions of individual and his/her social environment in classifying illness severity level.*
2. *The knowledge of a home treatment.*

- mengklasifikasikan tingkat keparahan penyakit yang dialami.
2. Pengetahuan tentang perawatan di rumah. Jika seseorang mengetahui tentang pengobatan di rumah yang baik, mereka cenderung melakukan pengobatan tersebut sebelum memanfaatkan perawatan kesehatan profesional.
  3. Kepercayaan dalam penyembuhan. Komponen ini menjadikan keyakinan individu dalam keberhasilan pengobatan. Seseorang tidak akan menggunakan suatu pengobatan, jika mereka tidak yakin bahwa pengobatan tersebut efektif.
  4. Aksesibilitas pengobatan. Aksesibilitas yang dimaksud adalah evaluasi individu terhadap biaya dan sarana prasarana dari pelayanan kesehatan.

Dari pendapat Young tersebut, perilaku pemilihan pengobatan rawat jalan tidak hanya bergantung pada sumber pengobatan yang sesuai, tetapi juga bergantung pada kemudahan menjangkau sumber pengobatan tersebut. Pada tahun 2016, dari penduduk Indonesia yang mengeluh sakit dan pernah berobat jalan, setengahnya pernah berobat jalan di Praktek Dokter/Bidan/Klinik/Praktek Dokter Bersama. Di sisi lain, penduduk yang pernah berobat jalan ke rumah sakit hanya sebesar 12,70 persen, yang berobat ke Puskesmas/Pustu ada sebesar 29,19 persen, dan ada sekitar 2 persen yang berobat ke pengobatan tradisional, Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM), atau lainnya.

Persentase penduduk yang berobat jalan di rumah sakit tertinggi ada pada Provinsi Papua, yaitu sebesar 23,87 persen. Di Provinsi Papua, penduduk yang berobat jalan di Puskesmas/Pustu juga cukup tinggi, yaitu sebesar 57,04 persen. Namun demikian, persentase penduduk Papua yang berobat jalan di Praktek Dokter/Bidan/Klinik/Praktek Dokter Bersama sangat rendah, yaitu 15,33 persen, dan merupakan angka terendah dibandingkan provinsi lainnya. Hal ini

*When someone has good knowledge about how to treat at home, he/she tends to first conduct it prior to utilizing professional healthcare service.*

3. *The faith in remedy. This component makes individual more confidence in the success of treatment. A person will not use a medical treatment, if they are not sure that the treatment is effective.*
4. *The accessibility of treatment. This means individual assessment on cost and facility-infrastructure of health care service.*

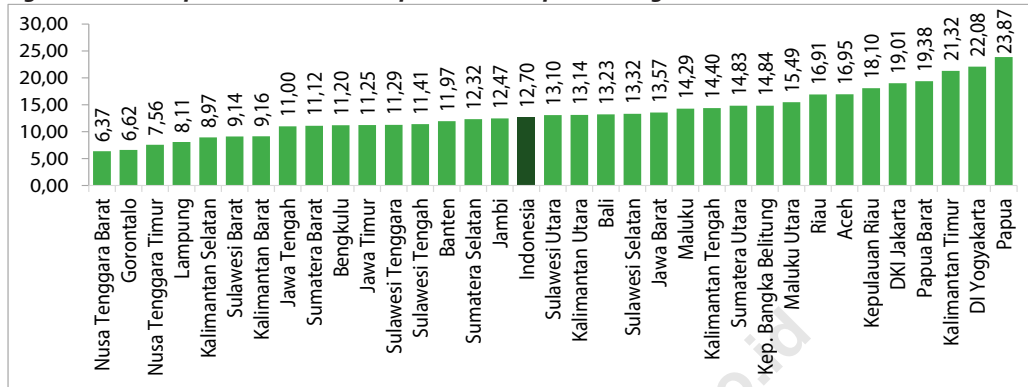
*According to Young's model, the outpatient treatment decision-making behaviors depends not only on the appropriate sources of treatment, but also on the ease of reaching them. In 2016, half of population who had health complaints and ever been treated as outpatient went for treatment at Practitioner Doctor/Midwives/Clinics/ Practitioner Doctor Center. On the other hand, only 12.70 percent of the people who went to the hospital were treated for Health Center/Subsidiary Health Center (29.19 percent), and about 2 percent went to traditional medicine, Community-Based Health Units (the UKBM ), and/or others.*

*The highest percentage of population treated outpatient in the hospitals was recorded in Papua Province at 23.87 percent. In this province, those who sought treatment in Health Center/Subsidiary Health Center was also moderately high, at 57.04 percent. Nevertheless, the percentage of Papua population who went to medical practice in Practitioner Doctor/Midwives/Clinics/ Practitioner Doctor Center appeared to be very low, at 15.33 percent, and*

dapat dikarenakan jumlah praktek dokter/ bidan/klinik/praktek dokter bersama yang cenderung sedikit.

which was the lowest figure when compared to other provinces. This can be due to the low number of such facilities.

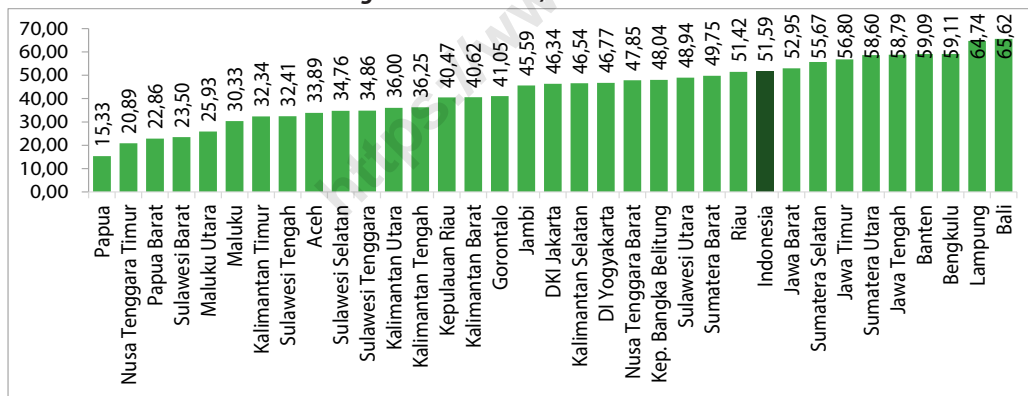
**Gambar 3.5. Penduduk yang Berobat Jalan di Rumah Sakit Selama Sebulan Yang Lalu, 2016**  
**Figure 3.5. Population Treated Outpatient in Hospital during Previous Month, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS/National Socioeconomic Survey 2016, BPS

**Gambar 3.6. Penduduk yang Berobat Jalan di Praktek Dokter/Bidan/Klinik/Praktek Dokter Bersama Selama Sebulan Yang Lalu, 2016**

**Figure 3.6. Population Treated Outpatient in Practitioner Doctor/Midwives/Clinics/ Practitioner Doctor Center during Previous Month, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS/National Socioeconomic Survey 2016, BPS

Tenaga kesehatan memang lebih minim di daerah terpencil, seperti Papua. Minat tenaga kesehatan untuk mengabdikan di wilayah timur Indonesia tersebut masih sangat kecil, mengingat keterbatasan transportasi, komunikasi, dan sarana prasarana lainnya. Fasilitas pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah, seperti puskesmas saja kekurangan tenaga dokter. Oleh sebab itu, tidak mengherankan jika jumlah praktek dokter/bidan/klinik/praktek dokter bersama cukup sedikit di

In remote areas, such as in most parts of Papua Island, number of health workers are relatively small. The interest of health workers to serve in eastern Indonesia seems very small, given the limitations of transportation, communication, and other infrastructure. Shortage of physicians is occurring in health facilities provided by the government, such as Health Center. Therefore, it is not surprising that the number of Practitioner Doctor/Midwives/Clinics/ Practitioner Doctor Center in the province of Papua is lower than other

Provinsi Papua, karena pelayanan kesehatan tersebut dibangun secara mandiri/swasta. Pengabdian atau pemberian pelayanan kesehatan di wilayah tersebut juga tidak mudah karena tingkat kemiskinan dan pengetahuan penduduknya yang rendah.

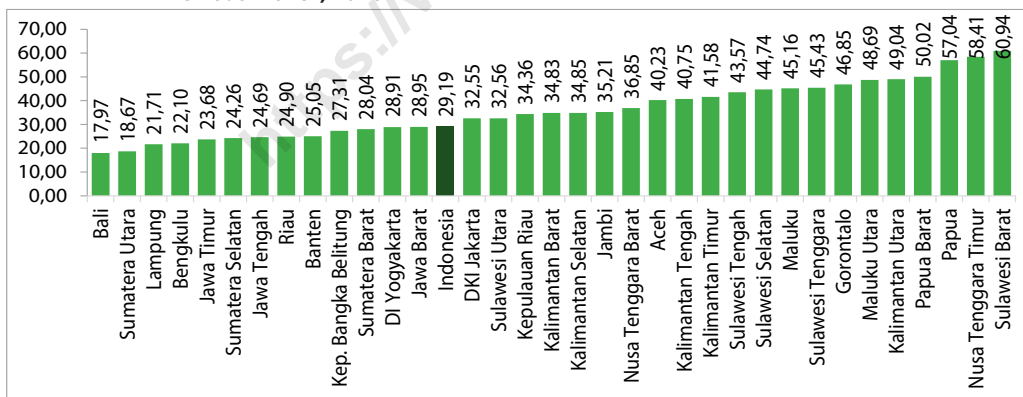
*provinces. Most health services in this province are built by privates. Devotion or provision of health services in this eastern region is also very challenging because of high poverty level and low knowledge of the population.*

Persentase penduduk yang berobat jalan di Praktek Dokter/Bidan/Klinik/Praktek Dokter Bersama tertinggi ada pada Provinsi Bali, yaitu 65,62 persen. Jika dilihat dari Gambar 3.5, kecenderungan penduduk Indonesia di wilayah barat dalam memanfaatkan pelayanan di praktek dokter/bidan/klinik/praktek dokter bersama lebih besar dibandingkan penduduk Indonesia di wilayah timur. Dari situ, terlihat bahwa tenaga kesehatan profesional lebih cenderung untuk membuka usaha pelayanan kesehatan secara mandiri di wilayah barat Indonesia, seperti di Pulau Jawa dan Pulau Sumatera.

*The highest percentage of population treated outpatient in Practitioner Doctor/Midwives/Clinics/ Practitioner Doctor Center was recorded in Bali, by 65.62 percent. When looking at the Figure 3.5, tendency of people in western part of Indonesia in utilizing health services in Practitioner Doctor/Midwives/Clinics/ Practitioner Doctor Center was better than in the eastern region. From this finding, it is obvious that majority of the professional health workers tend to work in the western region of Indonesia, such as in Java and Sumatra Island.*

**Gambar 3.7. Penduduk yang Berobat Jalan di Puskesmas/Pusekesmas Pembantu (Pustu) Selama Sebulan Yang Lalu, 2016**

**Figure 3.7. Population Treated Outpatient in Health Center/Subsidiary Health Center during Previous Month, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS/National Socioeconomic Survey 2016, BPS

Di sisi lain, persentase penduduk yang berobat jalan di Puskesmas/Pustu tertinggi terdapat pada Provinsi Sulawesi Barat, yaitu sebesar 60,94 persen. Bali merupakan presentase penduduk terendah yang mengakses Pukesmas/Pustu, yaitu sebesar 17,97 persen. Kondisi berbanding terbalik dengan pemanfaatan pelayan kesehatan di praktek dokter/bidan/klinik/praktek besama, penduduk Indonesia dengan kecenderungan

*On the other hand, the highest percentage of population ever treated as outpatient in the Health Center/Subsidiary Health Center was held by Sulawesi Barat Province, at 60.94 percent. Bali was the province with the lowest percentage of the population who accessed such health facility, amounting to 17.97 percent. The condition is inversely compared to the utilization of Practitioner Doctor/Midwives/Clinics/ Practitioner Doctor*



terbesar dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas/Pustu lebih besar di wilayah timur Indonesia.

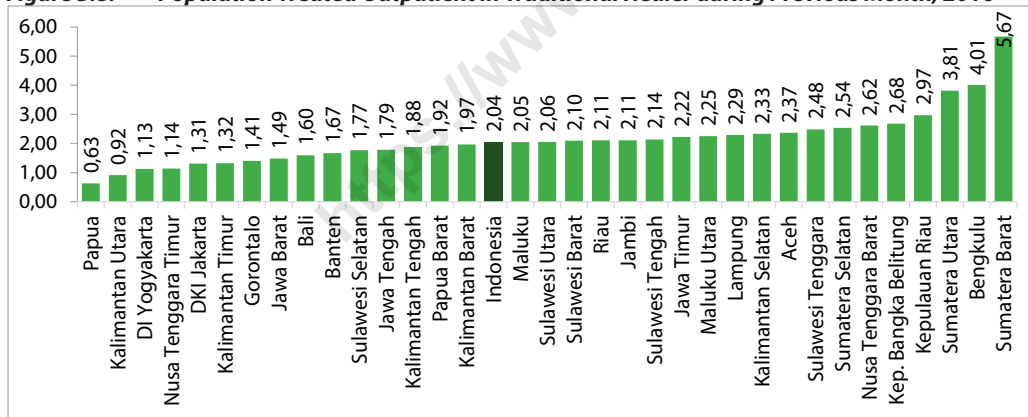
Pembangunan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah upaya pemerintah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang dapat dijangkau oleh seluruh wilayah Indonesia, terutama wilayah terpencil, perbatasan, dan kepulauan. Tidak hanya pembangunan puskesmas, sarana, prasarana, dan alat yang ada di Puskesmas juga terus ditingkatkan, dan beberapa diantaranya ada yang dijadikan Puskesmas Rawat Inap (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Dengan demikian, penduduk di wilayah terpencil, seperti di wilayah timur Indonesia dapat mudah menjangkau Puskesmas dengan mutu pelayanan kesehatan yang baik.

*Center; the population of Indonesia with the biggest tendency in utilizing Health Center/ Subsidiary Health Center was found in eastern Indonesia.*

*The development of Health Center a government's effort to provide health care that can be reached by all parts of Indonesia, especially remote, border and island areas. The focus is not only on the construction of the Health Center units but also on facilities, infrastructures, and tools therein to support the operation of the units. A number of them have already been improved by providing with inpatient facilities (Health Ministry of Indonesia, 2017). Thus, people in remote areas, such as in eastern Indonesia, can easily reach the Health Center with good service quality.*

**Gambar 3.8. Penduduk yang Berobat Jalan di Praktek Pengobatan Tradisional Selama Sebulan Yang Lalu, 2016**

**Figure 3.8. Population Treated Outpatient in Traditional Healer during Previous Month, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS/National Socioeconomic Survey 2016, BPS

Kemudian, pemanfaatan pengobatan tradisional di Indonesia sangat rendah yaitu hanya sebesar 2,04 persen pada tahun 2016. Provinsi dengan persentase penduduk yang berobat jalan di praktek pengobatan tradisional tertinggi adalah Sumatera Barat (5,67 persen), sedangkan persentase terendah adalah Papua (0,63 persen). Persentase pemanfaatan praktek pengobatan tradisional di tiap-tiap provinsi ini tidak menunjukkan pola khusus seperti fasilitas kesehatan lainnya.

*The utilization of traditional treatment in Indonesia was very low, by only 2.04 per cent in 2016. The province with the highest percentage of population seeking treatment in traditional medication practice was Sumatera Barat (5.67 percent), while the lowest percentage was Papua (0.63 percent). The percentage of utilization of traditional healer services in each province does not indicate a special pattern like other health facilities.*



Dari penjelasan di atas, kecenderungan penduduk untuk mengakses fasilitas kesehatan dapat didorong oleh beberapa faktor. Faktor kepuasan terhadap pelayanan kesehatan yang ada akan mendorong penduduk untuk pergi berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan. Kepuasan pelayanan kesehatan tersebut dapat dilihat dari ketersediaan tenaga kesehatan dan fasilitas yang memadai. Selain itu, faktor pendukung dalam mengakses fasilitas pelayanan juga memengaruhi keputusan penduduk untuk pergi berobat ke tenaga profesional. Ketersediaan biaya, transportasi, infrastruktur dan kondisi wilayah juga menjadi pertimbangan penduduk untuk mengakses pelayanan kesehatan.

*From the above discussion, the population's tendency to access health facilities can be driven by several factors. Satisfaction factor on existing health services will encourage people to seek treatment in health care facilities. Health service satisfaction can be seen from the availability of health personnel and adequate facilities. In addition, the supporting factors in accessing service facilities also influence the people's decision making to go to the professional health workers. The affordability of cost, transportation, infrastructures and the condition of the region become determinant consideration of the population to access health services.*

### 3.2. KEPADATAN DAN DISTRIBUSI TENAGA KESEHATAN

### 3.2 DENSITY AND DISTRIBUTION OF HEALTH WORKERS

Pembangunan kesehatan harus dilakukan dengan salah satunya yaitu pengembangan tenaga kesehatan dan memenuhi kebutuhan masyarakat akan tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan memiliki peranan yang penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Dengan begitu, derajat kesehatan masyarakat akan semakin membaik dan kesehatan masyarakat dapat menjadi investasi untuk pembangunan nasional.

*Health development should be conducted by enlarging number of health workers and meet the needs of the community for health workers. Health workers have an important role in improving the quality of health services. Therefore, the public health status of will get better and can serve as an investment for national development.*

Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014, tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Peran tenaga kesehatan dalam pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang tinggi juga penting. Potter dan Perry (2007) berpendapat bahwa tenaga kesehatan memiliki beberapa peran, antara lain:

*In Law Number 36 of 2014, health workers are professionals who devotes themselves in the field of health and has knowledge and / or skills through education in the field of health with certain types authority required to make health efforts. The role of health workers in achieving high levels of public health is also important. Potter and Perry (2007) argued that health workers have several roles, among others:*

1. *Customer (Health workers berperan dalam memberikan pelayanan untuk membantu masyarakat meningkatkan*
1. *Customer (Health workers play a role in providing services to help people improve their health. The service is provided either through healing process or other health measures).*
2. *Communicator (Health workers have a*
2. *Communicator (Health workers have a*

derajat kesehatannya. Pelayanan tersebut dilakukan baik melalui proses penyembuhan maupun tindakan kesehatan lainnya).

2. Komunikator (Tenaga kesehatan memiliki peran untuk memberikan informasi kesehatan kepada pasien untuk meningkatkan kesadaran tentang penyakit atau kesehatannya).
3. Motivator (Motivasi yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam meningkatkan kesadaran kesehatan akan mendorong masyarakat mencapai derajat kesehatan yang diinginkan).
4. Fasilitator (Tenaga kesehatan berperan untuk memberikan fasilitas kesehatan agar mencapai derajat kesehatan masyarakat yang baik).
5. Konselor (Bimbingan atau bantuan yang diberikan oleh tenaga kesehatan dalam membuat keputusan akan membantu pasien/masyarakat ketika kesulitan dalam memecahkan suatu masalah).

Pentingnya tenaga kesehatan dalam pembangunan negara ini membuat tenaga kesehatan menjadi fokus dalam beberapa kebijakan pemerintah. Kebijakan pengembangan tenaga kesehatan tercantum dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB), yaitu tujuan 3 (menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan seluruh penduduk semua usia). Salah satu target dalam tujuan tiga yang berisi tentang tenaga kesehatan adalah meningkatkan secara signifikan pembiayaan kesehatan dan rekrutmen, pengembangan, pelatihan, dan retensi tenaga kesehatan di negara berkembang, khususnya negara kurang berkembang, dan negara berkembang pulau kecil.

Oleh karena itu, pemerataan tenaga kesehatan harus sesuai dengan dengan kebutuhan masyarakat. Tenaga kesehatan meliputi beberapa jenis profesi, antara lain dokter, dokter gigi, perawat, bidan, dan yang lainnya. Penyebaran tenaga kesehatan di Indonesia ini dapat dilihat dari jenis tenaga kesehatannya.

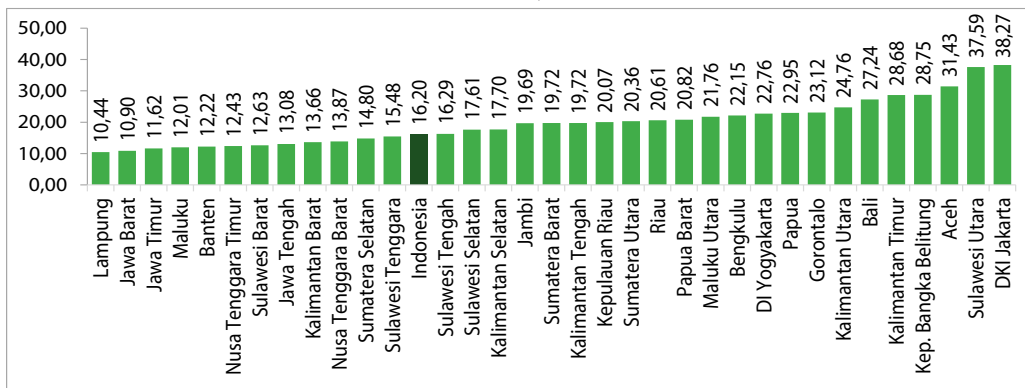
*role to provide health information to the patients to raise awareness about their disease or health).*

3. *Motivator (Motivation provided by health workers in raising health awareness that will encourage people to achieve the desired health status).*
4. *Facilitator (Health workers play a role to provide health facilities in order to achieve good public health status).*
5. *Councillor (Guidance or assistance provided by health workers in making decisions will help patients / communities when it is difficult to solve a health problem).*

*The importance of health workers in the country's development has made health workers a main focus in some government policies. Health personnel development policies are listed in the Sustainable Development Goals, which is goal 3 (ensuring a healthy life and improving the welfare of the entire population of all ages). One of the targets in the goal three is to significantly improve health financing and recruitment, development, training, and retention of health workers in developing countries, particularly underdeveloped countries, and small island developing countries.*

*Therefore, the distribution of health workers must be in accordance with the needs of the community. Health workers include several types of professions, including doctors, dentists, nurses, midwives, and others. The distribution of health workers in Indonesia can be seen from the type of health personnel.*

**Gambar 3.9. Rasio Dokter Terhadap 100.000 Penduduk Menurut Provinsi, 2016**  
**Figure 3.9. Doctor to 100,000 Population Ratio by Province, 2016**



Sumber/ Source : Profil Kesehatan Indonesia 2016, Kementerian Kesehatan RI/ Indonesia Health Profile 2016, Ministry of Health

Pada tahun 2016, rasio dokter di Indonesia adalah 16,20 per 100.000 penduduk. Angka tersebut masih cukup jauh dengan target yang ditetapkan oleh pemerintah. Dalam Keputusan Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat Nomor 54 tahun 2013 Tentang Rencana Pengembangan Tenaga Kesehatan Tahun 2011-2025, target rasio dokter umum adalah 45 per 100.000 penduduk. Kondisi rasio dokter di 34 provinsi juga masih di bawah target. Oleh karena itu, pemerintah terus berupaya untuk melakukan peningkatan jumlah tenaga kesehatan, salah satunya adalah dokter umum.

Selain jumlah secara nasional yang terbatas, disparitas tenaga dokter antar provinsi juga cukup tinggi. Rasio dokter tertinggi berada di DKI Jakarta (38,27 per 100.000 penduduk), sedangkan rasio dokter terendah berada di Lampung (10,44 per 100.000 penduduk). Kemudian, provinsi dengan rasio dokter terendah berikutnya adalah Jawa Barat, Jawa Timur, dan Maluku.

Rendahnya rasio dokter di Jawa Barat dan Jawa Timur lebih disebabkan oleh kepadatan penduduk di kedua provinsi tersebut. Pada tahun 2016, kepadatan penduduk di Jawa Barat mencapai 1.339 per km<sup>2</sup> dan di Jawa Timur 817 per km<sup>2</sup> (BPS, 2017). Hal ini menunjukkan kecukupan dokter di setiap wilayah sudah memadai untuk kedua

By 2016, the ratio of doctors in Indonesia was 16.20 per 100,000 population. This figure is still below the target set by the government. In the Decree of the Coordinating Minister for People's Welfare No. 54 of 2013 on Health Workforce Development Plan for 2011-2025, the target ratio of GPs is 45 per 100,000 population. The doctor's ratio in 34 provinces was also below target. Therefore, the government continues to make great efforts to increase the number of health workers, one of which is a increase in number of general practitioner doctors.

In addition to the limited national number, the disparity of doctors among provinces is also quite high. The highest doctor ratio was in DKI Jakarta (38.27 per 100,000 population), while the lowest ratio was in Lampung (10.44 per 100,000 population). Then, other provinces with lower doctor ratio is Jawa Barat, Jawa Timur, and Maluku.

The lower ratio of doctors in Jawa Barat and Jawa Timue is due to the population density in both provinces. In 2016, the population density in Jawa Barat reached 1,339 per km<sup>2</sup> and in Jawa Timur 817 per km<sup>2</sup> (BPS, 2017). This shows the adequate number of doctors for both provinces. However, the number of doctors should continue to be improved so that existing

provinsi tersebut. Meski demikian, jumlah dokter harus terus ditingkatkan agar dokter yang ada dapat memberikan pelayanan kesehatan yang memadai, efektif, dan efisien.

Sementara itu, ketersediaan tenaga dokter di Lampung dan wilayah timur Indonesia (seperti Maluku, NTT, dan Sulawesi Barat) perlu mendapatkan perhatian yang lebih. Pemerataan tenaga dokter di wilayah Indonesia harus dilakukan untuk mendukung program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Untuk mencapai tujuan pemerataan tenaga dokter di wilayah Indonesia, terutama daerah terpencil, pemerintah telah melakukan berbagai kebijakan, salah satunya program dokter sebagai pegawai tidak tetap (PTT).

Program pengangkatan dokter sebagai pegawai tidak tetap akan menjamin keberlangsungan pelayanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia, terutama daerah yang sulit dijangkau, terpencil, sangat terpencil, perbatasan, dan kepulauan. Kebijakan pengangkatan dokter sebagai Pegawai Tidak Tetap (PTT) dilaksanakan dengan dua pendekatan, yaitu pendekatan geografis dan pendekatan motivasional. Pendekatan geografis adalah penempatan dokter pada fasilitas pelayanan kesehatan kriteria terpencil dan sangat terpencil serta penempatan bidan di desa. Di sisi lain, pendekatan motivasional dilakukan dengan menyediakan insentif dan pengurangan lama penugasan (Peraturan Menteri Kesehatan RI No.7 Tahun 2013). Dengan begitu, distribusi tenaga dokter akan merata dan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat akan terpenuhi.

Peran tenaga kesehatan terutama dokter dapat dilihat dari hubungan antara rasio dokter dan persentase balita *stunting* di Indonesia. Gambar 3.10 memperlihatkan bahwa ada indikasi hubungan kedua indikator tersebut, dimana semakin besar rasio dokter maka semakin rendah persentase balita *stunting*. Balita *stunting* adalah balita yang diukur dengan indeks Tinggi Badan (TB)/ Umur (U) termasuk ke dalam kategori pendek

*doctors can provide adequate, effective, and efficient health services.*

*Meanwhile, the availability of doctors in Lampung and eastern Indonesia (such as Maluku, Nusa Tenggara Timur and Sulawesi Barat) needs to get more attention. Equality of doctors in the territory of Indonesia should be realized to support the National Health Insurance (JKN) program. To achieve the goal of even distribution of doctors in Indonesia, especially in remote areas, the government has implemented various policies, one of which is employing doctor program as non-permanent employees (PTT).*

*Hiring doctor programs as non-permanent employees will ensure the sustainability of health services throughout Indonesia, especially in remote, isolated, border and island areas. Employing doctor policy as a Non-Permanent Employee (PTT) is implemented with two approaches, namely geographical approach and motivational approach. Geographical approach is the placement of physicians in health facilities in remote areas and placement of midwives in the villages. On the other hand, the motivational approach is undertaken by providing incentives and reducing the duration of the assignment (Minister of Health Regulation No.7 Year 2013). Therefore, even distribution of doctors will be materialized in line with the needs of public health.*

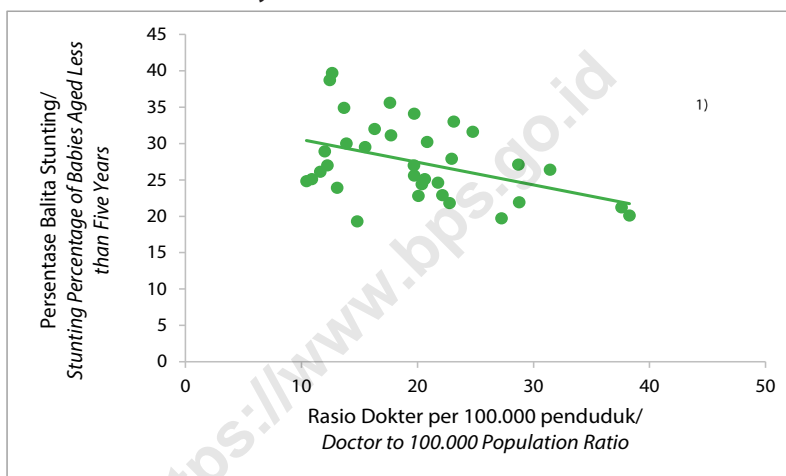
*The role of health workers, especially doctors can be seen from the correlation between the doctor's ratio and the percentage of stunting toddlers in Indonesia. Figure 3.10 shows that there is an indication of the correlation between the two indicators, where the greater the doctor ratio would be connected with the lower percentage of the stunting toddler. Stunting toddler is a toddler measured by BMI (Body Mass Index) of which obtained by dividing the its' height (TB) with its' age (U), and of whom are categorized into short and*

dan sangat pendek. Peran tenaga kesehatan, khususnya dokter sangat besar sebagai komunikator dan konselor yang memberikan informasi mengenai menjaga kecukupan gizi bagi balita. Kasus balita *stunting* ini dapat ditekan dengan keberadaan dokter yang memadai untuk meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap gizi balita.

*very short index would be called stunting. The health workers role, especially doctors is very enormous, particulalry as communicators and counselors who provide information on maintaining nutritional adequacy for toddlers. Cases of stunting toddlers can be suppressed by the presence of adequate doctors to raise public awareness on how important of childhood nutrition.*

**Gambar 3.10. Hubungan antara Rasio Dokter dan Persentase Balita *Stunting* Menurut Provinsi, 2016**

**Figure 3.10. Relationship between the Doctor Ratio and the Stunting Percentage of Babies Aged Less than Five Years by Province, 2016**



Sumber/ Source : Profil Kesehatan Indonesia 2016 dan Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) Tahun 2016, Kementerian Kesehatan RI/ The Indonesian Health Profile 2016 and the Monitoring Result of Nutrition Status (PSG) Year 2016, Ministry of Health RI

Kemudian, rasio dokter gigi Indonesia pada tahun 2016 adalah 4,53 per 100.000 penduduk. Nilai rasio ini hanya sepertiga dari target pemerintah, yaitu 13 per 100.000 penduduk pada tahun 2019. Oleh karena itu, pemerintah perlu upaya lebih keras untuk mencapai target tersebut. Provinsi dengan rasio dokter gigi tertinggi masih sama dengan rasio dokter umum tertinggi, yaitu DKI Jakarta (10,11 per 100.000 penduduk). Sementara itu, provinsi dengan rasio dokter gigi terendah adalah Maluku (1,87 per 100.000 penduduk).

*In 2016, the ratio of dentists was 4.53 per 100,000 population. The value of this ratio was only one-third of the government's target of 13 per 100,000 population by 2019. Therefore, the government needs to work harder to achieve the target. The province with the highest dentist ratio was still the same as the highest general practitioner ratio, namely DKI Jakarta (10.11 per 100,000 population). Meanwhile, the province with the lowest dentist ratio was Maluku (1.87 per 100,000 population).*

Kementerian kesehatan telah melakukan upaya penguatan akses pelayanan kesehatan di daerah melalui Nusantara Sehat. Pelaksanaan penguatan tersebut diutamakan di daerah terpencil melalui penempatan

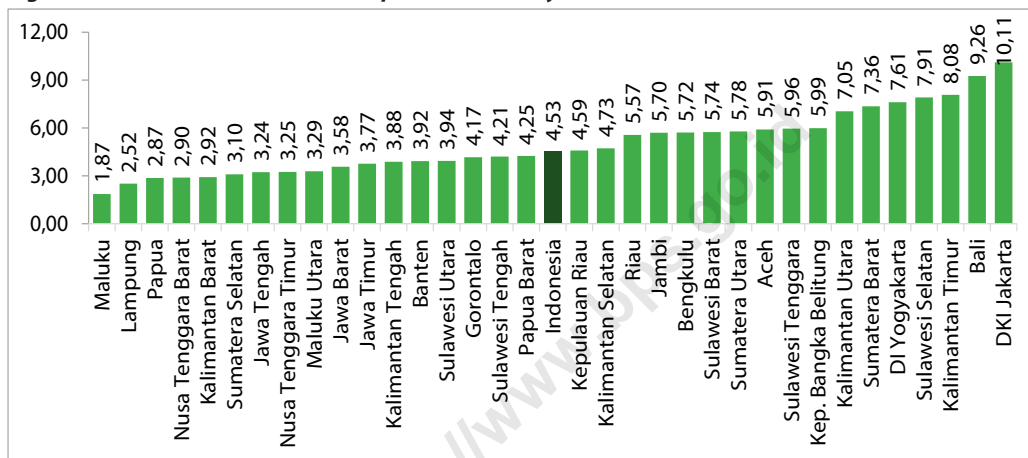
*The Ministry of Health has made efforts to improve access to health services through the Nusantara Sehat Program. Implementation of such reinforcement takes precedence in remote areas through the placement of team-*



tenaga kesehatan yang berbasis tim. Program ini melibatkan lima hingga sembilan tenaga kesehatan, seperti dokter umum, dokter gigi, perawat, bidan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, ahli laboratorium medis, tenaga gizi, dan tenaga kefarmasian. Tim tenaga kesehatan tersebut akan ditempatkan di daerah pelosok untuk meningkatkan pelayanan kesehatan.

*based health workers. The program involves five to nine health workers, such as general practitioners, dentists, nurses, midwives, community health workers, environmental health workers, medical laboratory experts, nutritionists, and pharmaceutical personnel. The team of health workers will be placed in remote areas to improve health services.*

**Gambar 3.11. Rasio Dokter Gigi Terhadap 100.000 Penduduk Menurut Provinsi, 2016**  
**Figure 3.11. Dentist to 100,000 Population Ratio by Province, 2016**



Sumber/ Source : Profil Kesehatan Indonesia 2016, Kementerian Kesehatan RI/ Indonesia Health Profile 2016, Ministry of Health

Namun demikian, masih banyak dokter yang belum bersedia ditempatkan ke daerah terpencil, termasuk dokter gigi. Dari belasan ribu pendaftar Nusantara Sehat, hanya tiga hingga sebelas dokter umum yang mendaftar bahkan tidak ada dokter gigi yang ikut serta (nasional.tempo.co, 2016). Dengan begitu, pemerintah perlu menarik minat para dokter terutama dokter gigi agar mereka bersedia mengabdikan diri di daerah pelosok Indonesia.

*However, there are still many doctors who are not willing to be placed in remote areas, including dentists. Out of the tens of thousands of registrants of the Nusantara Sehat program, only three to eleven registered general practitioner doctors; even there was no dentist participating in this equalization program (national.tempo.co, 2016). That way, the government needs to attract the interest of doctors, especially dentists so that they are willing to serve in the remote areas of Indonesia.*

Selanjutnya, pada tahun 2016, rasio perawat di Indonesia adalah 114,75 per 100.000 penduduk. Angka ini juga masih cukup jauh dari target pemerintah, yaitu 180 per 100.000 penduduk. Kebutuhan tenaga perawat belum sesuai dengan pasokan yang tersedia. Padahal jumlah perawat yang memadai juga berpengaruh dalam kualitas pelayanan kesehatan.

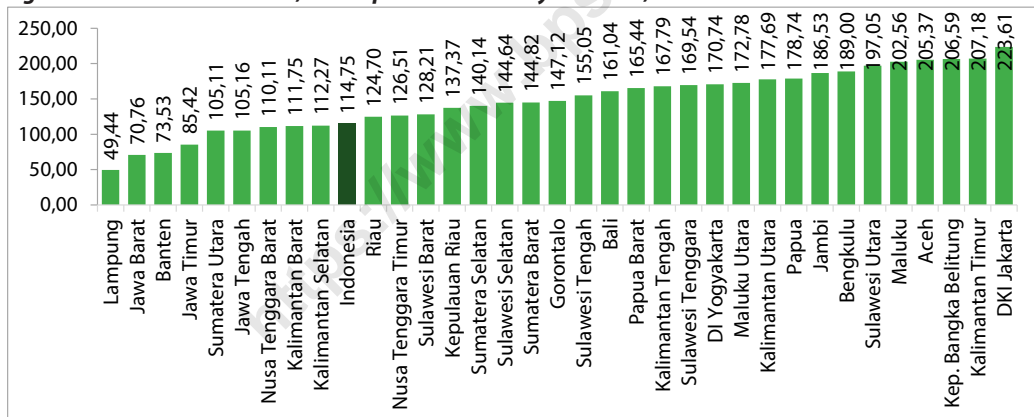
*In 2016, the ratio of nurses in Indonesia was 114.75 per 100,000 population. This figure is also still quite below the government's target of 180 per 100,000 population. Demand for nurses is not in accordance with the available supply, whereas the number of adequate nurses also affect the quality of health services.*



Kekurangan jumlah perawat ini dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Pasokan tenaga perawat yang sedikit dapat disebabkan karena tenaga lulusan keperawatan yang tidak sebanding dengan jumlah pasien. Kemudian, tawaran pekerjaan yang lebih menjanjikan membuat lulusan keperawatan beralih ke profesi lain. Tidak hanya itu, lulusan perawat juga ada yang memilih untuk menjadi perawat di luar negeri karena jumlah upah yang ditawarkan. Selain itu, jadwal yang kurang fleksibel mendorong lulusan perawat untuk tidak bekerja di pelayanan kesehatan (Manalu, 2017). Dengan demikian, pemerintah perlu mempertimbangkan beberapa faktor tersebut agar tercapainya target rasio perawat di tahun 2019.

*This lack of nurses can be caused by several factors. Fewer nurse supplies can be attributed to nursing graduates who are not proportional to the number of patients. Then, a more promising job offer makes a nursing graduate switch to another profession. Not only that, there are also nursing graduates who choose to become nurses abroad because of the amount of wages offered. In addition, a less flexible schedule encourages nurse graduates to not work in health services (Manalu, 2017). Thus, the government needs to consider several factors in order to achieve the target ratio of nurses in 2019.*

**Gambar 3.12. Rasio Perawat Terhadap 100.000 Penduduk Menurut Provinsi, 2016**  
**Figure 3.12. Nurses to 100,000 Population Ratio by Province, 2016**



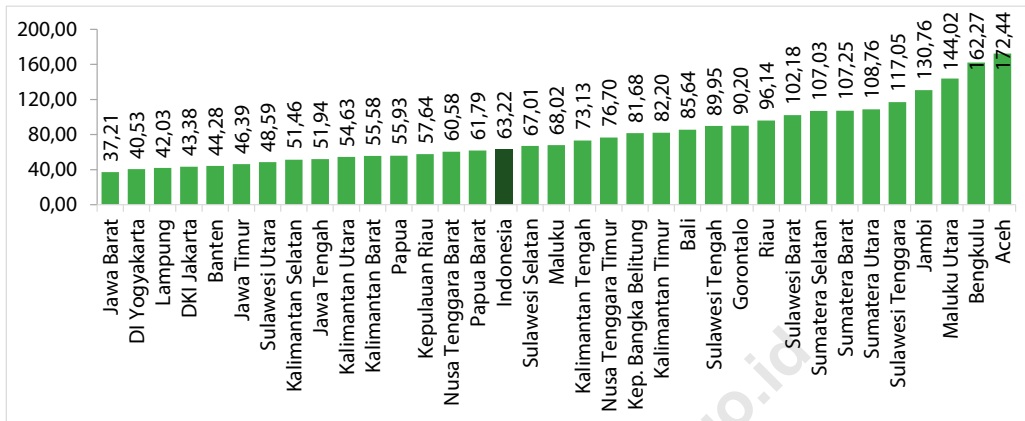
Sumber/ Source : Profil Kesehatan Indonesia 2016, Kementerian Kesehatan RI/ Indonesia Health Profile 2016, Ministry of Health

Sebagai ibukota negara, DKI Jakarta masih merupakan provinsi dengan rasio perawat tertinggi, yaitu 223,61 per 100.000 penduduk. Berbeda dengan rasio dokter dan rasio dokter gigi, provinsi dengan rasio perawat yang sudah di atas target nasional terdapat delapan provinsi, yaitu DKI Jakarta, Kalimantan Timur, Kep. Bangka Belitung, Aceh, Maluku, Sulawesi Utara, Bengkulu, dan Jambi. Akan tetapi, masih ada provinsi dengan rasio perawat yang bernilai di bawah 100. Bahkan, rasio perawat terendah berada di Lampung, yaitu hanya 49,44 per 100.000 penduduk. Hal tersebut menunjukkan

*As the capital city of this state, DKI Jakarta was still the province with the highest nurse ratio, by 223,61 per 100,000 population. In contrast to the ratio of doctors and dentist ratios, provinces with nurse ratios beyond the national target are DKI Jakarta, Kalimantan Timur, Kep. Bangka Belitung, Aceh, Maluku, Sulawesi Utara, Bengkulu, and Jambi. However, there was still a province with a ratio of nurses below 100. In fact, the lowest ratio of the nurses was recorded in Lampung, only 49.44 per 100,000 population. This indicates the distribution of nurses are not quite evenly distributed in the territory of Indonesia.*

adanya distribusi perawat yang tidak cukup merata di wilayah Indonesia.

**Gambar 3.13. Rasio Bidan Terhadap 100.000 Penduduk Menurut Provinsi, 2016**  
**Figure 3.13. Midwives to 100,000 Population Ratio by Province, 2016**



Sumber/ Source : Profil Kesehatan Indonesia 2016, Kementerian Kesehatan RI/ Indonesia Health Profile 2016, Ministry of Health

Tidak berbeda dengan tenaga kesehatan yang lainnya, pada tahun 2016, rasio bidan di Indonesia masih cukup jauh dibandingkan dengan target di tahun 2019 yaitu 120 per 100.000 penduduk. Pada tahun 2016, rasio bidan di Indonesia hanya 63,22 per 100.000 penduduk. Dengan demikian, pemerintah perlu kerja keras untuk meningkatkan rasio bidan sebanyak dua kali lipat selama tiga tahun agar tercapainya target di tahun 2019.

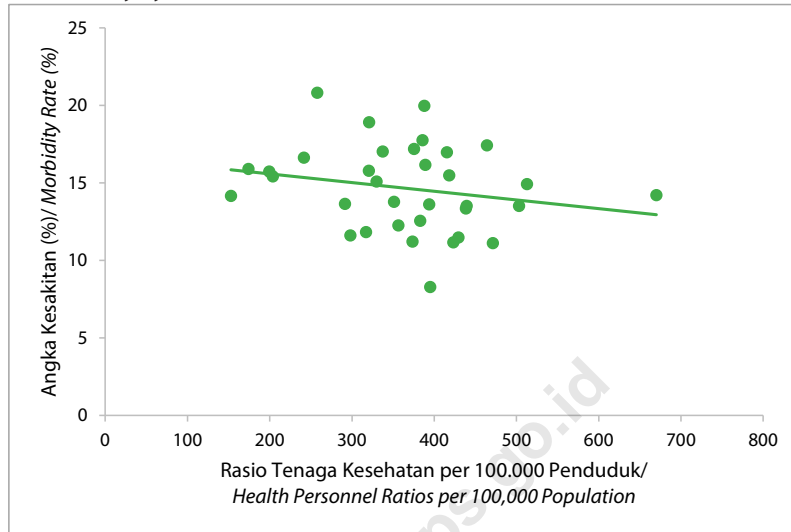
Namun menariknya, jika dilihat berdasarkan provinsi, rasio bidan yang terendah sebagian besar adalah provinsi di Pulau Jawa. Provinsi dengan rasio bidan terendah adalah Jawa Barat, yaitu 37,21 per 100.000 penduduk. Rendahnya rasio bidan di Pulau Jawa ini disebabkan karena jumlah penduduknya yang sangat besar. Tingginya angka kelahiran dan laju pertumbuhan penduduk di Pulau Jawa tidak diiringi dengan jumlah tenaga bidan yang memadai. Sementara itu, provinsi dengan rasio bidan tertinggi adalah Aceh, yaitu 172,44 per 100.000 penduduk. Hanya ada 4 provinsi dengan rasio perawat sudah mencapai bahkan melewati target pemerintah yaitu Aceh, Bengkulu, Maluku Utara, dan Jambi.

Unlike other health workers, in 2016, the ratio of midwives in Indonesia was still quite far compared to the 2019 target of 120 per 100,000 population. In 2016, the ratio of midwives in Indonesia was only 63.22 per 100,000 population. Thus, the government needs to work hard to increase the ratio of midwives over next three years in order to achieve the target in 2019.

Statistically speaking, when viewed by province, the lowest ratio of midwives was largely recorded in provinves in Java Island. The province with the lowest midwife ratio wa Jawa Barat, by 37.21 per 100,000 population. The low ratio of midwives in Java Island is due to the large population. The high rate of birth and population growth rate in Java is not in line with adequate numbers of midwives. Meanwhile, the province with the highest midwives ratio was Aceh, by 172.44 per 100,000 population. There are only 4 provinces with the ratio of midwives that has reached beyond the government's target, ie. Aceh, Bengkulu, Maluku Utara, and Jambi.

**Gambar 3.14. Hubungan Antara Rasio Tenaga Kesehatan per 100.000 Penduduk dan Angka Kesakitan Menurut Provinsi, 2016**

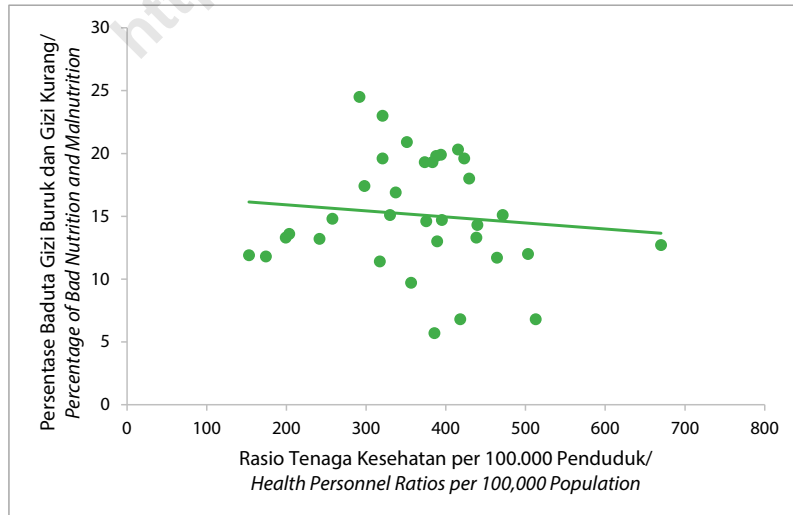
**Figure 3.14. Relationship Between the Health Personnel Ratios per 100,000 Population and Morbidity by Provinces, 2016**



Sumber/ Source : Profil Kesehatan Indonesia 2016, Kemenkes (diolah) dan Susenas 2016, BPS/ Calculated from Indonesia Health Profile 2016, Ministry of Health and Susenas 2016, BPS

**Gambar 3.15. Hubungan Antara Rasio Tenaga Kesehatan per 100.000 Penduduk dan Persentase Baduta Gizi Buruk dan Gizi Kurang Menurut Provinsi, 2016**

**Figure 3.15. Relationship between the Health Personnel Ratio per 100,000 Population and Percentage of Bad Nutrition and Malnutrition by Provinces, 2016**



Sumber/ Source : Profil Kesehatan Indonesia 2016, Kemenkes (diolah) dan Susenas 2016, BPS/ Calculated from Indonesia Health Profile 2016, Ministry of Health and Susenas 2016, BPS

Peran tenaga kesehatan dapat dilihat dari hubungan antara rasio tenaga kesehatan dan angka kesakitan di Indonesia. Gambar 3.14 memperlihatkan bahwa ada indikasi hubungan kedua indikator tersebut, dimana semakin besar rasio tenaga kesehatan maka semakin rendah angka kesakitan di Indonesia. Tenaga kesehatan sebagai customer dan fasilitator berperan dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Keberadaan tenaga kesehatan yang memadai akan mampu menekan angka kesakitan. Pelayanan kesehatan yang diberikan secara dini dan tepat akan mengurangi angka kesakitan, dimana keluhan kesehatan yang dialami penduduk tidak akan sampai ke tahap mengganggu kegiatan sehari-hari.

Selain itu, Gambar 3.15 juga mengindikasikan adanya hubungan yang negatif antara rasio tenaga kesehatan per 100.000 penduduk dan persentase baduta gizi buruk dan gizi kurang. Besarnya rasio tenaga kesehatan dapat menekan kejadian baduta (bayi dua tahun) yang mengalami gizi buruk dan gizi kurang. Peran tenaga kesehatan sangat besar sebagai komunikator dan konselor yang memberikan informasi kesehatan dan bimbingan permasalahan kesehatan. Kejadian baduta gizi buruk dan gizi kurang ini dapat ditekan dengan keberadaan tenaga kesehatan yang memadai untuk mengatasi masalah gizi pada balita dan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjaga kesehatan baduta.

Distribusi tenaga kesehatan juga dapat dilihat dari masing-masing jenis fasilitas kesehatan, salah satunya Puskesmas. Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat, dengan mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Puskesmas ini juga menjadi fasilitas kesehatan yang pertama didatangi oleh peserta JKN. Oleh karena itu, tenaga

*The role of health workers can be seen from the correlation between the health personnel ratio and morbidity in Indonesia. Figure 3.14 shows that there is an indication of the correlation between the two indicators, where the greater of the health personnel ratio would be in line with the lower the illness rate in Indonesia. Health workers have both roles as providers and facilitators simultaneously play a role in providing health services to achieve optimal public health. The existence of adequate health personnel would be able to suppress the morbidity rate. The earlier and more appropriate health services would be expected reducing morbidity level, where health complaints experienced by residents will not go beyond to the disrupting point of daily activities.*

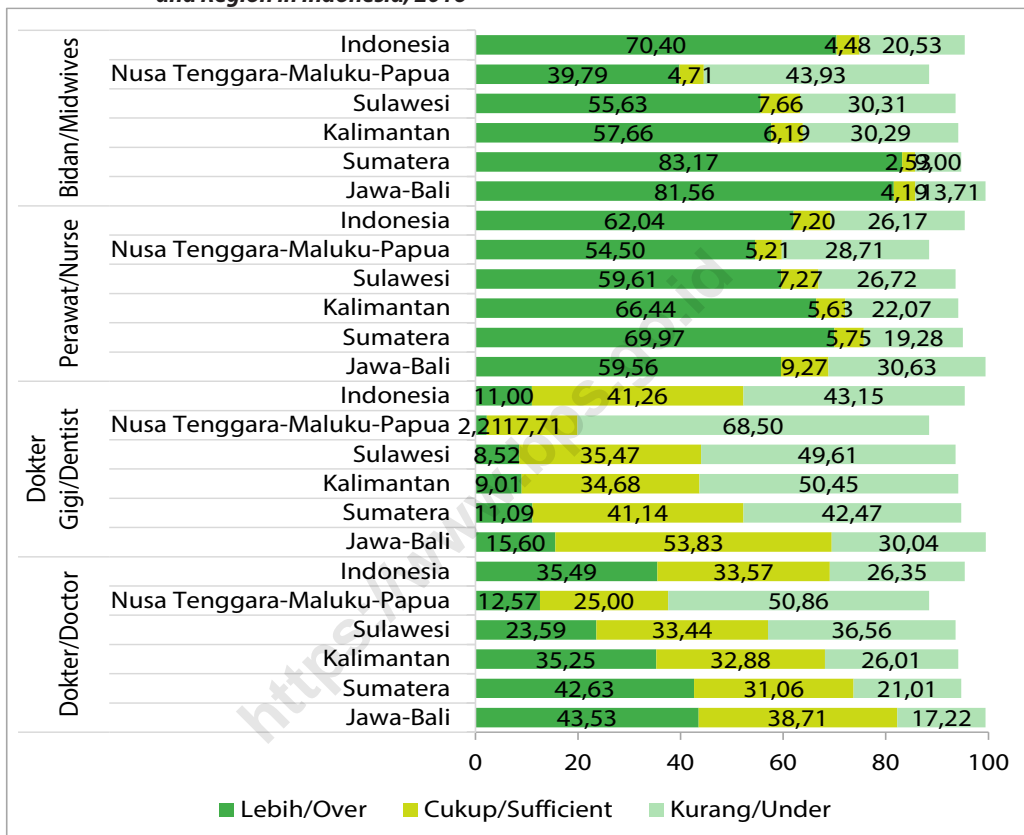
*In addition to that, Figure 3.15 indicates a negative correlation between the health workers ratio per 100,000 population and the percentage of bad nutrition and malnutrition. The large ratio of health workers can suppress the incidence of baduta who suffer from malnutrition and lack of nutritine. The health workers role is very remarkable as communicators and counselors who provide health information and health problems guidance. The prevalence of bad nutrition and malnutrition can be suppressed by the presence of adequate health personnel to overcome the nutritional problems for toddlers and to increase public awareness in terms of maintenance the baduta's health.*

*Distribution of health personnel can also be seen from each type of health facility, one of them Puskesmas. Puskesmas (Community Health Center) is a first-rate health service facility that conducts public health efforts, prioritizing promotive and preventive efforts, to achieve the highest level of public health in its working area. Puskesmas is also the first health facility visited by JKN participants. Therefore, health personnel and health support personnel should be sufficient to support the function and purpose of Puskesmas.*

kehatan dan tenaga penunjang kesehatan harus bisa memadai untuk mendukung fungsi dan tujuan Puskesmas.

**Gambar 3.16. Persentase Puskesmas dengan Kecukupan Tenaga Kesehatan Menurut Jenis Tenaga Kesehatan dan Regional di Indonesia, 2016**

**Figure 3.16. Percentage of Health Center with Adequate Health Workers by Type of Health Worker and Region in Indonesia, 2016**



Sumber/ Source : Profil Kesehatan Indonesia 2016, Kementerian Kesehatan RI/ Indonesia Health Profile 2016, Ministry of Health

Secara umum, berdasarkan Gambar 3.16, semakin timur wilayah Indonesia, Puskesmas tersebut semakin cenderung mengalami kekurangan tenaga kesehatan. Puskesmas yang kekurangan tenaga kesehatan, baik dokter, dokter gigi, perawat, maupun bidan, lebih cenderung terjadi di wilayah paling timur Indonesia, yaitu Pulau Nusa Tenggara-Maluku-Papua. Di Pulau Nusa Tenggara-Maluku-Papua, sebanyak 50,86 persen Puskesmas kekurangan tenaga dokter, 68,50 persen Puskesmas kekurangan tenaga dokter gigi, 28,71 persen Puskesmas

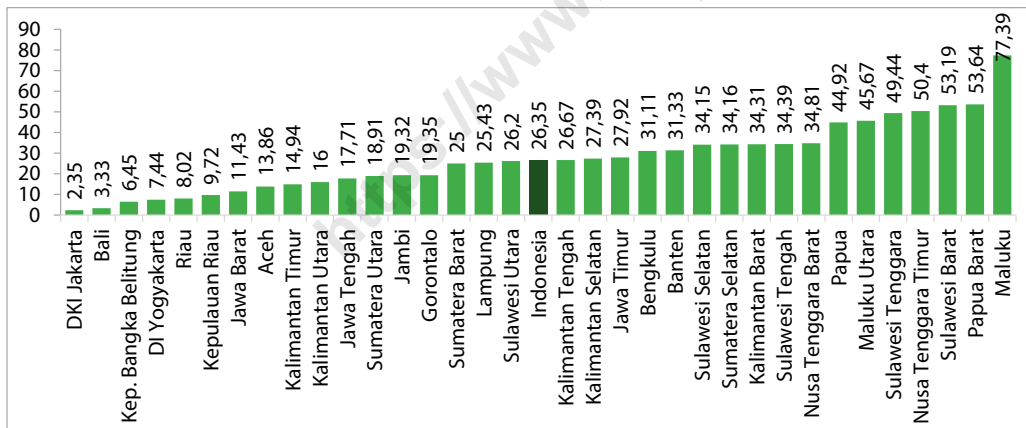
In general, based on Figure 3.12, the eastern part of Indonesia, health center units (the Puskesmas) are increasingly likely to experience a shortage of health workers. The Puskesmas that are short of health workers, doctors, dentists, nurses, and midwives are more likely to occur in eastern region of Indonesia, such as Nusa Tenggara-Maluku-Papua Island. In Nusa Tenggara-Maluku-Papua Island, there were 50.86 percent of Puskesmas experienced short of doctors, 68.50 percent short of dentists, 28.71 percent short of nurses and 43.93 percent short of midwives.

kekurangan tenaga perawat dan 43,93 persen kekurangan tenaga bidan.

Peningkatan pelayanan kesehatan di Puskesmas, terutama untuk wilayah terpencil dan timur Indonesia telah menjadi prioritas dalam pembangunan kesehatan di negara ini. Puskesmas harus dapat memenuhi kebutuhan masyarakat di wilayah tersebut, tidak hanya tenaga kesehatan yang berkualitas dan berjumlah cukup, tetapi juga ruang perawatan dan peralatan yang memadai. Kemudian, untuk menarik minat tenaga kesehatan bertugas di daerah pelosok dan wilayah timur Indonesia, pemerintah mengeluarkan program untuk memberikan upah minimum yang cukup tinggi. Dengan demikian, tenaga medis dapat memenuhi kebutuhan daerah pelosok dan timur Indonesia.

*Improving health services in the Puskesmas, especially for remote and eastern region of Indonesia has become a priority in health development in the country. Puskesmas should be able to meet the needs of the people in the region, not only qualified and sufficient health personnel, but also adequate care and equipment. Then, to attract the interest of health workers on duty in remote areas and eastern Indonesia, the government issued a program to provide a fairly high minimum wage. Thus, medical personnel can meet the needs of remote and eastern Indonesia.*

**Gambar 3.17. Persentase Puskesmas yang Kekurangan Dokter Menurut Provinsi, 2016**  
**Figure 3.17. Percentage of Puskesmas With Shortage of Doctors by Province, 2016**



Sumber/ Source : Profil Kesehatan Indonesia 2016, Kementerian Kesehatan RI/ Indonesia Health Profile 2016, Ministry of Health

Kementerian Kesehatan memiliki standar untuk jumlah dan jenis tenaga kesehatan di wilayah perkotaan, perdesaan, kawasan terpencil, dan sangat terpencil yang dihitung berdasarkan analisis beban kerja dan mempertimbangkan beberapa hal. Pada Puskesmas non rawat inap, standar jumlah dokter minimal satu orang, sedangkan pada Puskesmas rawat inap, standar jumlah dokter minimal dua orang. Pada tahun 2016, Puskesmas di Indonesia yang kekurangan

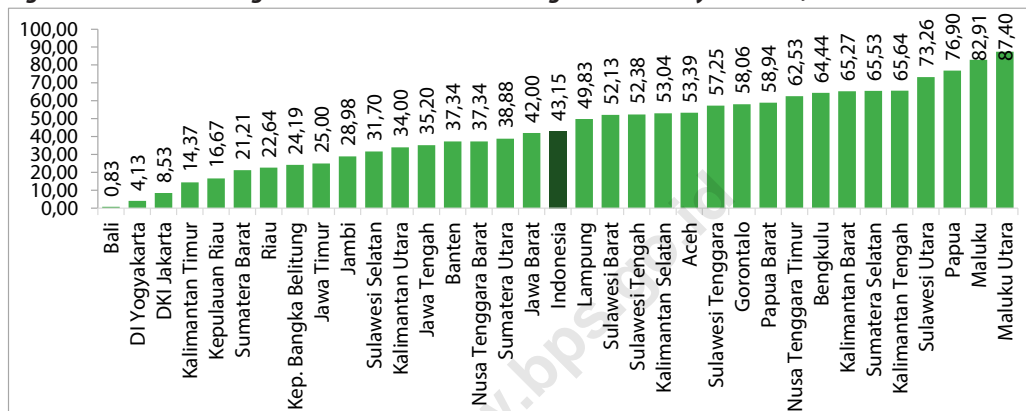
*The Ministry of Health has standards for the number and types of health workers in urban, rural, remote, and isolated areas that are calculated on the basis of workload analysis and take into account several issues. In non-inpatient Puskesmas, the standard number of doctors is at least one general practitioner doctor. Meanwhile, the standard number of doctors at inpatient Puskesmas is at least two people. In 2016, Puskesmas units in Indonesia that lack of doctors were about 26.35 percent.*



dokter ada sebanyak 26,35 persen. Jika dilihat berdasarkan provinsi, persentase terendah untuk Puskesmas yang kekurangan dokter terdapat di DKI Jakarta (2,35 persen). Sementara itu, persentase tertinggi untuk Puskesmas yang kekurangan dokter terdapat di Maluku (77,39 persen).

*On province comparison, the lowest percentage for Puskesmas lacking doctors was recorded in DKI Jakarta (2.35 percent). Meanwhile, the highest percentage for Puskesmas lacking doctors was found in Maluku (77.39 percent).*

**Gambar 3.18. Persentase Puskesmas yang Kekurangan Dokter Gigi Menurut Provinsi, 2016**  
**Figure 3.18. Percentage of Puskesmas With Shortage of Dentist by Province, 2016**



Sumber/ Source : Profil Kesehatan Indonesia 2016, Kementerian Kesehatan RI/ Indonesia Health Profile 2016, Ministry of Health

Kemudian, standar jumlah untuk dokter gigi di Puskesmas minimal satu orang, baik Puskesmas rawat inap maupun Puskesmas non rawat inap. Pada tahun 2016, Puskesmas di Indonesia yang kekurangan tenaga dokter gigi ada sebanyak 43,15 persen. Hal ini menunjukkan bahwa hampir setengah Puskesmas di Indonesia tidak memiliki tenaga dokter sama sekali. Bahkan, Puskesmas di Maluku Utara yang kekurangan tenaga dokter ada sebanyak 87,40 persen. Angka tersebut sangat jauh dibandingkan Puskesmas di provinsi Bali yang kekurangan tenaga dokter hanya 0,83 persen.

*The standard amount for dentist in Puskesmas is at least one person, both inpatient and non-inpatient Puskesmas. In 2016, there were 43.15 percent of Puskesmas in Indonesia with a shortage of dentists. This shows that almost half of Puskesmas in Indonesia do not have physician/general doctor at all. In fact, Puskesmas units in Maluku Utara that lack of doctors were about 87.40 percent. This figure is much larger when compared to the Puskesmas in Bali province which were short of doctors by only 0.83 percent.*

Dinas Kesehatan (Dinkes) Maluku Utara mengungkapkan bahwa Puskesmas yang belum memiliki tenaga dokter umumnya berada di kepulauan dan wilayah pelosok. Hal tersebut menghambat mutu pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Kondisi tersebut juga menghambat Puskesmas dalam memperoleh akreditasi. Untuk mengatasi permasalahan tersebut, Dinkes

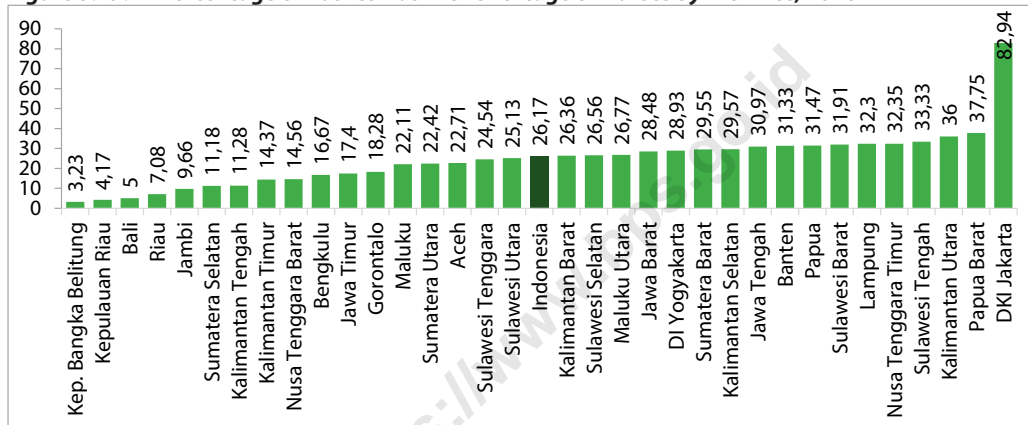
*Health Office of Maluku Utara revealed that Puskesmas that do not have doctors are generally located in the island and remote areas. This inhibits the quality of health services to the public. These conditions also became a challenge for the Puskesmas in obtaining accreditation. To overcome these problems, Health Office utilizes the program of employing non-permanent medical personnel.*

memanfaatkan program pengangkatan tenaga dokter pegawai tidak tetap (PTT). Selain itu, pembukaan Fakultas Kedokteran di Universitas Kairun Ternate mulai tahun akademik 2016/2017 juga diharapkan mampu mengatasi keterbatasan tenaga dokter di Maluku Utara. Putra daerah lulusan fakultas tersebut diharapkan tidak akan keberatan ditugaskan di seluruh wilayah Maluku Utara, terutama di kepulauan dan daerah pelosok (www.harianterbit.com, 2017).

*In addition, the commencement of the Faculty of Medicine at the University of Kairun Ternate from academic year 2016/2017 is also expected to overcome the limitations of doctors in North Maluku. The local graduates from this faculty is expected to have no objections to be assigned throughout the Maluku Utara region, especially in the island and remote areas (www.harianterbit.com, 2017).*

**Gambar 3.19. Persentase Puskesmas yang Kekurangan Perawat Menurut Provinsi, 2016**

**Figure 3.19. Percentage of Puskesmas with Shortage of Nurses by Province, 2016**

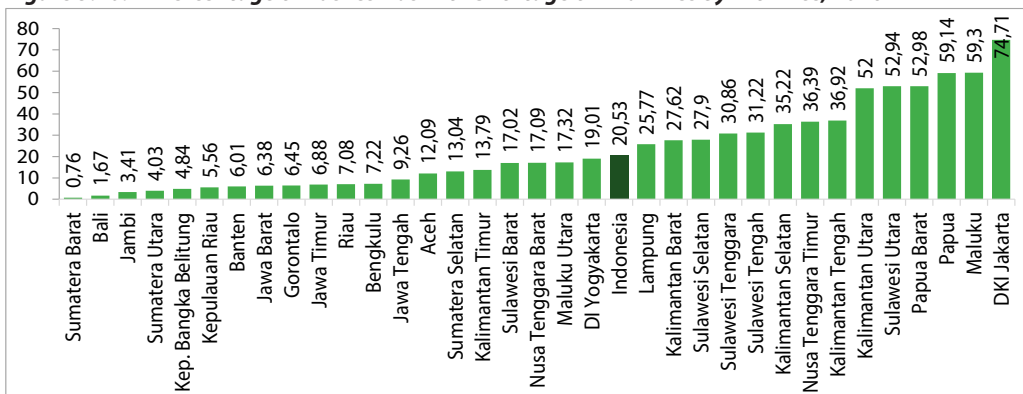


Sumber/ Source : Profil Kesehatan Indonesia 2016, Kementerian Kesehatan RI/ Indonesia Health Profile 2016, Ministry of Health

Selanjutnya, standar jumlah perawat pada Puskesmas non rawat inap minimal lima orang, sedangkan pada Puskesmas rawat inap minimal delapan orang. Pada tahun 2016, secara nasional persentase Puskesmas yang kekurangan tenaga perawat adalah 26,17 persen. Hal yang cukup menarik adalah provinsi dengan persentase Puskesmas yang kekurangan tenaga perawat tertinggi adalah DKI Jakarta (82,94 persen). Angka tersebut juga berbeda sangat jauh dibandingkan dengan provinsi-provinsi lainnya. Besarnya jumlah Puskesmas dengan perawat di bawah standar kecukupan di DKI Jakarta ini dikarenakan Puskesmas kelurahan di DKI Jakarta setara dengan Puskesmas Pembantu (Pustu) di provinsi lain (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

*Furthermore, the standard number of nurses at non-inpatient Puskesmas was at least five people, while at the inpatient Puskesmas was at least eight nurses. In 2016, nationally the percentage of Puskesmas with shortage of nurses was 26.17 percent. It is quite interesting that the province with the highest percentage of Puskesmas with shortage of nurses was DKI Jakarta (82.94 percent). The figure was much lower when compared to other provinces. The large number of Puskesmas with shortage of nurses below the standard of sufficiency in DKI Jakarta is because the Puskesmas at kelurahan level in DKI Jakarta is equivalent to Subsidiary Puksemas in other provinces (Ministry of Health, 2017).*

**Gambar 3.20. Persentase Puskesmas yang Kekurangan Bidan Menurut Provinsi, 2016**  
**Figure 3.20. Percentage of Puskesmas with Shortage of Midwives by Province, 2016**



Sumber/ Source : Profil Kesehatan Indonesia 2016, Kementerian Kesehatan RI/ Indonesia Health Profile 2016, Ministry of Health

Kemudian, standar jumlah bidan di Puskesmas non rawat inap minimal empat orang dan di Puskesmas rawat inap minimal tujuh orang. Pada tahun 2016, Puskesmas di Indonesia yang kekurangan tenaga bidan ada sebesar 20,53 persen. Provinsi dengan persentase Puskesmas yang kekurangan tenaga bidan tertinggi adalah DKI Jakarta (74,71 persen), dan diikuti dengan wilayah timur Indonesia, yaitu Maluku (59,3 persen), Papua (59,14 persen), dan Papua Barat (52,98 persen). Sementara itu, provinsi dengan persentase Puskesmas yang kekurangan tenaga bidan terendah adalah Sumatera Barat (0,76 persen).

Then, the standard number of midwives in non-inpatient Puskesmas is at least four people but in inpatient Puskesmas is at least seven people. In 2016, Puskesmas in Indonesia with a shortage of midwives are 20.53 percent. Provinces with the highest percentage of shortage of midwives was DKI Jakarta (74.71 percent), followed by eastern provinces of Indonesia, Maluku (59.3 percent), Papua (59.14 percent) and Papua Barat (52.98 percent). Meanwhile, the provinces with the lowest.

Tenaga kesehatan memang memiliki peran penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tingginya derajat kesehatan mampu menekan angka kematian dan meningkatkan harapan hidup. Kesehatan yang terjamin tentu akan meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Isu-isu dan permasalahan tenaga kesehatan telah menjadi fokus dalam pembangunan kesehatan. Jumlah tenaga kesehatan yang memadai dan penyebaran tenaga kesehatan yang merata terus diupayakan oleh pemerintah agar tercapainya target yang diinginkan, terutama untuk daerah pelosok, kepulauan, perbatasan, dan wilayah timur Indonesia.

Health workers play an important role in improving public health. The high degree of health can reduce mortality and increase life expectancy. Guaranteed health will certainly improve the welfare of the community. Issues of health workers have become a priority in health development. The number of adequate health personnel and the unequal distribution of health personnel is continuously sought by the government to achieve the desired target, especially for remote areas, islands, borders and eastern Indonesia.

Keberadaan tenaga kesehatan di tiap fasilitas kesehatan juga menjadi pertimbangan pemerintah, terutama tenaga kesehatan di Puskesmas. Puskesmas merupakan fasilitas kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat. Selain itu, peran Puskesmas juga semakin penting karena adanya program Jaminan Kesehatan Nasional, dimana Puskesmas menjadi fasilitas kesehatan pertama bagi masyarakat peserta JKN. Oleh karena itu, kecukupan tenaga kesehatan di Puskesmas juga perlu terus diperhatikan agar peran Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan yang promotif dan preventif dapat tercapai.

### 3.3. KEPADATAN DAN DISTRIBUSI FASILITAS KESEHATAN

Fasilitas kesehatan sangat memengaruhi kualitas pelayanan kesehatan. Aksesibilitas lokasi fasilitas kesehatan menjadi salah satu faktor keterjangkauan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Selain itu, sarana dan prasarana yang memadai juga menjadi tolok ukur penentuan kualitas pelayanan kesehatan.

Dalam RPJMN 2015-2019, salah satu agenda pembangunan nasional adalah meningkatkan kualitas hidup manusia dan masyarakat Indonesia. Agenda tersebut merupakan upaya untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat secara berkeadilan. Upaya meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia dilaksanakan melalui empat sub agenda prioritas, salah satunya adalah pembangunan kesehatan khususnya pelaksanaan Program Indonesia Sehat.

Sasaran dari program tersebut salah satunya adalah meningkatnya pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang merata dan mudah dijangkau akan meningkatkan derajat kesehatan dan gizi masyarakat. Selain itu, mutu pelayanan kesehatan yang baik akan memberikan pelayanan kesehatan yang memadai dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

*The existence of health personnel in every health facility is also a consideration of the government, especially health workers engaged in Puskesmas. Puskesmas is the closest health facility to the community. In addition, the role of Puskesmas is also increasingly important since the commencement of the National Health Insurance program, where the Puskesmas becomes the direct health facility for the insurance program participants.*

### 3.3. DENSITY AND DISTRIBUTION OF HEALTH FACILITIES

*Health facilities mainly affect the quality of health services. Accessibility of health facility location becomes one of the factors of affordability of health services for the community. In addition, adequate facilities and infrastructure are also the benchmarks of determining health services quality.*

*In the RPJMN 2015-2019, one of the national development agenda is to improve the quality of human life and the people of Indonesia. The agenda is an effort to improve the equality in social. Efforts to improve the quality of human life of Indonesia is implemented through four sub-priority agenda, one of which is health development, especially the implementation of Healthy Indonesia Program.*

*One of the targets of the program is increasing equality and quality of health service. Equitable and accessible health services will improve community health and nutrition. In addition, the good quality of health services will provide adequate health services and in line with the demand from the community.*

**Tabel 3.2. Persentase Desa yang Memiliki Sarana Kesehatan Menurut Jenis Sarana Kesehatan dan Provinsi, 2014**  
**Table 3.2. Percentage of Villages with Health Facilities by Type of Health Facility and Province, 2014**

<i>Provinsi/Province</i>	<b>Puskesmas/ Pustu/Health Public Center/ Subsidiary Health Public Center</b>	<b>Poliklinik/Balai Pengobatan/Praktek Dokter/Praktek Bidan/ Polyclinic/Clinic/ Practitioner Doctor</b>	<b>Poskesdes/ Polindes/ Village Health Post</b>	<b>Posyandu/ Integrated Health Service Post</b>
Aceh	18,95	18,64	38,09	92,95
Sumatera Utara	35,72	45,19	44,40	85,91
Sumatera Barat	60,61	62,40	52,20	85,11
Riau	53,46	54,05	45,00	89,96
Jambi	46,41	54,18	38,71	89,53
Sumatera Selatan	33,57	54,69	72,71	92,31
Bengkulu	35,83	47,15	28,10	91,13
Lampung	39,03	70,44	51,29	90,91
Kep. Bangka Belitung	48,97	46,21	68,97	87,59
Kepulauan Riau	55,12	30,53	47,95	84,63
DKI Jakarta	78,55	82,65	0,63	83,91
Jawa Barat	41,81	83,19	44,94	90,10
Jawa Tengah	28,90	82,44	68,84	93,32
DI Yogyakarta	74,47	70,06	39,73	84,07
Jawa Timur	34,90	82,58	75,84	92,22
Banten	28,94	72,93	20,71	90,32
Bali	74,17	78,01	65,09	91,56
Nusa Tenggara Barat	52,17	35,60	65,59	89,82
Nusa Tenggara Timur	36,44	7,64	42,80	89,97
Kalimantan Barat	43,15	24,66	64,20	84,95
Kalimantan Tengah	65,27	28,39	40,95	85,11
Kalimantan Selatan	32,86	39,71	58,54	91,90
Kalimantan Timur	72,26	35,65	21,69	88,59
Kalimantan Utara	40,82	13,30	9,36	64,23
Sulawesi Utara	34,09	24,33	22,65	89,84
Sulawesi Tengah	38,46	26,21	52,79	89,82
Sulawesi Selatan	50,77	26,40	46,04	89,67
Sulawesi Tenggara	28,70	9,62	29,02	88,66
Gorontalo	37,48	23,44	40,78	89,50
Sulawesi Barat	44,12	14,11	45,50	88,11
Maluku	48,27	8,00	24,17	78,88
Maluku Utara	28,77	10,60	28,77	88,19
Papua Barat	31,40	3,70	8,15	53,22
Papua	24,18	4,49	6,76	38,57
<b>Indonesia</b>	<b>37,07</b>	<b>46,19</b>	<b>46,76</b>	<b>86,04</b>

Sumber/ Source : Pendataan Potensi Desa 2014/ Village Potentials Data Collection 2014



Pada tahun 2014, masih banyak desa di Indonesia yang belum memiliki Puskesmas/Puskesmas Pembantu. Meski demikian, persentase desa yang memiliki puskesmas/pustu antar provinsi tidak menunjukkan variasi yang cukup besar. Persentase terendah ada pada Provinsi Aceh, yaitu hanya 18,95 persen desa yang memiliki puskesmas/pustu.

Beda halnya dengan Poliklinik/Balai Pengobatan/Praktek Dokter/Praktek Bidan, Poskesdes/Polindes, dan Posyandu, keberadaan fasilitas kesehatan tersebut lebih minim di desa-desa wilayah timur Indonesia. Persentase desa yang memiliki Poliklinik/Balai Pengobatan/Praktek Dokter/Praktek Bidan hanya 3,70 persen untuk Papua Barat dan 4,49 persen untuk Papua. Padahal, secara nasional, persentase desa yang memiliki fasilitas kesehatan tersebut ada 46,19 persen.

Kemudian, persentase desa yang memiliki poskesdes/polindes juga hanya 8,15 persen untuk Papua Barat dan 6,76 persen untuk Papua. Angka tersebut juga menunjukkan kesenjangan yang cukup besar, dimana secara nasional desa yang memiliki poskesdes/polindes ada sebanyak 46,76 persen. Tidak hanya itu, persentase desa yang memiliki posyandu hanya sebesar 53,22 persen untuk Papua Barat dan 38,57 persen untuk Papua. Angka tersebut cukup jauh jika dibandingkan provinsi lainnya, yang mencapai sekitar 80-90 persen.

Jika dilihat, rasio puskesmas per 30.000 penduduk wilayah timur Indonesia lebih tinggi dibandingkan angka nasional dan provinsi lainnya. Lima provinsi dengan rasio puskesmas tertinggi adalah Papua Barat (5,07 per 30.000 penduduk), Papua (3,68 per 30.000 penduduk), Maluku (3,48 per 30.000 penduduk), Maluku Utara (3,24 per 30.000 penduduk), dan Sulawesi Tenggara (3,16 per 30.000 penduduk). Tingginya rasio puskesmas tersebut menunjukkan dapat terpenuhinya kebutuhan pelayanan primer.

*In 2014, there were many villages in Indonesia that do not have Public Health Center/Subsidiary Public Health Center. Nevertheless, the percentage of villages that have Public Health Center/Subsidiary Public Health Center among provinces does not show considerable variation. The lowest percentage was in Aceh Province, which was only 18.95 percent of villages with such health facilities.*

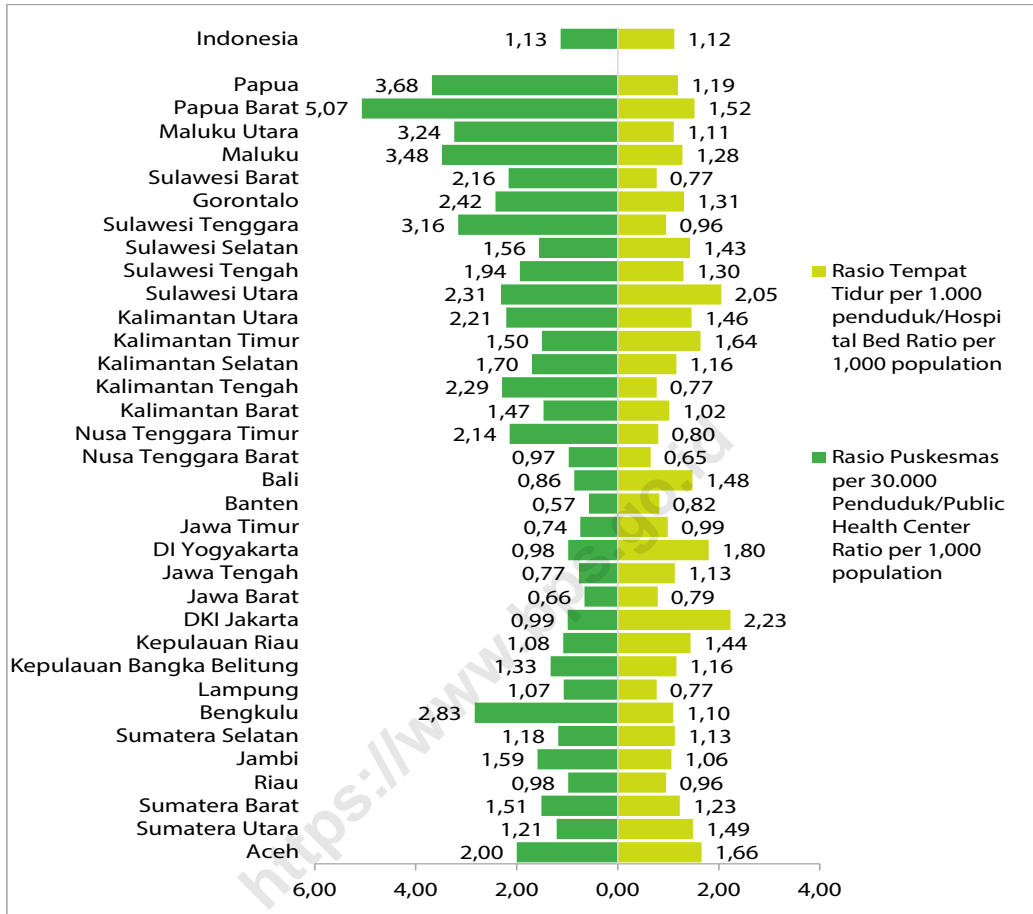
*Other facilities such as Polyclinic/Clinic/ Practitioner Doctor, Village Health Post, and the Integrated Health Service Post tend to be less in the villages of eastern Indonesia. Percentage of villages with Polyclinic/Clinic/ Practitioner Doctor was only 3.70 percent for Papua Barat and 4.49 percent for Papua. In fact, nationally, the percentage of villages that have health facilities was 46.19 percent.*

*Then, the percentage of villages with Village Health Post was only 8.15 percent for Papua Barat and 6.76 percent for Papua. This figure also shows a considerable gap, where nationally villages with Village Health Post were 46.76 percent. Not only that, the percentage of villages with the Integrated Health Service Post was only 53.22 percent for Papua Barat and 38.57 percent for Papua. This figure much smaller when compared to other provinces, which reach about 80-90 percent.*

*The ratio of public health center per 30,000 population of eastern Indonesia is higher than the national and other provinces. The five provinces with the highest ratio of public health center were Papua Barat (5.07 per 30,000 population), Papua (3.68 per 30,000 population), Maluku (3.48 per 30,000 population), Maluku Utara (3.24 per 30,000 population), and Sulawesi Tenggara (3.16 per 30,000 population). The high ratio of public health center shows the fulfillment of primary care needs.*



**Gambar 3.21. Rasio Puskesmas dan Rasio Tempat Tidur di Rumah Sakit Menurut Provinsi, 2016**  
**Figure 3.21. Public Health Center Ratio and Hospital Bed Ratio by Province, 2016**



Sumber/ Source : Data dan Informasi Kemenkes 2016/ Data and Information Center, Ministry of Health 2016

Akan tetapi, tingginya rasio puskesmas tersebut harus didukung dengan faktor lain, seperti infrastruktur jalan dan sarana transportasi. Hal ini dikarenakan penduduk Indonesia yang cukup tersebar hingga ke wilayah pelosok, kepulauan, dan perbatasan. Luasnya wilayah Indonesia dan keadaan geografis yang cukup sulit terutama di wilayah timur Indonesia menjadikan tantangan penduduk dalam menjangkau fasilitas kesehatan. Keberadaan fasilitas kesehatan terutama puskesmas ini harus diiringi dengan fasilitas pendukungnya terutama transportasi.

Dengan demikian, fungsi puskesmas sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan

However, the high ratio of public health center should be supported by other factors, such as road infrastructure and transportation facilities. This is because the population of Indonesia is quite spread to remote, island, and border areas. The vastness of Indonesia and the geographical conditions which are quite difficult, especially in eastern Indonesia, become the challenge for the population in reaching health facilities. The existence of health facilities, especially public health center must be accompanied by supporting facilities, especially transportation.

Thus, the function of the public health center as the provider of first-level Public Health

Masyarakat (UKM) tingkat pertama dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama serta sebagai wahana pendidikan tenaga kesehatan dapat terlaksana dengan optimal. Selain itu, program Jaminan Kesehatan Nasional juga dapat mencapai target yang diinginkan. Hal ini dikarenakan fasilitas kesehatan yang pertama dikunjungi oleh peserta JKN adalah Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FTKP) yang sebagian besarnya adalah Puskesmas.

Selain puskesmas, fasilitas kesehatan seperti Rumah Sakit juga perlu diperhatikan. Rumah Sakit ini juga berperan penting dalam program JKN. Pengobatan yang tidak dapat terselesaikan di FTKP, peserta JKN akan dirujuk untuk melakukan pemeriksaan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan yakni Rumah Sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Pada tahun 2016, rasio tempat tidur di rumah sakit di Indonesia sekitar 1 per 1.000 penduduk. Rasio tempat tidur di rumah sakit antar provinsi juga cukup bervariasi yaitu sekitar 0,6-2,3 per 1.000 penduduk. Kesenjangan antar provinsi untuk rasio tempat tidur di rumah sakit ini juga tidak begitu terlihat. Akan tetapi, rasio tempat tidur per 1.000 penduduk yang bernilai di bawah satu menunjukkan masih kurangnya fasilitas tempat tidur di rumah sakit, seperti di Nusa Tenggara Barat (0,65 per 1.000 penduduk). Oleh karena itu, fasilitas tempat tidur di rumah sakit di tiap provinsi masih perlu ditingkatkan sesuai dengan standar WHO, yaitu satu tempat tidur untuk 1.000 penduduk. Dengan demikian, kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan rujukan dan perorangan dapat terpenuhi.

Keberadaan Puskesmas sebagai pelayanan kesehatan tingkat pertama yang preventif dan promotif minimal ada sebanyak satu di setiap kecamatan. Kemudahan menjangkau pelayanan kesehatan akan mendorong masyarakat pergi berobat ke fasilitas kesehatan. Gambar 3.22 memperlihatkan bahwa adanya indikasi

*Efforts and Individual Health Effort and as a means for health personnel education can be implemented optimally. In addition, the National Health Insurance program can also achieve the expected target. This is because the first health facility visited by the national health insurance participants is the First Level Health Facility (FTKP) which mostly is the Public Health Center.*

*In addition to puskesmas, health facilities such as hospitals also need to be considered. The hospital also plays an important role in the national health insurance program. Unfinished treatment at First Level Health Facility will be referred for examination at Advanced Medical Facility i.e. Hospital in cooperation with the BPJS Kesehatan.*

*In 2016, the ratio of hospital beds in Indonesia is about 1 per 1,000 population. The ratio of beds in inter-provincial hospitals is also quite varied ie about 0.6-2.3 per 1,000 population. The gap among provinces for hospital bed ratio is also not so visible. However, the ratio of hospital beds per 1,000 people under one indicates the lack of hospital bed facilities, such as in Nusa Tenggara Barat (0.65 per 1,000 population). Therefore, hospital bed facilities in each province still need to be increased in accordance with the WHO standards, which was one bed for 1,000 population. Thus, the community's need for referral and individual health services can be fulfilled.*

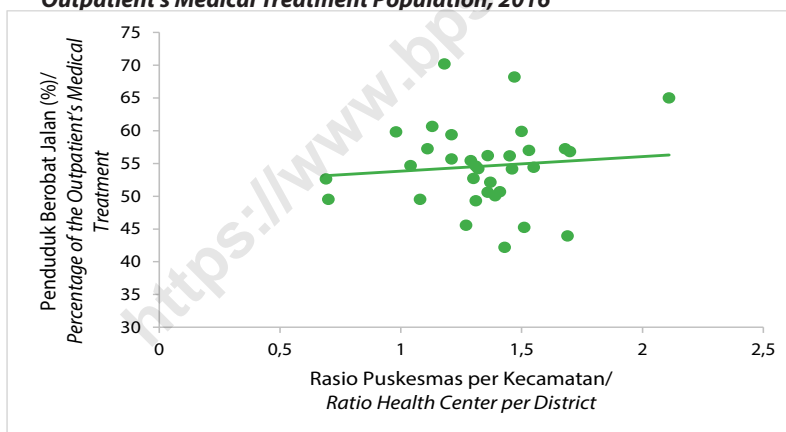
*The existence of Puskesmas as the first level of preventive and promotive of basic health services is must be exist at least one health service center in each District. The ease of reaching health services will encourage community to go to health facilities. The figure above shows that there is an indication of the relationship between the Puskesmas ratio per district and the percentage of people with*

hubungan antara rasio puskesmas per kecamatan dan persentase penduduk berobat jalan, walaupun indikasi hubungan kedua indikator tersebut tidak terlalu kuat. Semakin tinggi rasio puskesmas per kecamatan maka semakin tinggi persentase penduduk yang berobat jalan. Keputusan seseorang untuk berobat ke fasilitas kesehatan, terutama Puskesmas dipengaruhi oleh kemudahan menjangkaunya, seperti jarak yang dekat, ketersediaan sarana transportasi, dan kondisi infrastruktur. Sarana transportasi yang mendukung dan infrastruktur seperti jalan yang baik akan mempermudah seseorang menjangkau puskesmas yang berada di kecamatan berbeda.

*medical treatment, although the indication of the correlation between the two indicators is not strong enough. The higher the puskesmas ratio per district will have consequence to the higher of the population percentage who are seeking treatment. The decision of a person to seek treatment at health services, especially to Puskesmas is influenced by ease of access, such as close distance, availability of transportation facilities, and infrastructure conditions. Supporting transport facilities and infrastructure such as a good road will make it easier for someone to reach a puskesmas where allocated in a different sub-district.*

**Gambar 3.22. Hubungan Antara Rasio Puskesmas per Kecamatan dan Persentase Penduduk yang Berobat Jalan, 2016**

**Figure 3.22. Relationship Between the Ratios of Puskesmas per District and Percentage of the Outpatient's Medical Treatment Population, 2016**



Sumber/ Source : Profil Kesehatan Indonesia 2016, Kemenkes RI dan Susenas KOR 2016, BPS/ Indonesia Health Profile 2016, Ministry Of Health RI and Susenas KOR 2016, BPS

**3.4. PEMERATAAN JAMINAN KESEHATAN**

**3.4. HEALTH INSURANCE EQUALITY**

Setiap warga negara memiliki hak asasi untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai. Akan tetapi, banyak masyarakat yang tidak memperoleh pelayanan kesehatan tersebut karena kesulitan dalam biaya. Dari adanya masalah tersebut, *World Health Organization* (WHO) mengembangkan kebijakan yang terkait dengan pembiayaan kesehatan. Upaya peningkatan kinerja sistem kesehatan dilakukan dengan cakupan kesehatan universal/*universal health coverage* (UHC).

*Every citizen has the right to have adequate health services. However, many people do not get these health services because of economic problem. The World Health Organization (WHO) develops the policies related to health financing. Efforts to improve health system performance are undertaken with universal health coverage (UHC).*

Cakupan kesehatan universal berarti bahwa semua masyarakat dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif. Pelayanan yang diberikanpun memiliki kualitas yang efektif dan memadai sesuai dengan yang mereka butuhkan. Tidak hanya itu, kebijakan ini memastikan bahwa pengguna layanan tidak akan mengalami kendala biaya. Menurut WHO, cakupan kesehatan universal mewujudkan tiga tujuan sebagai berikut:

1. Kesetaraan dalam akses terhadap pelayanan kesehatan, yaitu setiap orang yang membutuhkan pelayanan berhak untuk mendapatkannya, tidak hanya mereka yang mampu membayarnya saja.
2. Kualitas pelayanan harus cukup baik untuk meningkatkan kesehatan masyarakat
3. Masyarakat harus dilindungi dari resiko finansial, memastikan bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan tidak membuat masyarakat kesulitan dalam ekonomi.

Komitmen tersebut telah didasarkan secara tegas pada konstitusi WHO tahun 1948. Hal tersebut dikarenakan kesehatan adalah hak asasi semua orang. Selain itu, komitmen ini juga telah tercantum dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB), tepatnya dalam tujuan tiga. Di tujuan tersebut tertulis bahwa pembangunan harus dapat mencapai cakupan kesehatan universal, termasuk perlindungan risiko keuangan, akses terhadap pelayanan kesehatan dasar yang baik, dan akses terhadap obat-obatan dan vaksin dasar yang aman, efektif, berkualitas, dan terjangkau bagi semua orang.

Pemerintah Indonesia juga telah berkomitmen untuk melaksanakan sistem yang disampaikan oleh WHO tersebut. Pengembangan jaminan kesehatan adalah salah satu upaya menjamin ketersediaan akses terhadap pelayanan kesehatan, terutama bagi masyarakat yang terkendala

*The universal coverage of health means that all communities can obtain promotive, preventive, curative, rehabilitative, and palliative health services. The services provided have an effective and adequate quality as they need. Not only that, this policy ensures that service users will not experience cost constraints. According to the WHO, universal health coverage embodies the following three objectives:*

1. *Equality in access to health care, ie everyone who needs services is entitled to get it, not only those who can afford it.*
2. *Quality of service should be proper enough to improve public health*
3. *Communities should be protected from financial risks, ensuring that the utilization of health services does not make financial difficulties for community.*

*The commitment has been firmly established in the 1948 WHO Constitution. It is because health is the human right of all people. In addition, this commitment has also been included in the Sustainable Development Goals, specifically in goal three. It states that development should be able to achieve universal health coverage, including financial risk protection, access to good basic health.*

*The Government of Indonesia has also committed to implement the system recommended by WHO. Development of health insurance scheme is one of the efforts to ensure availability of access to health services, especially for people who are constrained by the cost. The Government of Indonesia has organized several forms of social security in the*

dengan biaya. Pemerintah Indonesia telah menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan. Jaminan kesehatan yang diberikan untuk pegawai negeri sipil, penerima pensiun, veteran, dan pegawai swasta adalah askes dan jamsostek. Lain halnya untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, jaminan kesehatan yang diberikan berupa Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).

Namun demikian, program jaminan kesehatan yang sudah ada tersebut cukup mempersulit pengendalian biaya kesehatan dan kualitas pelayanan. Untuk mengatasi masalah tersebut, pemerintah mengeluarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dalam UU tersebut, seluruh penduduk Indonesia wajib memiliki jaminan sosial berupa Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Keberlangsungan program JKN ini juga dilakukan dengan sinergi penyelenggaraan Jamkesda atau jaminan kesehatan yang didaftarkan oleh pemda dengan skema JKN yang dikelola oleh BPJS Kesehatan.

Untuk memperkuat dasar hukum, pemerintah mengeluarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS yang di dalamnya berisi penjelasan bahwa BPJS terdiri dari BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus untuk JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan sudah diimplementasikan sejak 1 Januari 2014 dan pelaksanaannya diatur oleh beberapa peraturan seperti PP No.101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Perpres No.12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.

Seperti penjelasan dalam bab sebelumnya, persentase penduduk Indonesia yang memiliki keluhan kesehatan cukup banyak, namun tidak sebanding dengan kepemilikan jaminan kesehatan. Masih sekitar 45 persen penduduk yang tidak memiliki jaminan kesehatan. Hal ini

*health sector. For examples, health insurance and social security provided for civil servants, pensioners, veterans, and employees. Another scheme for the poor and incapable is health insurance provided in the form of Public Health Protection Scheme (Jamkesmas) and Regional Health Insurance (Jamkesda).*

*However, the existing national health insurance program is quite difficult to control the cost of health and service quality. To overcome these problems, the government issued Law No. 40 of 2004 on the National Social Security System. Under the law, all Indonesian citizens are required to have social security in the form of National Health Insurance (JKN) through the Social Security Administering Body (BPJS). The sustainability of the National Health Insurance program is also done with the synergy of Regional Health Insurance implementation or health insurance registered by the local government with the JKN scheme managed by the Social Security Administering Body.*

*To strengthen the legal basis, the government issued Law No. 24 of 2011 on the Social Security Administering Body (the BPJS) which contains explanation that BPJS consists of BPJS of Health (the BPJS Kesehatan) and BPJS of Manpower (the BPJS Ketenagakerjaan). Especially, for the JKN organized by BPJS Kesehatan has been implemented since January 1, 2014 and its implementation is regulated by some regulations such as Government Regulation No.101 of 2012 on Beneficiary of Contribution (PBI) and Presidential Regulation No.12 of 2013 on Health Insurance.*

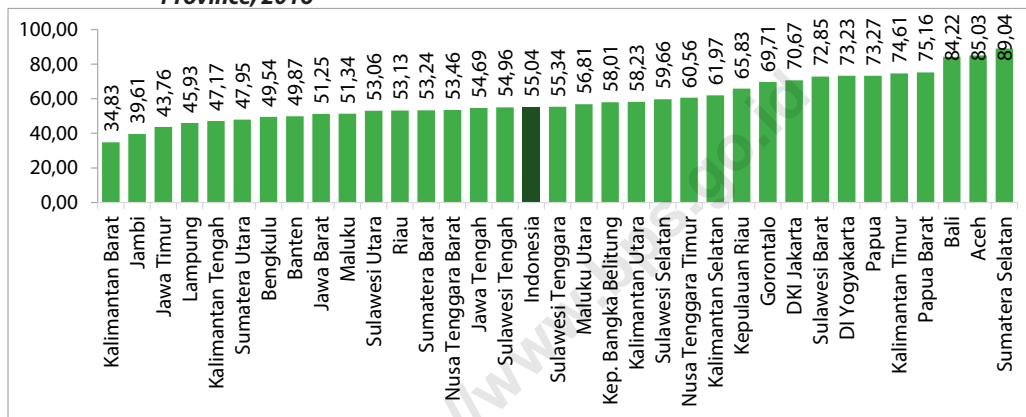
*As explained in the previous chapter, the percentage of population in Indonesia who had health complaints is quite large, but not comparable with the ownership of health insurance. Still about 45 percent of the population does not have health insurance. This indicates that many Indonesians still have*



menandakan bahwa masih banyak penduduk Indonesia yang harus mengeluarkan biaya ketika mereka ingin mengakses pelayanan kesehatan. Padahal pemerintah telah menyediakan program pelayanan kesehatan yang berwujud dalam jaminan kesehatan nasional dengan sistem asuransi. Dengan membayar iuran yang rendah, masyarakat dapat memperoleh perlindungan kesehatan yang lebih baik.

*to pay the cost when they want to access health services. Whereas the government has provided health service programs in terms of national health insurance system. By paying lower fee, people can get better health protection.*

**Gambar 3.23. Persentase Penduduk yang Memiliki Jaminan Kesehatan Menurut Provinsi, 2016**  
**Figure 3.23. Percentage of Population Registered as National Health Insurance Participants by Province, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS/National Socioeconomic Survey 2016, BPS

Selain itu, masih rendahnya kepemilikan jaminan kesehatan di Indonesia ini dapat disebabkan oleh rendahnya pengetahuan penduduk Indonesia akan pentingnya jaminan kesehatan. Rendahnya kepemilikan jaminan kesehatan dapat sejalan dengan banyaknya penduduk Indonesia yang melakukan pengobatan sendiri ketika mereka mengalami keluhan kesehatan atau bahkan mengabaikannya. Oleh karena itu, mereka merasa tidak perlu memiliki jaminan kesehatan karena mereka tidak mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan.

*In addition, the low level of health insurance in Indonesia can be attributed to the low level of knowledge of Indonesian citizens about the importance of health insurance. The low ownership of health insurance tends to be in line with the large number of Indonesian citizens who conducted self-treatment when they experienced health complaints or even ignore them. Therefore, they feel no need to have health insurance because they do not seek treatment from health facilities.*

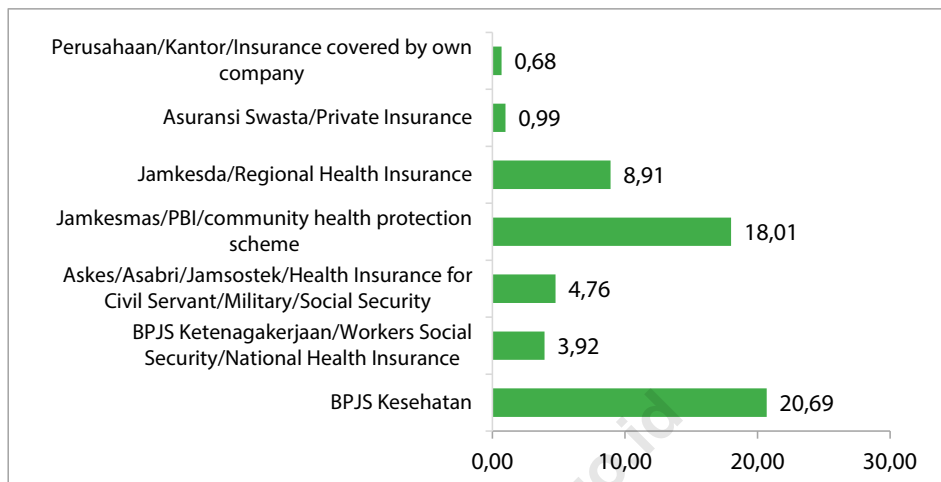
Jika dilihat berdasarkan provinsi, Sumatera Selatan merupakan provinsi dengan persentase kepemilikan jaminan kesehatan tertinggi, yaitu sebesar 89,04 persen. Di sisi lain, masih ada 16 provinsi yang angkanya dibawah angka nasional. Kalimantan Barat adalah provinsi dengan persentase kepemilikan jaminan kesehatan terendah, yaitu sebesar 34,83 persen.

*On province comparison, Sumatra Selatan was the province with the highest percentage of health insurance ownership, which was 89.04 percent. On the other hand, there were still 16 provinces whose numbers are below the national figure. Kalimantan Barat is the province with the lowest percentage of ownership of health insurance, which was 34.83 percent.*



**Gambar 3.24. Persentase Penduduk Indonesia Menurut Kepemilikan Jenis Jaminan Kesehatan, 2016**

**Figure 3.24. Percentage of Population in Indonesia by Ownership of Health Insurance, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS/National Socioeconomic Survey 2016, BPS

Kemudian, jaminan kesehatan yang paling banyak dimiliki oleh penduduk Indonesia adalah BPJS kesehatan sebesar 20,69 persen. Jaminan kesehatan yang paling banyak dimiliki berikutnya adalah Jamkesmas/PBI (18,01 persen) dan Jamkesda (8,91) persen. Untuk persentase kepemilikan jaminan kesehatan jenis lainnya, seperti BPJS Ketenagakerjaan, Askes/Asabri/Jamsostek, asuransi swasta, dan jaminan kesehatan dari perusahaan/kantor tidak banyak, yaitu tidak mencapai lima persen.

Kepemilikan BPJS Kesehatan pada tahun 2016 masih sangat rendah. Program jaminan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah sejak tahun 2014 tersebut belum banyak digunakan oleh masyarakat. Padahal jaminan kesehatan dengan mekanisme asuransi kesehatan sosial tersebut bersifat wajib sesuai yang tercantum dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004. Undang-undang yang menjelaskan tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) tersebut menyebutkan bahwa program jaminan sosial bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak. Namun kenyataannya, sebagian besar penduduk Indonesia belum memiliki jaminan kesehatan nasional yang diberikan oleh pemerintah tersebut.

*Statistically speaking, the most health insurance owned by the population of Indonesia is the national health insurance (BPJS Kesehatan), which amounted to 20.69 percent, then followed by community health protection scheme (18.01 percent) and Regional Health Insurance (8.91) percent. For the percentage of ownership of other types of health insurance, such as Workers Social Security (BPJS Ketenagakerjaan), Askes / Asabri / Jamsostek, private insurance, and health insurance covered by own company / office have not reached five percent.*

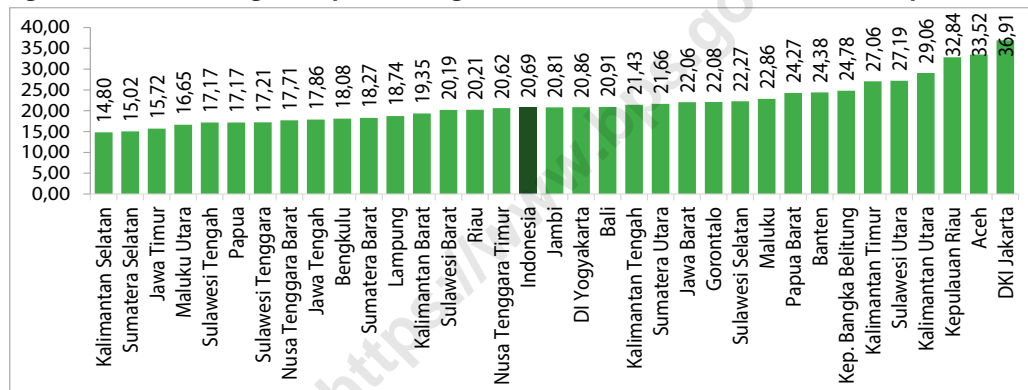
*The participants of the national health insurance in 2016 was still very low. The health insurance program provided by the government since 2014 has not been widely used by the community. However, this health insurance with the mechanism of social health insurance is mandatory as stated in Law Number 40 Year 2004. The law explaining about National Social Security System mentioned that social security program aims to fulfill basic public health need. However, most Indonesians do not have national health insurance provided by the government.*

Jenis jaminan kesehatan yang dominan dimiliki oleh penduduk berbeda-beda untuk setiap provinsi. Provinsi dengan kepemilikan jaminan kesehatan yang dominan berupa Jamskesmas/PBI adalah Sumatera Barat, Bengkulu, Jawa Tengah, Yogyakarta, Jawa Timur, Banten, NTB, NTT, Gorontalo, Sulawesi Barat, dan Papua Barat. Kemudian, provinsi dengan kepemilikan jaminan kesehatan yang dominan berupa Jamkesda adalah Sumatera Selatan, Kepulauan Bangka Belitung, Bali, Kalimantan Selatan, Maluku Utara, dan Papua. Untuk provinsi lainnya, jenis jaminan kesehatan yang dominan dimiliki penduduknya adalah BPJS Kesehatan.

*The major type of health insurance is owned by different populations for each province. Provinces with largest number of community health protection scheme participants were Sumatera Barat, Bengkulu, Jawa Tengah, Yogyakarta, Jawa Timur, Banten, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Gorontalo, Sulawesi Barat, dan Papua Barat. Then, provinces with largest regional health insurance participants were Sumatera Selatan, Kepulauan Bangka Belitung, Bali, Kalimantan Selatan, Maluku Utara, and Papua. For other provinces, the largest type of health insurance owned by population was the national health insurance (the BPJS Kesehatan).*

**Gambar 3.25. Persentase Penduduk yang Memiliki BPJS Kesehatan Menurut Provinsi, 2016**

**Figure 3.25. Percentage of Population Registered as National Health Insurance Participants, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS/National Socioeconomic Survey 2016, BPS

Sebagai ibukota negara, jaminan kesehatan yang dominan dimiliki oleh penduduk provinsi DKI Jakarta di tahun 2016 adalah BPJS kesehatan, yaitu sebesar 36,91 persen. Persentase tersebut juga merupakan persentase tertinggi dibandingkan dengan provinsi lainnya. Namun, penduduk DKI Jakarta yang memiliki Jamskesmas/PBI sebesar 13,46 persen dan yang memiliki Jamkesda hanya 4,67 persen.

Pemerintah Provinsi DKI Jakarta juga terus berupaya untuk memperluas keikutsertaan masyarakat dalam BPJS Kesehatan. Salah satu langkah yang dilakukan adalah memberi kemudahan bagi masyarakat untuk melakukan pendaftaran. BPJS Kesehatan bekerja sama dengan

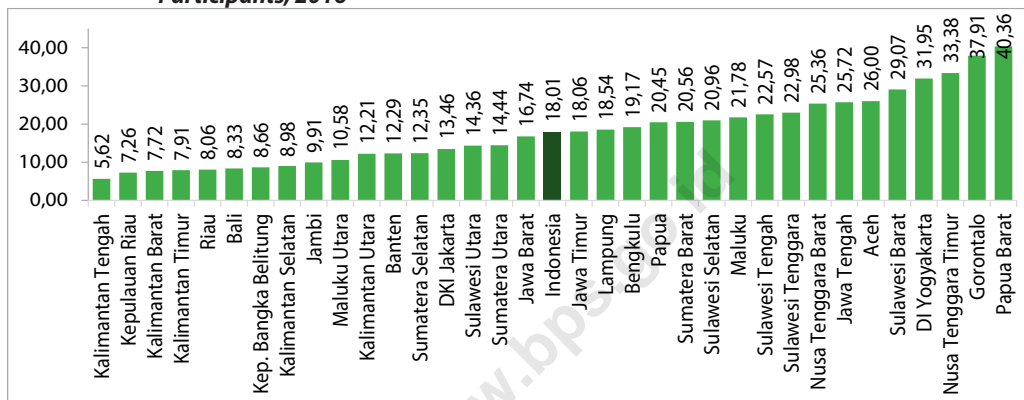
*As the state capital, the largest health insurance participated by the population of DKI Jakarta province in 2016 was the national health insurance (the BPJS Kesehatan), which was equal to 36.91 percent. The percentage was also the highest percentage compared to other provinces. However, the population of DKI Jakarta with community health protection scheme was only 13.46 percent and those with Regional Health Insurance were only 4.67 percent.*

*The Provincial Government of DKI Jakarta also continuously strives to expand public participation in the BPJS Kesehatan, such as providing easier access for the public to register the national insurance. BPJS Kesehatan in cooperation with the Provincial Government*

Pemprov DKI Jakarta untuk membuka pendaftaran peserta jaminan kesehatan di kelurahan. Pendaftaran tersebut juga tidak dikenakan biaya administrasi. Dengan begitu, keterjangkauan pendaftaran jaminan kesehatan nasional di DKI Jakarta semakin luas (news.detik.com, 2017).

*of DKI Jakarta to open registration of health insurance participants in the kelurahan office. The registration is also not subject to administrative fees. Thus, the affordability of national health insurance registration in DKI Jakarta increases (news.detik.com, 2017).*

**Gambar 3.26. Persentase Penduduk yang Memiliki Jamkesmas/PBI Menurut Provinsi, 2016**  
**Figure 3.26. Percentage of Population Registered as Community Health Protection Scheme Participants, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS/National Socioeconomic Survey 2016, BPS

Selanjutnya, pada tahun 2016, provinsi dengan persentase penduduk yang memiliki Jamkesmas/Penerima Bantuan Iuran (PBI) tertinggi adalah Papua Barat (40,36 persen). Di lain sisi, penduduk Papua Barat yang memiliki BPJS Kesehatan hanya 24,27 persen, dan yang memiliki Jamkesda hanya 6,95 persen. Rendahnya keikutsertaan masyarakat dalam jaminan kesehatan nasional ini dikarenakan kurangnya pemahaman masyarakat terhadap informasi dan program mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Oleh karena itu, BPJS daerah setempat terus melakukan sosialisasi ke kampung-kampung dan fasilitas publik yang ramai dikunjungi masyarakat, seperti pasar dan yang lainnya (www.papuakini.co, 2017). Dengan begitu, pemerintah berharap informasi mengenai program dan manfaat JKN dapat mendorong keikutsertaan masyarakat Papua Barat dalam program jaminan sosial tersebut.

*In 2016, the province with the highest percentage of population with community health protection scheme is Papua Barat (40.36 percent). On the other hand, West Papua residents who had national health insurance were only 24.27 percent, and those with regional health insurance were only 6.95 percent. The low participation of the community in national health insurance is due to lack of public understanding of information and programs on the National Social Security System (SJSN). Therefore, the BPJS at regional offices continue to introduce it to villages and public facilities that are visited by the public, such as markets and others (www.papuakini.co, 2017). Thus, the government expects that information on JKN programs and benefits can increase the participation of the people of West Papua in the social security program.*

Kemudian, provinsi dengan persentase penduduk yang memiliki Jamkesda tertinggi di tahun 2016 adalah Sumatera Selatan (63,98

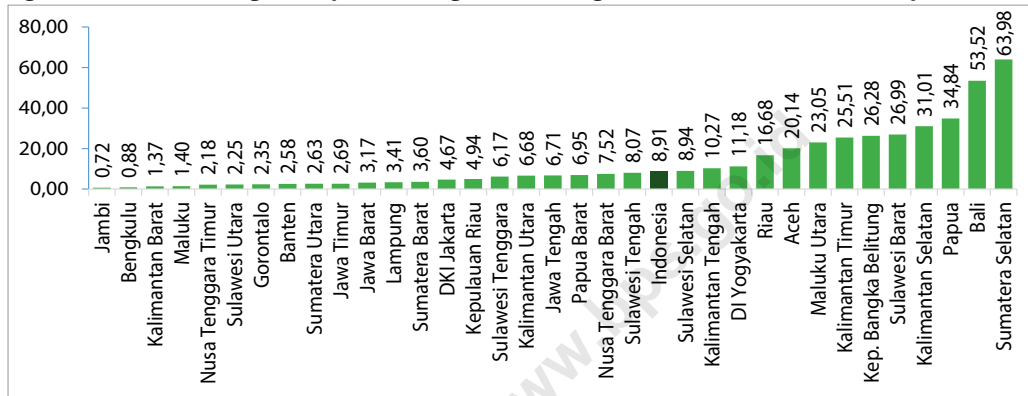
*The province with the highest percentage of population with Regional Health Insurance in 2016 was Sumatra Selatan (63.98 percent).*

persen). Akan tetapi, penduduk Sumatera Selatan yang memiliki BPJS Kesehatan hanya 15,02 persen dan yang memiliki Jamkesda hanya 12,35 persen. Pada tahun 2016, Sumatera Selatan merupakan salah satu provinsi yang belum ada integrasi Jamkesda ke JKN. Provinsi yang juga belum melakukan integrasi Jamkesda adalah Bali.

*However, the population of Sumatera Selatan which has registered in the national health insurance was only 15.02 percent and regional health insurance was only 12.35 percent. In 2016, Sumatra Selatan is one of the provinces that has not integrated regional health insurance into national health insurance. The other province that has not yet integrated those schemes was Bali.*

**Gambar 3.27. Persentase Penduduk yang Memiliki Jamkesda Menurut Provinsi, 2016**

**Figure 3.27. Percentage of Population Registered as Regional Health Insurance Participants, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS/National Socioeconomic Survey 2016, BPS

Integrasi Jamkesda adalah sinergitas penyelenggaraan jaminan kesehatan bagi penduduk yang didaftarkan oleh pemerintah daerah. Sebenarnya, pemerintah Sumatera Selatan telah mendukung program JKN tetapi belum mengintegrasikannya dengan Jamkesda. Di tahun 2009, sudah ada program Jaminan Sosial Kesehatan yang dilakukan Pemerintah Sumsel, yaitu Jaminan Kesehatan Semesta yang berupa pengobatan gratis. Namun, Pemerintah Sumsel berupaya untuk mengikuti penyelenggaraan program JKN dan mengintegrasikannya dengan Jamkesda. Oleh karena itu, pemerintah setempat akan melakukan optimalisasi sosialisasi JKN dan memperbaiki sistem program integrasi ([www.detiksumsel.com](http://www.detiksumsel.com), 2016).

Adanya jaminan kesehatan ini tentu dapat membantu penduduk dalam mengakses fasilitas kesehatan, terutama ketika dalam kendala finansial. Pada tahun 2016, persentase penduduk Indonesia yang menggunakan jaminan kesehatan

*Regional health insurance integration is the synergy of health insurance for the population enrolled by the local government. In fact, the Sumatera Selatan government has supported the national health insurance program but has not integrated it with the regional one. In 2009, there was a Health Insurance program conducted by the Government of Sumatra Selatan, called the Universal Health Insurance in the form of free treatment. However, the Sumatera Selatan Government seeks to follow the implementation of the national health insurance program and integrate it with the regional health insurance. Therefore, the local government will optimize the promotion of the National Health Insurance and improve the system integration program ([www.detiksumsel.com](http://www.detiksumsel.com), 2016).*

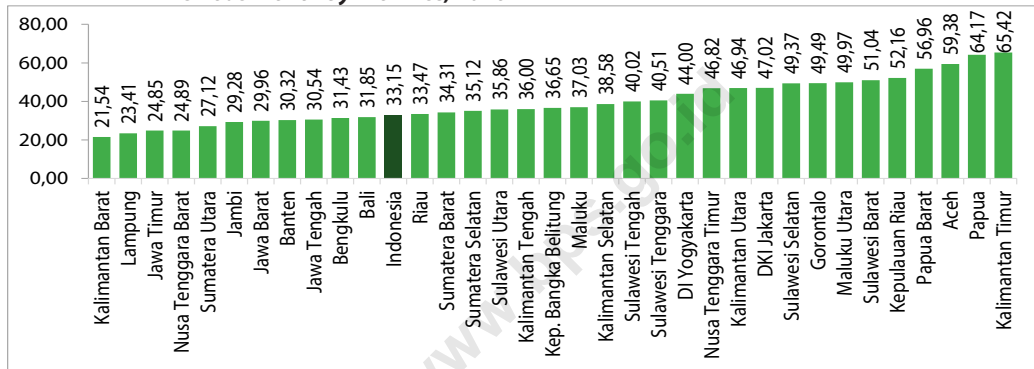
*The existence of those health insurance schemes can certainly help residents in accessing health facilities, especially when they are in financial constraints. In 2016, the percentage of population in Indonesia who use*

untuk berobat jalan dalam sebulan terakhir ada sebesar 33,15 persen. Secara umum, penggunaan jaminan kesehatan untuk berobat jalan sejalan dengan kepemilikan jaminan kesehatan. Semakin besar persentase penduduk yang memiliki jaminan kesehatan, semakin besar juga persentase penduduk yang menggunakan jaminan kesehatan untuk berobat jalan.

*health insurance for outpatient treatment in the previous month was 33.15 percent. In general, the use of health insurance for outpatient treatment is in line with the ownership of health insurance. The greater the percentage of people who have health insurance, the greater the percentage of people who use health insurance to seek treatment.*

**Gambar 3.28. Persentase Penduduk yang Menggunakan Jaminan Kesehatan untuk Berobat Jalan dalam Sebulan Terakhir menurut Provinsi, 2016**

**Figure 3.28. Percentage of Population Using Health Insurance for Outpatient Treatment During Previous Month by Province, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS/National Socioeconomic Survey 2016, BPS

Pada tahun 2016, provinsi dengan persentase penduduk yang menggunakan jaminan kesehatan untuk berobat jalan selama sebulan terakhir adalah Kalimantan Timur (65,42 persen). Hal ini sejalan karena Kalimantan Timur merupakan lima provinsi dengan persentase penduduk yang memiliki jaminan kesehatan tertinggi. Kemudian, hal yang lebih menarik lagi, provinsi dengan persentase penduduk yang menggunakan jaminan kesehatan untuk berobat jalan yang tertinggi adalah provinsi perbatasan dan kepulauan, seperti Papua, Aceh, Papua Barat, dan Kepulauan Riau. Hal ini menunjukkan bahwa untuk mengakses fasilitas kesehatan menggunakan jaminan kesehatan di provinsi-provinsi tersebut sangat mudah. Penduduk pun tidak perlu memikirkan masalah biaya ketika mereka melakukan pengobatan di fasilitas kesehatan.

*In 2016, the province with highest percentage of population using health insurance for outpatient treatment during the last month was Kalimantan Timur (65.42 percent). This is in line because Kalimantan Timur was the province with the highest percentage of the population who had highest health insurance. Then, more interestingly, the provinces with the highest percentage of population using health insurance for the outpatient treatment were provinces in border and island areas, such as Papua, Aceh, Papua Barat, and Kepulauan Riau. This shows that access to health facilities using health insurance in these provinces was very easy. The residents do not have to think about the cost when they do treatment at such health facilities.*

Akan tetapi, Kalimantan Barat merupakan provinsi dengan presentase penduduk yang menggunakan jaminan

*Kalimantan Barat was the province with the lowest percentage of the population using health insurance for the outpatient treatment*



kesehatan untuk berobat jalan selama sebulan terakhir terendah, yaitu sebesar 21,54 persen. Hal tersebut sejalan dengan persentase penduduk dengan kepemilikan jaminan kesehatan di Kalimantan Barat juga yang terendah. Padahal, persentase penduduk yang beralasan tidak memiliki biaya berobat di Provinsi Kalimantan Barat, merupakan angka tertinggi kedua dibandingkan provinsi lainnya. Hal ini menunjukkan adanya kendala biaya bagi penduduk Kalimantan Barat, tetapi mereka belum memiliki pengetahuan tentang manfaat program jaminan kesehatan nasional.

Pemerintah Kalimantan Barat, tepatnya BPJS Kesehatan Pontianak berupaya untuk meningkatkan keikutsertaan masyarakat dalam peserta JKN. Pihaknya akan menjalin kerja sama dengan berbagai pihak, seperti dengan beberapa perguruan tinggi. Dengan begitu, pemerintah daerah berharap pelajar dan mahasiswa yang ada dapat menjadi peserta jaminan sosial BPJS (kalbar.antaranews.com, 2016).

### 3.5. PEMERATAAN ANGGARAN KESEHATAN

Pemenuhan pelayanan kesehatan harus dilakukan di segala aspek, mulai dari tenaga kesehatan, kualitas tenaga kesehatan, sarana dan prasarana kesehatan, hingga pembiayaan kesehatan. Pembiayaan kesehatan juga menjadi bagian penting dalam pembangunan kesehatan. Dengan adanya pembiayaan kesehatan, mutu pelayanan kesehatan dapat terus ditingkatkan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang tinggi.

Dalam UU No.33 Tahun 2004 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, Dana Alokasi Khusus (DAK) merupakan salah satu sumber pembiayaan bagi daerah dalam pelaksanaan desentralisasi, diantaranya untuk meningkatkan pembangunan kesehatan, sehingga Pemerintah baik Pemerintah Pusat maupun Pemerintah Daerah dapat menyediakan pelayanan kesehatan yang

*for the last month, at 21.54 percent. This is in line with the percentage of population with health insurance ownership in Kalimantan Barat which has also the lowest figure in this term. In fact, percentage of residents with reason of no medical budget in Kalimantan Barat Province was the second highest figure compared to other provinces. This indicates a cost constraint for the people of Kalimantan Barat, yet they lack of knowledge of the national health insurance benefits.*

*The Government of Kalimantan Barat through the BPJS Kesehatan of Pontianak seeks to increase community participation in the national health insurance scheme. It will cooperate with various parties, such as with several universities. Thus, the local government expects that the students can become the BPJS social security participants (kalbar.antaranews.com, 2016).*

### 3.5. HEALTH BUDGET EQUALITY

*Fulfillment of health services should be done in all aspects, ranging from health workers, quality health personnel, health facilities and infrastructure, to health financing. Health budget is also an important part of health development. With the existence of health budget, the quality of health services can be continuously improved to achieve high public health status.*

*Under Law No.33 of 2004 on Fiscal Balance between the Central Government and Local Governments, the Special Allocation Fund is one of the financing sources for regions in the implementation of decentralization, among them to improve health development, so that both the Central Government and Local Government can provide equal, affordable and quality health services. The special allocation fund is awarded to the regional administration*



merata, terjangkau dan berkualitas. DAK diberikan kepada daerah untuk membiayai kegiatan bidang kesehatan yang merupakan tanggung jawab daerah sesuai prioritas pembangunan kesehatan. Kebijakan DAK bidang kesehatan ini diharapkan dapat meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan.

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, pada Pasal 298 ayat (7) menyebutkan belanja DAK diprioritaskan untuk mendanai kegiatan fisik dan dapat digunakan untuk kegiatan nonfisik. DAK bidang kesehatan tahun anggaran 2016 terdiri dari (a) dana alokasi khusus fisik reguler bidang kesehatan, (b) dana alokasi khusus fisik reguler sarana dan prasarana penunjang subbidang sarana dan prasarana kesehatan, dan (c) dana alokasi khusus nonfisik bidang kesehatan. Sementara itu, DAK nonfisik dimanfaatkan untuk Bantuan Operasional Kesehatan (BOK), Akreditasi Rumah Sakit, Akreditasi Puskesmas, dan Jaminan Persalinan.

Alokasi DAK fisik tahun 2016 tertinggi ada pada Jawa Timur, yaitu sekitar 735 miliar rupiah (10,88 persen). Provinsi berikutnya dengan DAK tertinggi adalah Jawa Barat (10,77 persen) dan Sulawesi Tengah (7,25 persen). Akan tetapi, provinsi dengan DAK fisik terendah ada pada Sulawesi Utara, yaitu hanya sekitar 2 miliar rupiah (0,03 persen). Provinsi dengan DAK fisik terendah berikutnya adalah Riau (0,32 persen) dan Maluku (0,51 persen).

Sementara itu, alokasi DAK nonfisik tahun 2016 tertinggi ada pada Jawa Barat, yaitu sekitar 343 miliar rupiah (10,27 persen). Provinsi dengan DAK tertinggi berikutnya juga masih di Pulau Jawa, yaitu Jawa Timur (9,73 persen) dan Jawa Tengah (9,47 persen). Di sisi lain, provinsi dengan DAK nonfisik terendah ada pada Kalimantan Utara, yaitu sekitar 18 miliar rupiah (0,54 persen). Provinsi dengan DAK nonfisik terendah berikutnya adalah Kepulauan Bangka Belitung (0,63 persen) dan Kepulauan Riau (0,79 persen).

*to finance the activities of the health sector which is the responsibility of the region according to the priority of health development. Allocation fund policy in the health sector is expected to improve access and quality of health services.*

*Law No. 23 of 2014 on Regional Government, in Article 298 paragraph (7) states that special allocation fund spending is prioritized to fund physical activities and can be used for nonphysical activities. Special allocation fund in the health sector for the fiscal year 2016 consists of (a) regular physical health special allocation funds, (b) regular physical special allocation funds of facilities and infrastructures supporting the sub-sector of health facilities and infrastructure, and (c) special non-physical allocation funds for health. Meanwhile, non-physical special allocation fund is used for Health Operational Assistance, Hospital Accreditation, Puskesmas Accreditation, and Maternity Assurance.*

*The highest physical special allocation fund in 2016 was recorded in Jawa Timur, around 735 billion rupiah (10.88 percent). The next provinces with the highest special allocation fund were Jawa Barat (10.77 percent) and Sulawesi Tengah (7.25 percent). However, the province with the lowest physical special allocation fund was in Sulawesi Utara, which was only about 2 billion rupiah (0.03 percent), followed by Riau (0.32 percent) and Maluku (0.51 percent).*

*Meanwhile, the highest special allocation fund for nonphysical in 2016 was recorded in Jawa Barat, which was around 343 billion rupiah (10.27 percent). The provinces with the highest special allocation fund were also still in Java Island, Jawa Timur (9.73 percent) and Jawa Tengah (9.47 percent). On the other hand, the province with the lowest special allocation fund for non-physical was recorded in Kalimantan Utara, which was about 18 billion rupiah (0.54 percent), followed by Kepulauan Bangka Belitung (0.63 percent) and Kepulauan Riau (0.79 percent).*

**Tabel 3.3. Alokasi dan Distribusi Dana Alokasi Khusus (DAK) Kesehatan Menurut Provinsi, 2016****Table 3.3. Allocation and Distribution of Special Allocation Fund for Health by Province, 2016**

Provinsi/Province	Alokasi (Rp)/Allocation		Distribusi (%)/Distribution	
	DAK Fisik /Physical	DAK Non Fisik/Non-Physical	DAK Fisik/Physical	DAK Non Fisik/Non-Physical
Aceh	324.999.350.990	111.532.039.750	4,81	3,34
Sumatera Utara	146.803.123.613	188.003.136.500	2,17	5,62
Sumatera Barat	200.423.744.807	95.693.658.750	2,97	2,86
Riau	21.571.924.085	83.793.282.500	0,32	2,51
Jambi	160.379.472.041	53.178.258.000	2,37	1,59
Sumatera Selatan	240.784.650.369	108.671.848.250	3,56	3,25
Bengkulu	100.939.185.897	54.025.987.750	1,49	1,62
Lampung	251.722.739.585	116.920.561.250	3,73	3,50
Kep. Bangka Belitung	151.005.414.357	21.226.016.000	2,24	0,63
Kepulauan Riau	85.230.566.716	26.349.760.750	1,26	0,79
DKI Jakarta	-	30.445.166.000	-	0,91
Jawa Barat	728.665.509.897	343.423.205.900	10,79	10,27
Jawa Tengah	403.348.037.707	316.751.332.000	5,97	9,47
D.I. Yogyakarta	84.704.147.592	37.233.812.000	1,25	1,11
Jawa Timur	735.285.184.270	325.410.119.000	10,88	9,73
Banten	54.573.752.937	87.969.977.000	0,81	2,63
Bali	138.193.155.117	40.767.054.000	2,05	1,22
Nusa Tenggara Barat	199.627.989.316	63.282.950.000	2,96	1,89
Nusa Tenggara Timur	205.455.765.013	143.344.284.000	3,04	4,29
Kalimantan Barat	370.181.096.164	89.539.050.000	5,48	2,68
Kalimantan Tengah	236.463.731.491	65.011.884.000	3,50	1,94
Kalimantan Selatan	104.180.299.793	77.410.582.000	1,54	2,31
Kalimantan Timur	76.197.016.681	60.620.512.000	1,13	1,81
Kalimantan Utara	83.354.151.157	18.172.394.000	1,23	0,54
Sulawesi Utara	2.145.557.920	63.066.538.000	0,03	1,89
Sulawesi Tengah	489.687.575.264	67.063.890.000	7,25	2,01
Sulawesi Selatan	145.207.357.876	162.973.078.000	2,15	4,87
Sulawesi Tenggara	344.833.795.003	81.939.206.000	5,10	2,45
Gorontalo	116.203.481.967	30.733.876.000	1,72	0,92
Sulawesi Barat	262.294.006.941	33.139.150.000	3,88	0,99
Maluku	34.676.224.650	77.483.002.000	0,51	2,32
Maluku Utara	219.139.667.501	49.773.674.000	3,24	1,49
Papua Barat	-	59.248.580.000	-	1,77
Papua	37.027.303.975	159.949.400.000	0,55	4,78
<b>Dana DAK Kesehatan/ Total Special Allocation Fund for Health</b>	<b>6.755.304.980.692</b>	<b>3.344.147.265.400</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Sumber/Source : Profil Kesehatan Indonesia 2016, Kementerian Kesehatan RI/ Indonesia Health Profile 2016, Ministry of Health

Secara umum, terlihat bahwa alokasi DAK di wilayah kepulauan, perbatasan, dan timur Indonesia sedikit lebih rendah dibandingkan daerah konsentrasi penduduk, seperti Pulau Jawa dan wilayah barat Indonesia. Meski demikian, alokasi anggaran yang dapat digunakan secara optimal adalah tujuan utama kebijakan pembiayaan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah. Peningkatan sarana prasarana kesehatan, keterjangkauan fasilitas kesehatan, dan pelayanan kesehatan yang memadai adalah target segala kebijakan kesehatan yang ada. Dengan demikian, semua golongan penduduk Indonesia, baik yang miskin maupun yang mampu, dan baik yang tinggal di pelosok maupun di ibukota dapat memperoleh hak pelayanan kesehatan yang sama. Derajat kesehatan masyarakatpun akan terwujud setinggi-tingginya dan angka kematian seperti angka kematian ibu dan bayi dapat ditekan.

*In general, it appears that the allocation of special allocation fund in the island, border areas and eastern regions of Indonesia is slightly lower than the concentration areas of the population, such as Java Island and the western Indonesia. However, budget allocations that can be used optimally are the main objectives of health financing policies undertaken by the government. Improvement of health infrastructure, affordability of health facilities, and adequate health services are the targets of all existing health policies. Thus, all segments of the Indonesian population, both poor and capable, and either living in remote areas or in the capital can obtain the same health care rights. The degree of public health will be realized as high as possible; and mortality rates such as maternal and infant mortality can be suppressed.*



**BAB**  
**CHAPTER**

**4**

**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI  
AKSES PELAYANAN KESEHATAN**

***FACTORS AFFECT TO HEALTH SERVICE ACCESS***

<https://www.bps.go.id>





Akses pelayanan kesehatan berkaitan erat dengan keadaan geografis wilayah, keberadaan infrastruktur, dan kesadaran masyarakat mengenai pentingnya kesehatan. Permasalahan mengenai akses pelayanan kesehatan tidak hanya pada ketersediaan layanan kesehatan di suatu wilayah saja, tetapi bisa karena faktor lain yang lebih kompleks terkait sosial budaya. Kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan berperan penting dalam memudahkan akses pelayanan ini. Selain kesadaran dari masyarakat, persoalan terjangkaunya jarak, tersedianya sarana prasarana, dan murahnya biaya dapat menjadi motivasi masyarakat untuk melakukan pengobatan di layanan kesehatan. Pertanyaan besarnya apakah semua faktor yang melancarkan akses pelayanan kesehatan ini telah tercapai di seluruh pelosok Indonesia?

Meskipun secara nasional kualitas kesehatan masyarakat telah meningkat, akan tetapi disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antar kawasan, dan antar perkotaan-perdesaan masih cukup tinggi. Masih adanya kesenjangan layanan kesehatan yang diperoleh golongan termiskin dan terkaya, tingginya kasus kematian ibu dan bayi di perdesaan dibanding perkotaan menjadi contoh nyata persoalan disparitas kesehatan di Indonesia. Usaha pemerintah dalam membangun sarana kesehatan, fasilitas jalan, jaminan kesehatan untuk penduduk rentan, dan program lain telah digencarkan. Namun, faktor dari segi sosial budaya dan kesadaran masyarakat menjadi hal lain yang perlu dipikirkan dan diatur strategi dalam mengatasinya.

#### 4.1. INFRASTRUKTUR SEBAGAI PEMBUKA AKSES KESEHATAN

Infrastruktur utama dalam melancarkan akses pelayanan kesehatan adalah transportasi. Transportasi sangat penting peranannya dalam menunjang proses perkembangan suatu wilayah. Keberadaan transportasi perlu ditunjang oleh keberadaan jalan. Pembangunan prasarana jalan telah

*Health services access has closely linked to the geographic region, the existence of infrastructure, and public awareness of the health importance. The problem of access to health services is not only on the availability of health services in a region, but also other factors that are more complex in terms of cultural social. Public awareness on the importance of health plays an important role in facilitating access to this service. In addition to the awareness of the community, the problem of distance reach, the availability of infrastructure facilities, and the low cost can be as the motivation of the community to perform treatment in health services. The big question is whether all the factors that facilitate access to health care have been achieved to all isolated areas of Indonesia ?*

*Although nationally the quality of public health has increased, the disparity in health status among socio-economic society, inter-regional and inter-urban-rural keeps high level. The health services gap obtained by the poorest and the richest remain exist, the high incidence of maternal and infant deaths in rural areas compared to urban areas is an significant example of health disparity in Indonesia. Government efforts in building health facilities, road facilities, health insurance for vulnerable people, and other programs have been intensified. However, factors in terms of social and cultural awareness of the community into other things that needs to be considered and regulated for strategic to overcome the problem.*

#### 4.1. INFRASTRUCTURE IS AN UNLOCK OF HEALTH ACCESS

*The main infrastructure of which support to better access on health services is transportation. Transportation has very important role in supporting the development process in a region. The existence of transportation should be followed by the existence of roads development. The*

meningkatkan jasa pelayanan produksi dan distribusi yang penting dan banyak berperan dalam menunjang pertumbuhan ekonomi nasional, mendorong terciptanya pemerataan pembangunan wilayah dan stabilitas nasional, serta meningkatkan taraf hidup dan kesejahteraan masyarakat.

Kemudahan akses pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh peran transportasi dan jalan sebagai infrastruktur penunjang kehidupan politik, ekonomi, sosial budaya, dan pertahanan keamanan. Sistem jaringan transportasi dapat dilihat dari segi efektivitas, efisiensi, aksesibilitas tinggi, terpadu, kapasitas mencukupi, lancar dan cepat, tepat waktu, mudah dicapai, nyaman, tarif terjangkau, dan rendah polusi. Melihat besarnya peran infrastruktur dalam melancarkan akses, sepatutnya keberadaannya dapat merata di seluruh wilayah Indonesia. Akan tetapi, ketimpangan akses pelayanan kesehatan antar wilayah masih menjadi faktor penyebab meningkatnya angka kematian akibat keterlambatan pertolongan, terutama di wilayah pelosok Indonesia.

Pemerataan pelayanan kesehatan tidak terlepas dari kondisi geografis wilayah. Wilayah yang berbatasan daratan dengan yang berbatasan laut atau sungai tentu akan memiliki kondisi prasarana transportasi yang berbeda. Namun, untuk mengukur kondisi infrastruktur suatu wilayah, prasarana transportasi darat menjadi tolak ukur yang tepat. Hal ini dikarenakan efektivitas, efisiensi, dan aksesibilitas transportasi menjadi mudah untuk dilihat.

Secara umum, sebagian besar wilayah Indonesia memiliki prasarana transportasi darat lebih dominan daripada air. Fokus perhatian pada Provinsi Papua sebagai provinsi dengan wilayah terluas pertama di Indonesia. Luasnya pProvinsi Papua menjadi tantangan tersendiri terkait akses pelayanan kesehatan. Hal ini terlihat dari capaian di bidang kesehatan yang masih rendah. Rendahnya capaian ini dijelaskan

*development of road infrastructure has improved the production and distribution services that are important and plays a role in supporting national economic growth, promoting equitable regional development and national stability, and improving the living standards and welfare of the people.*

*The ease to health services access is strongly influenced by the role of transportation and roads developmnet as supporting infrastructure for political, economic, socio-cultural, and defense of security. Transportation network system can be seen in terms of effectiveness, efficiency, high accessibility, integrated, sufficient capacity, smooth and fast, timely, easy to achieve, convenient, affordable cost, and low pollution. Seeing the magnitude of the role of infrastructure in the launch of access, duly its existence can be evenly distributed throughout the Indonesia territory. However, the inequality of health services access between regions remain become the main factor in the increasing number of deaths due to late on aid, especially in the isolated area of Indonesia.*

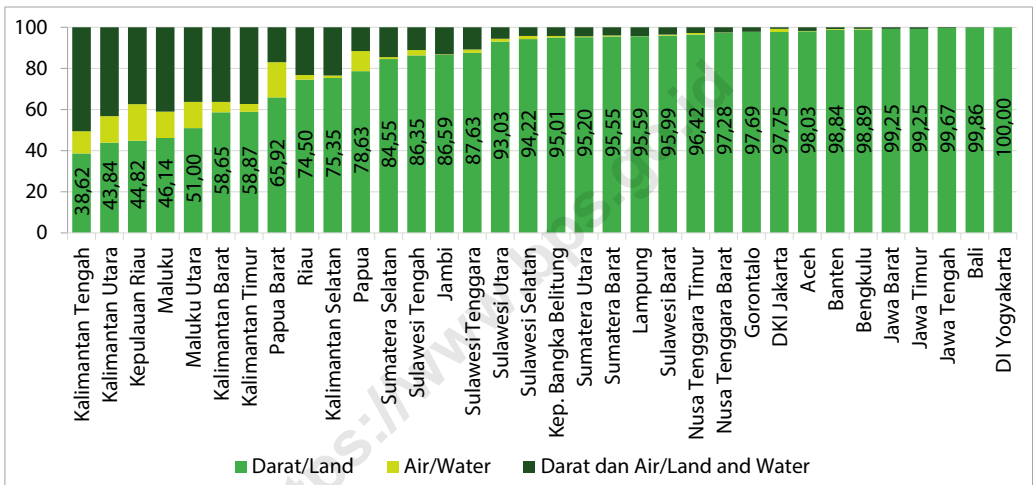
*Equity of health services cannot be separated from the geographical condition of the region. The land borders with the boundary of the sea or river will certainly have different transportation infrastructure conditions. However, to measure the condition of the infrastructure of a region, land transportation infrastructure becomes an appropriate benchmark. This is because the effectiveness, efficiency, and accessibility of transportation becomes easy to be observe explicitly.*

*In general, most of Indonesia's land transportation infrastructure is more dominant than water. Focused attention on Papua province as province with the first widest area in Indonesia. The extent of the province of Papua into its own challenges related to access on health services. This can be seen from the achievements of the health sector is remain at low level. This low achievement is described in Figure 4.2*

pada Gambar 4.2 dimana terdapat hubungan searah antara desa yang memiliki prasarana transportasi daratan dengan penduduk yang berobat jalan. Idealnya semakin banyak desa yang memiliki prasarana transportasi daratan, maka banyaknya penduduk yang telah berobat jalan semakin besar. Akan tetapi untuk wilayah yang sulit akses atau daerah terpencil yang kondisi jalannya rusak akan memperlihatkan kondisi sebaliknya.

where there is a direct correlation between villages with land transport infrastructure and the size population who are in the medical treatment. Ideally, the more villages that have land transport infrastructure, the greater the number of people who have undergone the medical treatment is high. However, for the access difficult areas or remote areas where damaged road conditions will show otherwise.

**Gambar 4.1. Persentase Desa<sup>1</sup>/Kelurahan Menurut Jenis Prasarana Transportasi, 2014**  
**Figure 4.1. Percentage of Village<sup>1</sup> / Kelurahan by Type of Infrastructure Transportation, 2014**

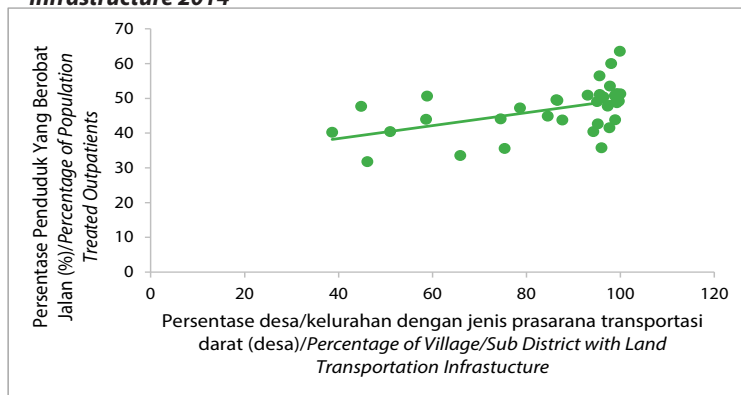


Catatan/Notes : <sup>1</sup>Desa pada tabel ini termasuk nagari, Unit Permukiman Transmigrasi (UPT), dan Satuan Permukiman Transmigrasi (SPT) yang masih dibina oleh kementerian terkait/ The villages in this table including nagari, Transmigration Settlement Unit (UPT), and Transmigration Settlement Unit (SPT) which is still being fostered by the relevant ministries.

Sumber/ Source : Statistik Potensi Desa Indonesia 2014/Indonesia Village Potential Statistics 2014

**Gambar 4.2. Hubungan Antara Penduduk yang Berobat Jalan Sebulan Terakhir dan Desa dengan Jenis Prasarana Transportasi Darat, 2014**

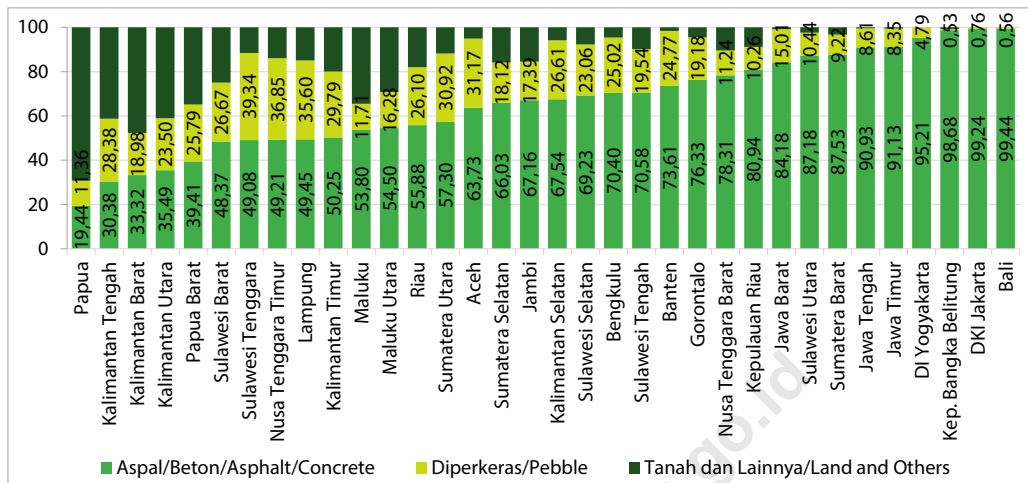
**Figure 4.2. Relationship between the Population Who Got Medical Treatment in The Last Month of the Reference Survey Linking to the Village and the Type of Its' Land Transport Infrastructure 2014**



Sumber/ Source : Statistik Potensi Desa Indonesia 2014

**Gambar 4.3. Persentase Desa<sup>1</sup>/Kelurahan yang Menggunakan Prasarana Transportasi Darat Menurut Jenis Permukaan Jalan Terluas, 2014**

**Figure 4.3. Percentage of Villages<sup>1</sup>/ Kelurahan by Using Land Transportation Infrastructure by Type of Surface of the Largest Road, 2014**

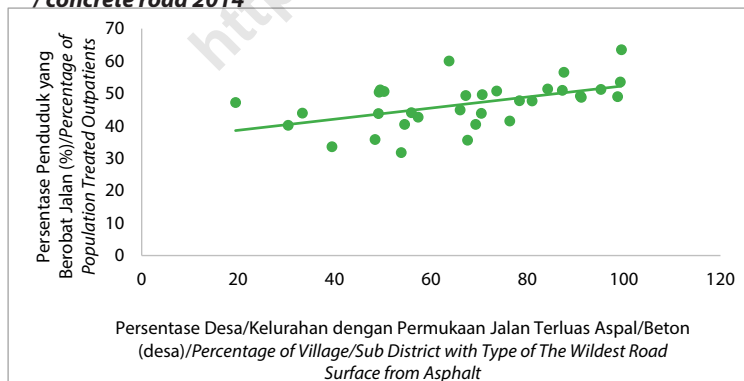


Catatan/Notes : <sup>1</sup>Desa pada tabel ini termasuk nagari, Unit Permukiman Transmigrasi (UPT), dan Satuan Permukiman Transmigrasi (SPT) yang masih dibina oleh kementerian terkait/ The villages in this table including nagari, Transmigration Settlement Unit (UPT), and Transmigration Settlement Unit (SPT) which is still being fostered by the relevant ministries.

Sumber/ Source : Statistik Potensi Desa Indonesia 2014/Indonesia Village Potential Statistics 2014

**Gambar 4.4. Hubungan Antara Penduduk Yang Berobat Jalan Sebulan Terakhir dan Desa Yang Memiliki Permukaan Jalan Terluas Aspal/Beton, 2014**

**Figure 4.4. Relationship between the Population Who Got Medical Treatment in The Last Month of the Reference Survey Linking to the Village of Which has the widest aspect of asphalt / concrete road 2014**



Sumber/ Source : Statistik Potensi Desa Indonesia 2014/Indonesia Village Potential Statistics 2014

Jika ditinjau melalui Gambar 4.1 dan Gambar 4.3, walaupun sebagian besar jenis lalu lintas utama di Provinsi Papua adalah daratan, jenis permukaan jalan terluas yang ada di sebagian besar desa adalah tanah, dan permukaan jalan lainnya yang terbuat dari kayu/papan, jalan setapak, jalan di hutan dan sejenisnya. Akses yang sangat sulit tersebut

Observing No 4.1 and 4.3 figures, found that although most of the main types of traffic in Papua Province are land, the widest type of road surface in most villages is land, and other made of by wooden / board surfaces, paths, roads in the forest and the like. The difficulty access certainly become a barrier in accessing health facilities. This is coupled with

tentu menjadi hambatan dalam mengakses sarana kesehatan. Hal ini ditambah lagi dengan ada sebanyak 60,51 persen desanya memiliki jalan yang tidak dapat dilalui oleh kendaraan roda empat sepanjang tahun (lihat Gambar 4.5).

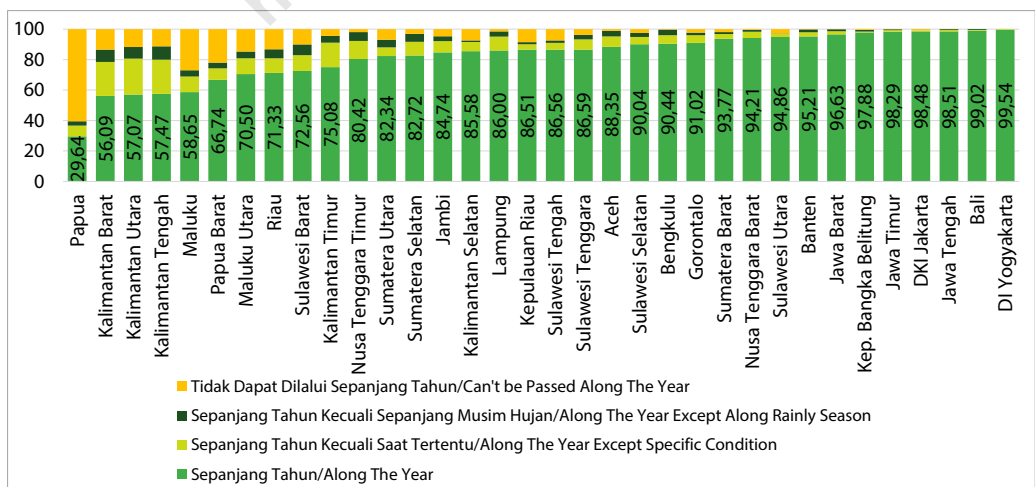
Hal yang sama terlihat di Provinsi Kalimantan Barat dimana ada 47,70 persen desanya memiliki permukaan jalan tanah yang cenderung sulit diakses sehingga turut berkontribusi pada rendahnya capaian kesehatan di provinsi tersebut. Hanya 56,09 persen desa di provinsi ini memiliki jalan utama yang dapat dilalui kendaraan roda empat sepanjang tahun. Kondisi tersebut memberi gambaran sulitnya masyarakat untuk pergi berobat atau periksa terutama ketika jalan bertanah basah dan licin. Gambar 4.4 menjelaskan hubungan permukaan tanah dengan penduduk yang berobat. Terdapat hubungan yang searah, sehingga apabila kondisi jalan yang bertanah secara langsung akan menurunkan keinginan penduduk untuk berobat jalan.

60.51 percent of the village having roads that cannot be passed by four-wheeled vehicles throughout the year (see figure 4.5).

The same condition been figured in the West Kalimantan province where 47.70 percent of the village owns road surfaces that tend to be difficult to be accessed, as consequent it gives contribution to the low health outcomes in the province. Only 56.09 percent of the villages in the province have a main road that can be passed through by four-wheeled vehicles throughout the year. These conditions portraye on how the difficulty of the community to go for medical treatment or check-up, especially when the soil road surface is in wet and slippery condition. Figure 4.4 describes the correlation between the soil road surface and the residents of whom looking for medical treatment. There is a direct correlation, so that if the condition of landed roads directly will discourage the population to seek a medical treatment.

**Gambar 4.5. Persentase Desa<sup>1</sup>/Kelurahan yang Menggunakan Prasarana Transportasi Darat Menurut Keberadaan Jalan yang Dapat Dilalui Kendaraan Roda Empat, 2014**

**Figure 4.5. Percentage of Villages<sup>1</sup> / Kelurahan Using Land Transport Infrastructure by the Existence of Road - Four Wheel Drive Vehicles, 2014**



Catatan/Notes : <sup>1</sup>Desa pada tabel ini termasuk nagari, Unit Permukiman Transmigrasi (UPT), dan Satuan Permukiman Transmigrasi (SPT) yang masih dibina oleh kementerian terkait/ The villages in this table including nagari, Transmigration Settlement Unit (UPT), and Transmigration Settlement Unit (SPT) which is still being fostered by the relevant ministries.

Sumber/ Source : Statistik Potensi Desa Indonesia 2014/Indonesia Village Potential Statistics 2014

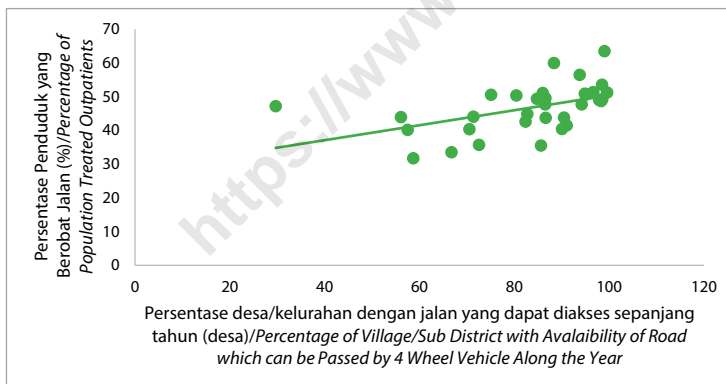


Hal menarik lainnya juga terlihat pada provinsi dengan wilayah terluas kedua yaitu Provinsi Kalimantan Tengah. Di provinsi ini desa dengan prasarana transportasi darat sudah sedikit ditambah lagi dengan kondisi jalannya yang memprihatinkan. Masih ada 41,24 persen desa yang memiliki permukaan jalan berupa tanah dan hanya 57,47 persen desa yang jalannya dapat dilalui kendaraan roda empat sepanjang tahun. Kondisi ini mengindikasikan sangat sulitnya akses pelayanan kesehatan serta besarnya biaya transportasi untuk memperoleh fasilitas kesehatan. Padahal semakin banyak desa yang memiliki jalan yang bisa diakses sepanjang tahun, penduduk yang melakukan pengobatan ke pelayanan kesehatan akan semakin meningkat (lihat gambar 4.6).

*An interesting thing can be seen in the special province with the second largest area of Central Kalimantan Province. In this province villages with land transportation infrastructure have been worse by the condition of the road that concern. Reported that there are still 41.24 percent of villages that have road surface in the form of land and only 57.47 percent of villages where the road can be passed through by four-wheeled vehicles throughout the year. This condition indicates on how the very difficult access to health services and the big amount of transportation costs in order to reach health facilities. Whereas, the more and more villages have accessible roads throughout the year, there will be expectation that residents who take medical treatment to health services will increase accordingly. (see figure 4.6).*

**Gambar 4.6. Hubungan Antara Penduduk Yang Berobat Jalan Sebulan Terakhir dan Desa Dengan Jalan Yang Dapat Diakses Sepanjang Tahun, 2014**

**Figure 4.6. Relationship Between the Population Who Had Medical Treatment in the Last Month's of Reference Survey by Village With Its Road Accessible Throughout the Year, 2014**



Sumber/ Source : Statistik Potensi Desa Indonesia 2014/Indonesia Village Potential Statistics 2014

Rendahnya capaian akses pelayanan kesehatan di beberapa daerah dan tingginya capaian akses di daerah lainnya secara tidak langsung mengindikasikan masih besarnya ketimpangan kondisi kesehatan dan infrastruktur di Indonesia. Pemerintah telah berupaya memberikan porsi anggaran sebesar 5% dari APBN untuk mengatasi masalah kesehatan. Disamping itu, pemerintahan Jokowi-JK juga memberikan porsi perhatian sangat tinggi untuk aspek pemerataan dalam program Nawacita. Pemerataan pembangunan antar wilayah

*The low achievement of access to health services in some areas and the high achievement of access in other regions indirectly indicate the remain of wide gap between the health and infrastructure conditions in Indonesia. The government has attempted to allocate approximately 5 percent portion out of the state budget to address health problems. In addition to that, the Jokowi-JK Government also provides a very high portion of attention to the aspect of equity in the Nawacita program. Equity of development*



hendaknya diwujudkan dengan membangun Indonesia dari pinggiran dengan memperkuat daerah-daerah dan desa dalam kerangka negara kesatuan.

#### 4.2. SARANA TRANSPORTASI SEBAGAI PENUNJANG AKSES KESEHATAN

Dalam banyak hal, pelayanan kesehatan memerlukan sarana transportasi. Hal ini diperlukan untuk memudahkan seorang petugas kesehatan dengan cepat memberikan pelayanan kesehatan kepada mereka yang membutuhkan. Sebaliknya, masyarakat yang hendak memanfaatkan layanan kesehatan dapat dengan mudah mengakses tempat-tempat pelayanan kesehatan. Hal ini sangat penting bagi masyarakat terutama di daerah pedesaan dan terpencil yang tinggal jauh dari pusat-pusat pelayanan kesehatan.

Minimnya sarana transportasi baik umum maupun yang dimiliki petugas kesehatan telah terbukti menjadi kendala dalam mengakses layanan kesehatan secara cepat, baik dari masyarakat maupun dari petugas kesehatan itu sendiri dalam merespon panggilan pasien. Peran pemerintah maupun organisasi non pemerintah sangat diperlukan dalam penyediaan sarana transportasi. Keberadaan angkutan transportasi terutama di desa merupakan hal penting untuk mendorong capaian akses pelayanan kesehatan dan secara tidak langsung dapat mengurangi angka kematian di wilayah terkait.

Sarana transportasi dan infrastruktur jalan saling berkaitan satu sama lain. Hal ini terlihat pada gambar 4.7, masih buruknya kondisi jalan di provinsi Papua, Kalimantan Barat dan Kalimantan Tengah menyebabkan keberadaan sarana transportasi minim di provinsi-provinsi tersebut. Lebih dari 50 persen desa di provinsi-provinsi tersebut tidak memiliki trayek angkutan umum. Hal ini membuat semakin sulitnya masyarakat dalam mengakses layanan dan fasilitas kesehatan. Selain itu, kondisi ini juga dikhawatirkan dapat berdampak pada tidak adanya tenaga

*between regions should be realized by building Indonesia from the periphery by strengthening the regions and villages within the framework of the unitary state.*

#### 4.2. TRANSPORTATION FACILITIES TO SUPPORT HEALTH ACCESS

*In many ways, health services require transportation. This is necessary to enable a health worker to delivery health services in shortly to those in need. On the contrary, people who want to use health services can easily access health services. This is especially important for people, particularly whom their residential in rural - remote areas, and live far from health care centers.*

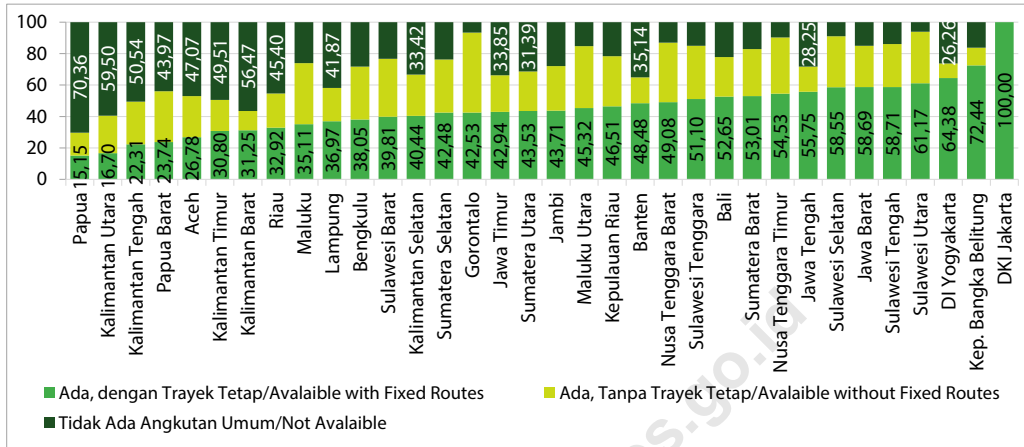
*The lack of public transportation and health personnel has proven to be a hindrance in accessing health services in short time, for both by in vise versa from community to health workers in order to response the patient calls. The both role of Government and NGOs are needed in the provision of transportation. The presence of transportation especially in the villages is important to encourage the achievement of access to health services and indirectly can reduce the mortality rate in the areas accordingly.*

*Transportation facilities and road infrastructure have a significant correlation and effect in vice-versa to each other. This is shown in Figure 4.7, the poor road conditions in the provinces of Papua, West Kalimantan and Central Kalimantan have resulted in the existence of minimal transportation facilities in the provinces. Reported that more than 50 percent of villages in these provinces do not have public transportation routes. This makes the difficulty of the community in accessing services and health facilities. In addition to that, this condition is also feared that could*

kesehatan yang mau ditempatkan di daerah tersebut.

*have an impact on the absence of health workers who do not want to be placed in the area.*

**Gambar 4.7. Persentase Desa<sup>1</sup>/Kelurahan Menurut Ketersediaan Angkutan Umum, 2014**  
**Figure 4.7. Percentage of Village<sup>1</sup> / Kelurahan by Availability of Public Transport, 2014**



Catatan/Notes : <sup>1</sup>Desa pada tabel ini termasuk nagari, Unit Permukiman Transmigrasi (UPT), dan Satuan Permukiman Transmigrasi (SPT) yang masih dibina oleh kementerian terkait/ *The villages in this table including nagari, Transmigration Settlement Unit (UPT), and Transmigration Settlement Unit (SPT) which is still being fostered by the relevant ministries.*

Sumber/ Source : Statistik Potensi Desa Indonesia 2014/Indonesia Village Potential Statistics 2014

#### 4.3. KONDISI GEOGRAFIS MENJADI FAKTOR PENENTU AKSES KESEHATAN

Selain jalan dan transportasi, kondisi geografis seperti keadaan alam dan keterjangkauan fasilitas kesehatan juga berkontribusi dalam pemerataan pembangunan kesehatan, terutama pada wilayah terpencil, karena faktor letak geografis praktis membuat mobilitas menjadi sulit, sehingga pembangunan di daerah tersebut cenderung tertinggal. Wilayah tersebut cenderung mengalami kekurangan fasilitas kesehatan, ketersediaan transportasi, informasi, dan komunikasi, serta ketertinggalan teknologi. Disamping itu, kunjungan ke fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat di daerah terpencil dapat terbelang masih kurang jika dibandingkan oleh masyarakat di daerah perkotaan. Hal ini bisa disebabkan oleh faktor jarak yang jauh,

#### 4.3. GEOGRAPHICAL CONDITIONS BECOME THE DETERMINANTS OF ACCESS TO HEALTH

*In addition to roads and transportation, geographical conditions such as natural environments and affordable health facilities also contribute to the fair distribution of health development, especially in remote areas, since geographic location factors make mobility difficult, so that development in the remote area tends to left behind. These areas tend to experience an absence of health facilities, the unavailability of transportation, information, and communications, as well as technological lags. In addition, visits to health care facilities by communities in remote areas can be comparatively less than in urban areas. This happens due to the remoteness factors, time-consuming travel, expensive transportation costs and the unavailability of specialist doctors and general practitioners. This problem is*

waktu tempuh yang lama, biaya transportasi yang mahal dan keberadaan dokter spesialis maupun dokter umum yang tidak ada. Permasalahan ini tentu menjadi salah satu hambatan dalam akses pelayanan kesehatan.

Sulitnya kondisi geografis membuat peran pembangunan wilayah dari masyarakat desa menjadi kurang padahal saat ini pemerintah sangat memerhatikan pembangunan desa. Undang-undang tentang desa pun telah tertuang pada UU Nomor 6 Tahun 2014. Tidak lama dari sana muncul pula PP Nomor 60 Tahun 2014 tentang Dana Desa. Dana desa ini dapat digunakan untuk percepatan pembangunan terutama di daerah pelosok seperti tujuan yang tercetus dalam nawacita. Oleh karenanya, agar dana tersebut tepat sasaran maka pemerintah menggunakan tingkat kesulitan geografis sebagai pertimbangan.

Tabel 4.1 menggambarkan Indeks Kesulitan Geografis (IKG) yang merupakan indeks komposit tertimbang dengan skala 0–100 dan dihitung untuk setiap desa berdasarkan komponen ketersediaan pelayanan dasar, kondisi infrastruktur, dan aksesibilitas. Semakin besar indeks menunjukkan tingkat kesulitan geografis yang semakin tinggi. IKG terendah sebesar 6,83 di desa Sudagaran provinsi Jawa Tengah sedangkan IKG tertinggi sebesar 97,89 di desa Dorera provinsi Papua (BRS, 2014). Nilai tengah tertinggi berada di Provinsi Papua sebesar 76,33. Hal ini menggambarkan bahwa masih besarnya ketimpangan pelayanan dasar, kondisi infrastruktur, dan aksesibilitas antara wilayah Barat-Timur Indonesia. Rentang 6,83–97,89 menjadi bukti akan hal tersebut. Melihat sulitnya kondisi geografis di tanah Papua, pemerintah dapat lebih memprioritaskan pembangunan desa disana.

*certainly one of the obstacles in access to health services.*

*Challenging geographical conditions make the role of regional development from the village community becomes less whereas today the government is very concerned about the development of the village. The law on the village has also been contained in Law No. 6 of 2014. Furthermore there was also government regulation (PP) No. 60 of 2014 on Village Funds. The village funds can be used for the acceleration of development, especially in remote areas, as stated in the nawacita. Therefore, so that the funds are right on target, the government uses the level of geographical difficulty as its consideration.*

*Table 4.1 illustrates the Geographic Difficulties Index (IKG) which is a weighted composite index with a scale of 0-100 and is calculated for each village based on the basic service availability component, infrastructure conditions, and accessibility. The larger the index indicates the higher the geographic difficulty level. The lowest IKG was 6.83 in the Sudagaran village of Central Java province while the highest IKG was 97.89 in Dorera village of Papua province (BRS, 2014). The highest Median is 76.33 in the Papua Province. This illustrates that there's still a large inequality of basic services, infrastructure conditions, and accessibility between the regions of East-West Indonesia. The range of 6.83-97,89 is a indication to that. Considering the difficult geographical conditions in the land of Papua, the government can further prioritize rural development in Papua.*

**Table 4.1. Indeks Kesulitan Geografis (IKG) Desa Menurut Provinsi, 2014**  
**Table 4.1. Village Geographical Difficultiy Index (IKG) by Province, 2014**

Provinsi/Province	IKG Desa/Village IKG		
	Terendah/Lowest	Nilai Tengah/Median	Tertinggi/Highest
Aceh	9.1	44.65	79.9
Sumatera Utara	10.17	42.31	86.58
Sumatera Barat	12.51	33.19	87.49
Riau	14.38	40.24	77.64
Jambi	14.83	39.96	77.84
Sumatera Selatan	12.05	42.38	78.24
Bengkulu	16.66	42.65	80.55
Lampung	11.71	40.51	77.95
Kepulauan .Bangka Belitung	15.95	34.17	70.04
Kepulauan Riau	18.28	45.6	77.64
DKI Jakarta	-	-	-
Jawa Barat	9.42	32.58	82.37
Jawa Tengah	6.83	34.27	64.1
DI Yogyakarta	9.96	27.73	48.17
Jawa Timur	9.03	35.23	67.36
Banten	13.99	39.79	70.72
Bali	8.79	30.2	58.6
Nusa Tenggara Barat	16.41	35.69	67.96
Nusa Tenggara Timur	20.21	49.87	80.77
Kalimantan Barat	10.47	51.1	84.83
Kalimantan Tengah	16.42	46.94	90.52
Kalimantan Selatan	16.75	40.98	85.77
Kalimantan Timur	14.78	42.61	90.2
Kalimantan Utara	19.82	59.47	87.98
Sulawesi Utara	9.54	40.21	75.81
Sulawesi Tengah	16.93	42.7	84.79
Sulawesi Selatan	14.44	36.95	80.11
Sulawesi Tenggara	19.09	48.52	79.59
Gorontalo	12.57	39.05	67.98
Sulawesi Barat	17.74	46.18	84.58
Maluku	15.11	51.91	88.24
Maluku Utara	14.33	51.69	85.2
Papua Barat	18.42	65.43	96.02
Papua	17.05	76.33	97.89

Sumber/ Source : Berita Resmi Statistik TIPOLOGI WILAYAH HASIL PENDATAAN POTENSI DESA (PODES) 2014/  
Official Gazette of Statistics REGIONAL TYPOLOGY RESULT OF VILLAGE POTENCY DATA COLLECTION  
(PODES) 2014

**Table 4.2. Banyaknya Desa<sup>1</sup>/Kelurahan Menurut Lokasi Desa Terhadap Hutan Dan Keberadaan Hutan Mangrove, 2014**

**Table 4.2. Number of Villages<sup>1</sup> / Kelurahan by Village Location Against Forests And Mangrove Forest Presence, 2014**

Provinsi/Province	Lokasi Desa/Village Location			Jumlah/Total	Keberadaan Hutan Mangrove/ Mangrove Forest Presence
	Di Dalam Hutan/In forest areas	Di Sekitar Hutan/ Forest Surrounded Areas	Di Luar Hutan/ Out of Forest Areas		
Aceh	39	1 010	5 463	6 512	230
Sumatera Utara	99	1 170	4 835	6 104	162
Sumatera Barat	26	333	786	1 145	72
Riau	15	277	1 543	1 835	235
Jambi	8	178	1 365	1 551	22
Sumatera Selatan	24	283	2 930	3 237	23
Bengkulu	11	183	1 338	1 532	37
Lampung	-	269	2 363	2 632	79
Kep. Bangka Belitung	5	230	146	381	145
Kepulauan Riau	1	207	207	415	302
DKI Jakarta	-	-	267	267	9
Jawa Barat	9	826	5 127	5 962	113
Jawa Tengah	82	1 702	6 794	8 578	195
DI Yogyakarta	-	47	391	438	2
Jawa Timur	52	1 615	6 835	8 502	310
Banten	9	145	1 397	1 551	42
Bali	4	115	597	716	25
Nusa Tenggara Barat	18	332	791	1 141	130
Nusa Tenggara Timur	31	888	2 351	3 270	420
Kalimantan Barat	123	675	1 311	2 109	128
Kalimantan Tengah	115	734	720	1 569	41
Kalimantan Selatan	32	212	1 764	2 008	120
Kalimantan Timur	48	298	680	1 026	142
Kalimantan Utara	70	297	112	479	43
Sulawesi Utara	13	464	1 359	1 836	422
Sulawesi Tengah	68	719	1 199	1 986	596
Sulawesi Selatan	23	577	2 430	3 030	292
Sulawesi Tenggara	12	771	1 489	2 272	554
Gorontalo	6	214	516	736	116
Sulawesi Barat	6	201	441	648	87
Maluku	30	326	732	1 088	393
Maluku Utara	25	575	596	1 196	470
Papua Barat	200	1 035	332	1 567	323
Papua	833	2 339	1 699	4 871	281
<b>INDONESIA</b>	<b>2 037</b>	<b>19 247</b>	<b>60 906</b>	<b>82 190</b>	<b>6 561</b>

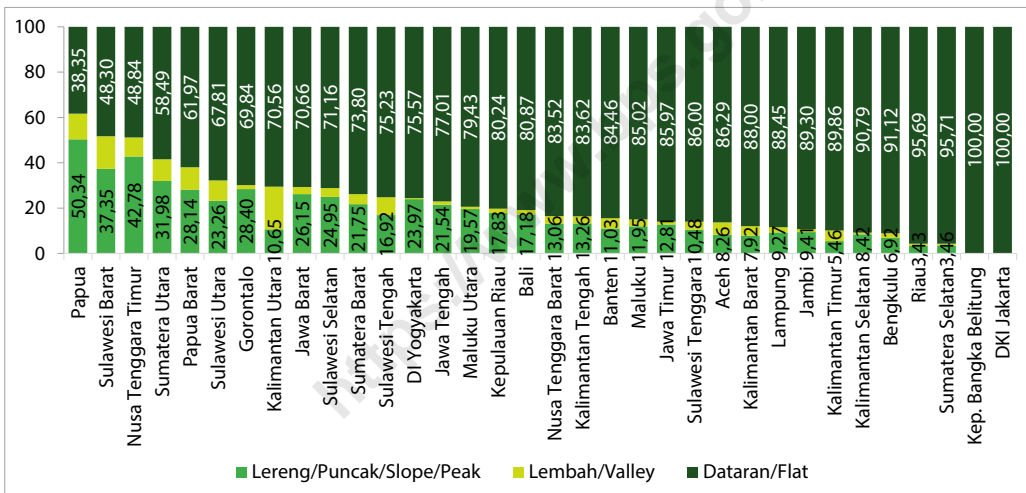
Catatan/Notes : <sup>1</sup>Desa pada tabel ini termasuk nagari, Unit Permukiman Transmigrasi (UPT), dan Satuan Permukiman Transmigrasi (SPT) yang masih dibina oleh kementerian terkait/ *The villages in this table including nagari, Transmigration Settlement Unit (UPT), and Transmigration Settlement Unit (SPT) which is still being fostered by the relevant ministries.*

Sumber/ Source : Statistik Potensi Desa Indonesia 2014/Indonesia Village Potential Statistics 2014

Jika dilihat lebih mendalam, tingginya angka IKG Provinsi Papua disebabkan karena setengah desa di Provinsi tersebut berada di lereng/puncak (Gambar 4.8) dan sebanyak 833 desa masih berada di dalam Hutan (Tabel 4.2). Keberadaan desa di Provinsi Papua yang sebagian besar di lereng/puncak dan di dalam hutan menyebabkan ketimpangan pembangunan di provinsi tersebut cenderung tinggi. Begitupun dengan Provinsi Nusa Tenggara Timur dan Provinsi Sulawesi Barat, banyaknya desa yang berada pada lereng/puncak sejalan dengan nilai IKG-nya yang tinggi.

*If observed more deeply, the high number of Papua Province IKG is due to half of the villages in Papua located on the mountain slopes / peaks (Figure 4.8) and as many as 833 villages are still in the Forest (Table 4.2). The existence of villages in Povinsi Papua, which are mostly on the mountain slopes / peaks and in the forest causes the development inequality in the province tends to be high. Similarly with the province of East Nusa Tenggara and West Sulawesi Province, the number of villages on mountain slopes / peaks in line with the high IKG value.*

**Gambar 4.8. Persentase Desa<sup>1</sup>/Kelurahan Menurut Menurut Topografi Wilayah, 2014**  
**Figure 4.8. Percentage of Village<sup>1</sup> / Sub Village by Topographic Area, 2014**



Catatan/Notes : <sup>1</sup>Desa pada tabel ini termasuk nagari, Unit Permukiman Transmigrasi (UPT), dan Satuan Permukiman Transmigrasi (SPT) yang masih dibina oleh kementerian terkait/ The villages in this table including nagari, Transmigration Settlement Unit (UPT), and Transmigration Settlement Unit (SPT) which is still being fostered by the relevant ministries.

Sumber/ Source : Statistik Potensi Desa Indonesia 2014/Indonesia Village Potential Statistics 2014

Disamping berdasarkan kondisi daratan, kondisi desa yang berbatasan dengan laut juga menarik untuk dilihat dan dikaitkan dengan IKG. Berdasarkan gambar 4.9, Provinsi Kepulauan Riau memiliki jumlah desa yang berbatasan dengan laut cukup besar (86,69 persen), dan wilayahnya berupa pulau-pulau. Besarnya wilayah perairan ini tentu menjadi tantangan tersendiri terkait aksesibilitas menuju layanan kesehatan. Ditambah lagi banyaknya desa yang memiliki Hutan Mangrove. Namun, jika dilihat nilai

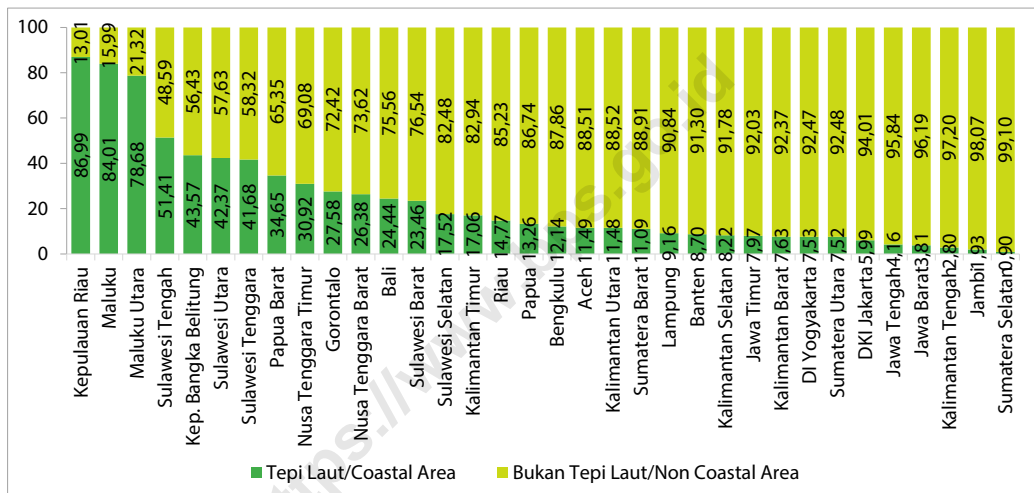
*In addition to land-based conditions, the condition of villages adjacent to the sea is also interesting to see and be associated with IKG. Based on Figure 4.9, Riau Islands Province has a number of villages that border with large sea (86.69 percent), and its territory is islands. The magnitude of the territorial waters is certainly a challenge in itself related to accessibility to health services. Plus the number of villages that have Mangrove Forest. However, if it is seen the middle of the IKG is 45.60 is still close*



tengah IKG-nya yang sebesar 45,60 masih mendekati angka IKG nasional yang sebesar 40,91 (BRS,2014) dan di bawah angka 50. Sebaliknya Provinsi Maluku dengan wilayah perairan luas dan banyaknya desa yang memiliki hutan mangrove, masih terkendala dalam ketersediaan pelayanan dasar, kondisi infrastruktur, dan aksesibilitas. Hal ini tergambar dari nilai tengah IKG yang sebesar 51,91 dan IKG tertinggi desanya sebesar 88,24.

to the national IKG number of 40.91 (BRS, 2014) and below the number 50. In contrast Maluku Province with wide water area and the number of villages that have mangrove forests, is still constrained in the availability of basic services, infrastructure conditions, and accessibility. This is reflected from the middle of the IKG value of 51.91 and the highest IKG village of 88.24.

**Gambar 4.9. Persentase Desa<sup>1</sup>/Kelurahan Menurut Lokasi Desa Terhadap Laut, 2014**  
**Figure 4.9. Number of Villages<sup>1</sup> / Kelurahan by Village Location Against the Sea, 2014**



Catatan/Notes : <sup>1</sup>Desa pada tabel ini termasuk nagari, Unit Permukiman Transmigrasi (UPT), dan Satuan Permukiman Transmigrasi (SPT) yang masih dibina oleh kementerian terkait/ The villages in this table including nagari, Transmigration Settlement Unit (UPT), and Transmigration Settlement Unit (SPT) which is still being fostered by the relevant ministries.

Sumber/ Source : Statistik Potensi Desa Indonesia 2014/Indonesia Village Potential Statistics 2014

Jika dilihat dari sisi hubungan antara IKG dan penduduk yang berobat seperti gambar 4.10, terlihat adanya hubungan yang negatif dan tidak terlalu signifikan berpengaruh. Ada indikasi bahwa nilai IKG suatu desa mempengaruhi keinginan penduduk untuk berobat, semakin besar nilai IKG dalam arti semakin sulit akses suatu desa, maka semakin kecil penduduk yang melakukan pengobatan menuju layanan kesehatan.

If observed from the side of the relationship between the IKG and residents who seek treatment as seen in figure 4.10, we will see a negative relationship but not too significant. There is an indication that the IKG value of a village affects the population's willingness to seek treatment, the greater the value of IKG in terms of the more difficult the access of a village, the smaller population to access the health service.

Kesulitan geografis merupakan faktor eksternal diluar kendali manusia, usaha pembangunan yang berkelanjutan dapat menjadi salah satu solusi agar terciptanya

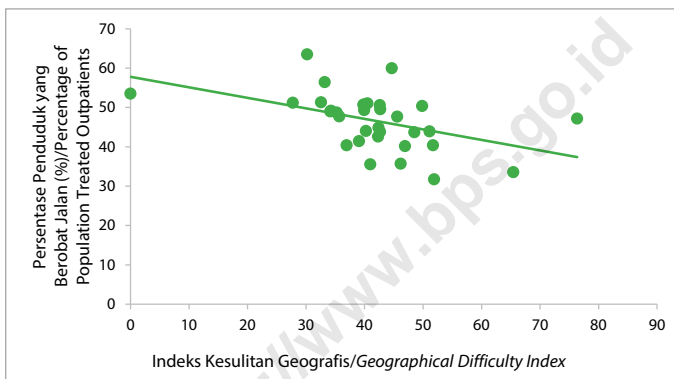
Geographical difficulties are external factors beyond human control, sustainable development efforts can be one of the solutions to create equitable regional development, as

pemerataan pembangunan wilayah, serta meningkatkan taraf hidup dan kesejahteraan masyarakat. Idealnya kesulitan geografis baik dari segi topologi daratan maupun perairan bukan hambatan untuk masalah pemerataan kesehatan. Bagaimanapun juga masalah ketimpangan akses pelayanan kesehatan diharapkan dapat tuntas seperti yang tercetus dalam target tujuan 3 Tujuan Pembangunan Berkelanjutan,.

*well as improve the lives and welfare of society. Ideally geographical difficulties in terms of both land and water topologies are not an obstacle to health equity issues. However, the problem of inequality in access to health services is expected to be resolved as set out in the 3 Goals of Sustainable Development goals,*

**Gambar 4.10. Hubungan Antara Penduduk Yang Berobat Jalan Sebulan Terakhir dan Indeks Kesulitan Geografis, 2014**

**Figure 4.10. Relationship Between the Population of outpatient last month and Geographic Difficulties Index, 2014**



Sumber/ Source : Statistik Potensi Desa Indonesia 2014/Indonesia Village Pote

**4.4. BIAYA KESEHATAN SEBAGAI MODAL LAYANAN KESEHATAN**

Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 menyebutkan bahwa pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan. Saat ini beban biaya kesehatan menjadi semakin besar. Hal ini seiring dengan meningkatnya jumlah penduduk dan munculnya masalah beban penyakit ganda.

Pola penyakit yang diderita oleh masyarakat sebagian besar adalah penyakit infeksi menular seperti tuberkulosis paru, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), malaria, diare, dan penyakit kulit. Namun demikian, pada waktu yang bersamaan terjadi peningkatan penyakit tidak menular

**4.4. HEALTH COSTS AS HEALTH CARE CAPITAL**

*Health Law Number 36 of 2009 states that health financing aims to provide sustainable financing with adequate amounts, allocated equitably, and utilized. Currently the burden of healthcare costs are getting bigger. This is in line with the increasing population and the emergence of multiple disease burden problems.*

*The patterns of illness suffered by the community are mostly infectious diseases such as pulmonary tuberculosis, acute respiratory infections (ARI), malaria, diarrhea, and skin diseases. However, at the same time there is an increase in non-infectious diseases such as heart disease and blood vessels, and diabetes*

seperti penyakit jantung dan pembuluh darah, serta diabetes mellitus dan kanker. Selain itu Indonesia juga menghadapi *emerging diseases* seperti demam berdarah (DBD), HIV/AIDS, chikungunya, dan *Severe Acute Respiratory Syndrom* (SARS). Dengan demikian telah terjadi transisi epidemiologi sehingga Indonesia menghadapi beban ganda pada waktu yang bersamaan (*double burdens*).

Terjadinya beban ganda yang disertai dengan meningkatnya jumlah penduduk, serta perubahan struktur umur penduduk yang ditandai dengan meningkatnya penduduk usia produktif dan usia lanjut akan berpengaruh terhadap jumlah dan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat di masa datang. Secara nyata hal ini akan meningkatkan pembiayaan untuk mengakses layanan kesehatan.

Walaupun biaya berobat dan pemeriksaan telah dicakup dalam jaminan atau asuransi kesehatan. Akan tetapi, biaya transportasi ke layanan kesehatan pasti akan dikeluarkan secara pribadi. Besaran biaya transportasi sangat menentukan motivasi penduduk untuk berobat atau periksa ke layanan kesehatan. Berdasarkan Tabel 4.3 dan Tabel 4.4, pada tahun 2016, rata-rata biaya transportasi (PP) untuk berobat jalan sebesar Rp. 15.020,62 dan rata-rata biaya transportasi (satu kali jalan) untuk rawat inap adalah Rp. 66.402,42. Biaya transportasi di perdesaan lebih tinggi dibandingkan perkotaan. Akan tetapi biaya kesehatan untuk rawat jalan lebih besar di perkotaan dari pada perdesaan.

Sebagian besar penduduk tidak menggunakan jaminan kesehatan untuk biaya pengobatannya. Hal ini terlihat pada besarnya persentase penduduk yang tidak menggunakan jaminan/asuransi kesehatan pada data tabel 4.3 dan 4.4. Untuk berobat jalan tercatat ada 66,45 persen yang pengobatannya ditanggung sendiri. Sementara untuk rawat inap tercatat ada sebesar 34,36 persen. Jaminan kesehatan yang sering digunakan untuk berobat jalan

*mellitus and cancer. In addition, Indonesia also faces emerging diseases such as dengue fever (DBD), HIV / AIDS, chikungunya, and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). Thus there has been an epidemiological transition so that Indonesia faces double burden in this matter.*

*The occurrence of multiple burdens accompanied by increasing population, as well as changes in population age structure characterized by increasing productive age and elderly population, will affect the number and types of health services needed by the community in the future. This will obviously increase the financing to access health services.*

*Although medical expenses and checks are covered under health insurance. However, the cost of transportation to health services will surely be paid individually. The amount of transportation cost determine the motivation of the population to seek treatment or check at health service. Based on Table 4.3 and Table 4.4, in 2016, the average transportation cost (round trip) for outpatient treatment is Rp. 15,020.62 and the average transportation cost (one way) for hospitalization is Rp. 66,402.42. Transportation costs in rural areas are higher than urban. However, health costs for outpatients are greater in urban areas than in rural areas.*

*Most population do not use health insurance for medical expenses. This is seen in the percentage of population who do not use health insurance / insurance in the data table 4.3 and 4.4. There were 66.45 percent of the total treatment for outpatients whose treatment was self-administered. Meanwhile, for hospitalization there were 34.36 percent. The health insurance that is often used for outpatient treatment and hospitalization is the National Health Insurance (the BPJS*

dan rawat inap adalah BPJS kesehatan. Penggunaan BPJS untuk rawat jalan terbanyak adalah pada kelompok penerima bantuan iuran sebesar 11,53 persen, sedangkan untuk rawat inap sebesar 17,51 persen.

*Kesehatan). The use of the BPJS for the most outpatient was by the beneficiary recipients by 11.53 percent, while for inpatient treatment by 17.51 percent.*

**Table 4.3. Sumber Biaya dan Rata-rata Biaya Transportasi yang Dikeluarkan Penduduk untuk Berobat Jalan dan Rawat Inap yang Terakhir Menurut Jenis Biaya dan Tipe Daerah, 2016**

**Table 4.3. Source of Costs Budget and Average Transportation Costs Incurred for Outpatient Treatment and Inpatient Treatment by Type of Cost and Urban-Rural Comparison, 2016**

Indikator Biaya Kesehatan/Cost of Health Indicator	Berobat Jalan/ Outpatient Treatment	Rawat Inap/ Inpatient Treatment
<b>Biaya Transportasi (PP) (dalam Rupiah) /Transportation Cost (Round Trip)</b>		
Perkotaan/Urban	13 536,90	41 754,72
Perdesaan/Rural	16 662,80	100 527,11
Perkotaan + Perdesaan/ Urban+Rural	15 020,62	66 402,42
<b>Sumber Biaya (%) / Source of Cost Budget</b>		
Asuransi Swasta/Private Insurance	0,62	2,14
Perusahaan/Kantor /Own office	0,93	2,99
Pinjaman/Loans	1,25	5,39
Jamkesda/Regional Health Insurance	2,99	6,54
Bantuan Perorangan/Kelompok / Individual/Group Assistance	4,85	10,23
BPJS Kesehatan : Pekerja Bukan Penerima Upah atau Bukan Pekerja / National Health Insurance for Employers or Non-Workers	4,87	10,42
BPJS Kesehatan : Pekerja Penerima Upah / National Health Insurance for Workers	7,00	14,88
BPJS Kesehatan : Penerima Bantuan Iuran / National Health Insurance for Aid Recipients	11,53	17,51
Tidak Ada / No budget	66,45	34,36

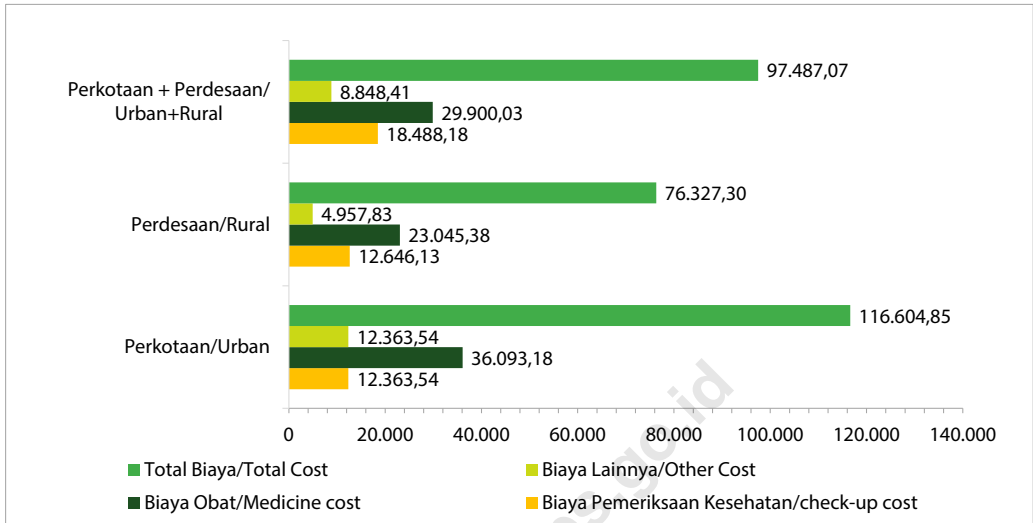
Sumber/ Source : Statistik Kesehatan 2016/ 2016 Health Statistics

Jika ditinjau dari jenis biaya seperti pada gambar 4.11 dan gambar 4.12, biaya pembelian obat memiliki porsi yang besar dari total biaya yang harus dikeluarkan untuk berobat jalan. Sementara untuk rawat inap porsi terbesar biaya kesehatan dihabiskan untuk biaya lainnya, seperti uji laboratorium, alat kesehatan, dan sebagainya. Biaya untuk daerah perkotaan terlihat lebih besar jika dibandingkan perdesaan.

*When looking at the types of cost shown in Figure 4.11 and Figure 4.12, the cost of purchasing the medicine has a large portion of the total cost to be paid for the outpatient treatment. While for inpatient treatment, the largest portion of health costs are spent on other costs, such as laboratory tests, medical devices, and so on. The cost for urban areas is greater than in rural areas.*

**Gambar 4.11. Rata-Rata Biaya Yang Dikeluarkan Penduduk Untuk Berobat Jalan yang Terakhir Menurut Tipe Daerah Dan Jenis Biaya, 2016**

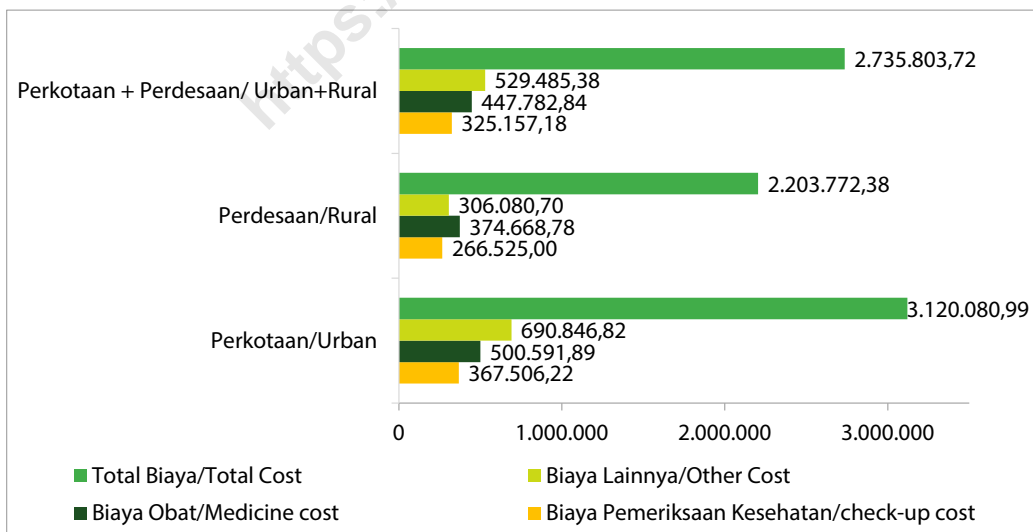
**Figure 4.11. Average Costs Incurred by the Population for Previous Outpatient Treatment By Urban-Rural Comparison and Type Of Cost, 2016**



Sumber/ Source : Statistik Kesehatan 2016/ 2016 Health Statistics

**Gambar 4.12. Rata-Rata Biaya Yang Dikeluarkan Penduduk Untuk Rawat Inap yang Terakhir Menurut Tipe Daerah Dan Jenis Biaya, 2016**

**Figure 4.12. Average Cost Incurred by the Population Previous Inpatient Treatment By Urban-Rural Comparison and Type Of Cost, 2016**



Sumber/ Source : Statistik Kesehatan 2016/ 2016 Health Statistics

**Table 4.4.** Rata-rata Biaya Transportasi Pulang Pergi dari Rumah ke Fasilitas Berobat Jalan yang Terakhir Menurut Provinsi dan Tipe Daerah, 2016  
**Table 4.4.** Average Cost of Transportation from Home to Last Outpatient Treatment Facility by Province and Urban-Rural Comparison, 2016

Provinsi/Province	Perkotaan/Urban	Perdesaan/Rural	Perkotaan + Perdesaan/ Urban + Rural
Aceh	18.493,47	12.625,93	14.109,25
Sumatera Utara	19.148,38	12.996,80	16.049,67
Sumatera Barat	11.621,70	12.583,36	12.197,03
R i a u	12.128,89	27.176,77	20.720,81
J a m b i	9.034,31	14.742,69	12.853,12
Sumatera Selatan	13.191,81	16.314,15	15.024,50
Bengkulu	7.537,57	10.798,08	9.811,88
Lampung	14.227,72	14.672,17	14.579,38
Kep. Bangka Belitung	7.840,89	36.953,08	22.182,24
Kep. Riau	22.559,68	28.398,76	23.883,88
DKI Jakarta	16.983,54	-	16.983,54
Jawa Barat	16.266,18	21.194,23	17.721,73
Jawa Tengah	8.168,38	16.227,10	12.110,43
DI Yogyakarta	4.713,36	18.511,84	8.705,07
Jawa Timur	10.990,13	13.261,77	12.098,46
Banten	14.377,57	15.195,47	14.624,95
B a l i	7.557,80	6.621,89	7.142,05
Nusa Tenggara Barat	12.286,76	14.916,58	13.833,29
Nusa Tenggara Timur	12.051,55	13.937,58	13.606,12
Kalimantan Barat	11.106,67	16.925,50	15.359,79
Kalimantan Tengah	21.496,40	31.596,60	28.671,87
Kalimantan Selatan	16.599,49	17.795,25	17.245,53
Kalimantan Timur	11.166,42	20.183,23	14.167,19
Kalimantan Utara	11.406,80	49.326,75	29.337,87
Sulawesi Utara	12.962,15	22.226,27	18.638,51
Sulawesi Tengah	15.587,84	12.270,34	13.015,23
Sulawesi Selatan	15.760,90	17.966,49	17.207,60
Sulawesi Tenggara	43.055,20	17.198,74	24.770,01
Gorontalo	13.426,16	12.041,72	12.539,36
Sulawesi Barat	8.537,56	15.018,53	13.699,29
Maluku	15.093,14	30.430,86	24.239,60
Maluku Utara	11.965,08	28.790,10	24.627,72
Papua Barat	21.449,16	27.715,46	25.226,58
Papua	56.192,31	55.953,95	56.042,51
<b>Indonesia</b>	<b>13.536,90</b>	<b>16.662,80</b>	<b>15.020,62</b>

Sumber/ Source : Statistik Kesehatan 2016/ 2016 Health Statistics



**Table 4.5. Rata-rata Biaya Transportasi dari Rumah ke Tempat Rawat Inap yang Terakhir untuk Satu Kali Jalan Menurut dan Tipe Daerah, 2016**

**Table 4.5. Average Cost of Transportation from Home to Last Inpatient Treatment Facility by Province and Urban-Rural Comparison, 2016**

Provinsi/Province	Perkotaan/Urban	Perdesaan/Rural	Perkotaan + Perdesaan/ Urban + Rural
Aceh	42.994,52	60.667,18	53.796,59
Sumatera Utara	59.461,26	122.765,19	85.918,19
Sumatera Barat	78.494,21	110.297,92	94.190,94
R i a u	28.521,95	177.984,73	99.561,17
J a m b i	59.637,62	132.560,62	103.832,08
Sumatera Selatan	41.279,79	153.772,38	85.862,74
Bengkulu	18.021,74	103.298,43	66.828,28
Lampung	43.877,92	108.246,09	88.797,55
Kep. Bangka Belitung	24.479,82	115.212,09	59.838,67
Kep. Riau	63.807,93	166.080,66	69.439,43
DKI Jakarta	31.479,99	-	31.479,99
Jawa Barat	55.153,20	106.344,71	67.998,21
Jawa Tengah	30.411,67	77.191,16	52.873,07
DI Yogyakarta	16.327,06	105.986,04	38.261,63
Jawa Timur	38.648,41	84.531,33	60.964,05
Banten	30.553,21	63.536,86	39.350,97
B a l i	31.317,85	71.018,82	43.102,50
Nusa Tenggara Barat	39.337,01	93.362,89	70.984,89
Nusa Tenggara Timur	41.857,39	100.036,31	79.846,89
Kalimantan Barat	44.280,74	174.925,24	111.089,37
Kalimantan Tengah	75.679,37	275.434,89	192.965,06
Kalimantan Selatan	43.367,33	120.725,36	80.829,74
Kalimantan Timur	48.312,69	131.141,24	67.582,77
Kalimantan Utara	85.242,56	168.779,60	124.180,83
Sulawesi Utara	33.128,49	106.837,05	73.608,00
Sulawesi Tengah	39.035,44	94.940,61	71.310,68
Sulawesi Selatan	33.301,48	56.699,72	46.070,66
Sulawesi Tenggara	61.863,56	179.047,56	146.237,72
Gorontalo	25.929,21	54.714,36	40.549,67
Sulawesi Barat	75.787,62	123.803,49	105.665,93
Maluku	45.448,30	141.489,67	92.913,05
Maluku Utara	43.720,71	206.449,55	134.126,67
Papua Barat	111.450,48	224.402,33	177.019,52
Papua	43.623,22	152.952,05	90.430,91
<b>Indonesia</b>	<b>41.754,72</b>	<b>100.527,11</b>	<b>66.402,42</b>

Sumber/ Source : Statistik Kesehatan 2016/ 2016 Health Statistics

Ditinjau dari sisi kewilayahan, masih terdapat ketimpangan biaya kesehatan. Tabel 4.5 dan 4.6 mencatat provinsi Papua sebagai provinsi dengan biaya pengobatan jalan termahal di Indonesia, sedangkan untuk rawat inap provinsi Kalimantan Tengah tercatat sebagai termahal. Hal ini tidak lepas dari peran keberadaan infrastruktur. Sulitnya akses kesehatan di provinsi Papua maupun provinsi Kalimantan Tengah berdampak pada tingginya biaya pengobatan dan biaya transportasi. Sementara, di kawasan Indonesia Barat, kondisi sebaliknya terjadi. Biaya transportasi, dan biaya kesehatan jauh lebih murah dari angka nasional.

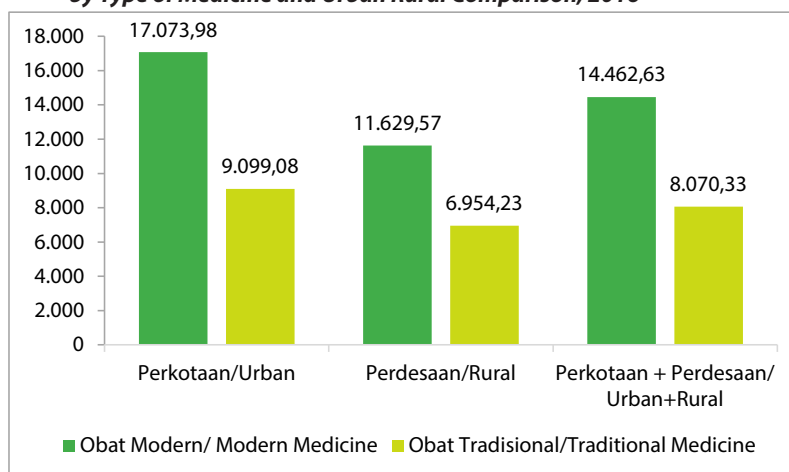
*Viewed from the territory aspect, there are still unequal health costs. Tables 4.5 and 4.6 record the province of Papua as the province with the most expensive outpatient treatment costs in Indonesia, while in terms of inpatient treatment the province of Kalimantan Tengah is recorded as the most expensive. This fact can not be separated from the role of infrastructure existence. Difficult access to health in the provinces of Papua and the province of Kalimantan Tengah have an impact on the high cost of treatment and transportation costs. Meanwhile, in the west region of Indonesia, the opposite condition occurs. Transportation costs, and healthcare costs in the western part of this country are much cheaper than national figure.*

Sementara itu, untuk biaya pembelian obat, obat daerah perkotaan lebih mahal dibandingkan perdesaan. Besarnya biaya obat ini menyebabkan sebagian besar penduduk untuk mencoba obat tradisional yang harga jauh lebih murah daripada obat modern. Gambar 4.13 memperlihatkan biaya obat tradisional hampir setengah dari obat modern. Rata-rata Biaya untuk membeli obat

*Meanwhile, in terms of the cost of purchasing medicine, urban medicine is more expensive than rural areas. The high cost of the medicine causes most of the population to try traditional medicine whose prices are much cheaper than modern medicine. Figure 4.13 shows the cost of traditional medicine almost half of modern medicine. Average cost*

**Gambar 4.13. Rata-rata Biaya untuk Membeli Obat Terakhir yang Dikeluarkan oleh Penduduk yang Mengobati Sendiri Menurut Jenis Obat dan Tipe Daerah, 2016**

**Figure 4.13. Average Cost Incurred by Population to Purchase Previous Medicine for Self-Treatment by Type of Medicine and Urban Rural Comparison, 2016**



Sumber/ Source : Statistik Kesehatan 2016/ 2016 Health Statistics

modern adalah sebesar Rp. 14.462,63 dan untuk obat tradisional adalah Rp. 8.070,33.

Lebarnya gap biaya antara perkotaan dan perdesaan serta antar propinsi menggambarkan bahwa pemerataan di bidang kesehatan terutama dari sisi pembiayaan perlu menjadi agenda prioritas pembangunan. Bagaimanapun kinerja suatu program kesehatan sangat ditentukan oleh kecukupan anggaran operasional dan anggaran kegiatan langsung pelayanan kesehatan agar dapat memberikan layanan yang prima dan terjangkau untuk semua.

#### 4.5. SOSIAL BUDAYA

Pencapaian derajat kesehatan yang optimal adalah tujuan utama dalam pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan dilakukan dengan pelayanan kesehatan yang memadai, upaya penyembuhan, pencegahan penyakit, dan pemeliharaan kesehatan. Upaya penyembuhan, pencegahan penyakit, dan pemeliharaan kesehatan ini tentunya harus dimulai dari masyarakat itu sendiri. Perilaku kesehatan masyarakat dapat memengaruhi kondisi kesehatannya. Perilaku tersebut dapat terbentuk dari faktor sosial budaya yang telah ada dalam lingkungan dan kehidupan sehari-hari.

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi membawa banyak perubahan terhadap kehidupan manusia, baik dalam perubahan pola hidup dan tatanan sosial termasuk dalam bidang kesehatan. Kesehatan ini sering dihadapkan dengan norma dan budaya yang dianut oleh masyarakat di pemukiman tertentu/terpencil. Salah satu faktor yang menentukan kondisi kesehatan masyarakat adalah perilaku kesehatan masyarakat itu sendiri. Budaya dan kesehatan sangat erat hubungannya, dimana masih ada masyarakat desa yang sederhana dapat bertahan dengan pengobatan tertentu sesuai dengan tradisi mereka.

*to buy modern medicine is Rp. 14,462.63 and for traditional medicine is Rp. 8,070.33.*

*The huge gap between urban and rural and inter-provincial costs illustrates that equity in the health sector, especially in terms of financing, needs to be a priority development agenda. However the performance of a health program is largely determined by the adequacy of the operational budget and the budget of direct health service activities in order to provide excellent and affordable services for all.*

#### 4.5. SOCIO-CULTURAL MATTER

*Achieving an optimal health degree is a key goal in health development. Health development is conducted by providing adequate health care, treatment, disease prevention services. Efforts of healing, prevention of disease, and health care must certainly start from the community itself. Public health behavior can affect the health condition. Such behavior can be formed from socio-cultural factors that already exist in the environment and daily life.*

*The development of science and technology has brought many changes to human life, both in changes in lifestyle and social order including in health sector. The health is often confronted with the norms and cultures adopted by communities in certain settlements / remote areas. One of the factors that determine the condition of public health is the public health behavior itself. Culture and health are closely related, where there are still common villagers who can withstand certain treatments according to their traditions.*

Indonesia merupakan negara dengan suku, etnis, ras, dan budaya yang beragama. Keanekaragaman tersebut membentuk tradisi dan kebiasaan yang berbeda. Vaughn, dkk (2009) menyampaikan bahwa kepercayaan atau budaya berkaitan dengan penilaian atau kondisi kesehatan seseorang. Budaya yang berbeda memiliki sistem kepercayaan yang beragam, yang akhirnya berkaitan dengan kesehatan dan metode penyembuhan yang dipilih. Kepercayaan ini mencakup paradigma kesehatan/penyakit (misalnya yang bersifat mistis), penilaian tentang penyedia layanan kesehatan, mencari perawatan medis yang modern, atau bahkan mencari perawatan kesehatan tradisional atau pribumi.

Budaya yang telah ada sejak dahulu dan berkembang seiring dengan kemajuan zaman dapat berpengaruh terhadap kesehatan masyarakatnya. Menurut Foster (1973), aspek budaya yang dapat memengaruhi perilaku kesehatan atau derajat kesehatan seseorang adalah sebagai berikut:

1. Tradisi, yaitu tradisi yang sudah ada di masyarakat dapat memengaruhi kesehatan masyarakat
2. Sikap fatalistik, yaitu sikap yang bersifat fanatik atau memiliki kepercayaan tertentu yang sangat kuat.
3. Sikap etnosentris, yaitu sikap yang memandang bahwa kebudayaan sendiri merupakan yang paling baik dibandingkan dengan kebudayaan lainnya.
4. Perasaan bangga pada statusnya, meski perilakunya tersebut tidak sesuai dengan konsep kesehatan. Hal ini juga masih berkaitan dengan sikap etnosentris.
5. Norma yang telah berkembang di masyarakat.
6. Nilai yang berlaku di dalam masyarakat.
7. Unsur budaya yang dipelajari pada tingkat awal dari proses sosialisasi, dan
8. Konsekuensi dari inovasi.

*Indonesia is a country with various ethnic, race, and culture. The diversity forms different traditions and customs. Vaughn, et al (2009) convey that belief or culture is related to the judgment or health condition of a person. Different cultures have diverse belief systems, which ultimately relate to selected health and healing methods. This belief includes health / disease paradigms (eg mystical ones), assessment of health care providers, seeking modern medical care, or even seeking traditional or indigenous health care.*

*Culture that has existed since the first and developed along with the progress of the times can affect the health of the community. According to Foster (1973), aspects of culture that can affect health behavior or health status of a person are as follows:*

1. *Traditions, ie traditions that has already existed in society can affect public health*
2. *Fatalistic attitude, ie attitude that is fanatic or have a certain belief that is very strong.*
3. *Ethnocentric attitude, the attitude that the culture itself is the best compared with other cultures.*
4. *Feelings of pride in his status, although his behavior is not in accordance with the concept of health. It is also related to ethnocentric attitudes.*
5. *Norms that have developed in the community.*
6. *The value prevailing in society.*
7. *The cultural elements studied at the initial level of the socialization process, and*
8. *The consequences of innovation.*

Data kuantitatif mengenai faktor sosial budaya yang memengaruhi perilaku kesehatan masyarakat masih sangat minim. Oleh karena itu, gambaran faktor sosial budaya dalam memengaruhi proses penyembuhan, pencegahan penyakit, dan pemeliharaan kesehatan ini dilakukan melalui studi mendalam. Studi mendalam ini dilakukan di empat provinsi, yaitu Banten, Lampung, Jambi, dan Kalimantan Tengah. Informasi dikumpulkan dengan metode kualitatif untuk mendapatkan gambaran perilaku masyarakat yang terbentuk dari faktor sosial budaya dalam menjaga kesehatan mereka.

Keputusan masyarakat untuk pergi berobat dapat terbentuk dari budaya atau kebiasaan di lingkungannya. Masyarakat umumnya melakukan pengobatan sendiri terlebih dahulu ketika memiliki keluhan kesehatan yang ringan. Masyarakat akan membeli obat yang dijual secara bebas di toko. Selain itu, keberadaan budaya/kearifan lokal membuat masyarakat memanfaatkan tanaman herbal sekitar untuk mengobati keluhan kesehatannya. Misal, konsumsi daun kacapiring untuk panas dalam, konsumsi daun sukun untuk masalah pencernaan/ginjal, penggunaan bawang merah untuk anak yang sedang demam, dan tumbuhan herbal lainnya (daun nangka, jahe, dsb).

Masyarakat akan memutuskan berobat ke fasilitas kesehatan ketika keluhan kesehatan sudah cukup parah. Secara umum, masyarakat lebih cenderung pergi berobat ke Praktik Bidan Mandiri (PBM). Salah satu responden menyatakan bahwa alasan berobat ke PBM adalah jarak yang lebih dekat dengan rumah dan tidak cocok dengan aroma obat yang diberikan di Pustu. PBM yang dekat memudahkan masyarakat dalam menjangkaunya, yaitu hanya dengan berjalan kaki atau dapat dipanggil ke rumah. Bahkan, terdapat responden yang merasa penyakit dapat sembuh jika mereka pergi berobat ke fasilitas kesehatan yang sama walaupun lokasinya di kelurahan lain. Hal ini dikarenakan sugesti yang ada dalam diri masyarakat tersebut.

*Quantitative data on socio-cultural factors that influence public health behavior are still less. Therefore, the overview of sociocultural factors in influencing the healing, prevention of disease, and health care processes is undertaken through in-depth study. This in-depth study was conducted in four provinces, namely Banten, Lampung, Jambi, and Kalimantan Tengah. The information is collected by qualitative methods to get a picture of community behavior that is formed from socio-cultural factors in maintaining their health.*

*The decision of the community to go for treatment can be formed from the culture or habit in the environment. People generally first conduct self treatment when they have mild health complaints. The public will buy medicine that are sold freely in the store. In addition, the existence of local culture / wisdom makes the community use herbs around to treat health complaints. For example, consumption of leafy greens for deep heat, breadfruit leaf consumption for digestive / kidney problems, use of red onion for feverish children, and other herbs (jackfruit, ginger, etc.).*

*The public will decide to seek treatment at a health facility when the health complaint has been severe enough. In general, people are more likely to go to the Midwife Practice. One of the respondents stated that the reason for treatment to midwife practice is the closer distance from home and without odor of the medicine given in the Public Health Center. The near location of the midwife practice makes it easy for the community to visit it, by just walking or being called to home. In fact, there are respondents who feel the disease can heal if they go to the same health facility even though the location is in another village. This is because of the suggestion that develops in the community itself.*

Akan tetapi, tidak semua masyarakat memutuskan untuk pergi berobat ke fasilitas kesehatan medis. Masih ada masyarakat yang lebih memilih untuk pergi berobat ke pengobatan alternatif. Kepercayaan yang diyakini mendorong masyarakat untuk berobat ke dukun/tabib/orang pintar. Penilaian masyarakat terhadap penyakit masih ada kecenderungan bersifat magis/mistik. Beberapa masyarakat Indonesia masih memiliki keyakinan bahwa penyebab sakit adalah roh jahat dan guna-guna yang dikirim manusia. Keyakinan itulah yang menyebabkan masyarakat pergi berobat ke dukun/tabib/orang pintar. Tradisi yang tumbuh juga menjadikan masyarakat melakukan pengobatan tradisional tertentu, seperti ritual besale di Jambi untuk mengobati orang yang sakit parah.

Tidak hanya itu, kepercayaan masyarakat terhadap kesaktian suatu benda (pusaka) masih ditemukan di wilayah studi mendalam. Masyarakat menggunakan pusaka tersebut untuk pertolongan pertama pada trauma medis tertentu. Hal ini dikarenakan adanya kepercayaan masyarakat bahwa penyakit yang dialami merupakan pemberian Tuhan YME, maka penyembuhan penyakit dapat lebih cepat melalui perantara kepada-Nya.

Kemudian, pengobatan alternatif ini juga biasa dilakukan ketika masyarakat mengalami patah tulang dan nyeri/pegal-pegal. Banyak masyarakat penderita patah tulang yang pergi berobat ke pengobatan alternatif untuk patah tulang. Padahal pengobatan tersebut tidak dianjurkan secara medis dan tidak terdaftar di Dinas Kesehatan. Hal tersebut terjadi karena adanya saran dan pengalaman keluarga secara turun menurun. Selain itu, kepercayaan masyarakat dengan obat tradisional mendorong mereka cenderung untuk memanfaatkan jasa tukang pijat/urut atau dukun dengan teknik tradisional. Obat-obatan tradisional yang digunakan biasanya berasal dari rempah-rempah dan aneka ragam jenis tumbuh-tumbuhan yang diramu.

*However, not all communities decided to go to a medical facility. There are people who still prefer to go to alternative medication. Trust that is believed to encourage people to seek treatment to traditional healers. Public assessment of the disease in this mater is still a tendency to be magical / mystical. Some people still believe that the cause of illness is evil spirits and utterances sent by humans. That belief is what causes people to go to traditional healer. The growing tradition also makes people perform certain traditional remedies, such as the ritual 'besale' in Jambi to treat people who are severely ill.*

*Not only that, public confidence in the supernatural powers of an object (heirloom) is still found in the some areas. The community in the areas uses the heirloom object for first aid on certain medical traumas. This is because of the public believe that the illness is a gift from the God, then the healing of the disease can be faster through an intermediary object they believed.*

*Then, this alternative treatment is also common when people experienced fractures and pain / stiff-sore. Many people with broken bones go to alternative treatments for fractures. Though the treatment is not recommended medically and is not registered in the Health Office. This happens because of the suggestion and experience of the family downhill. In addition, public confidence with traditional medicine encourages them to tap into the services of masseur / massage or traditional healers. Traditional medicines used usually come from spices and various types of plants that are mixed.*

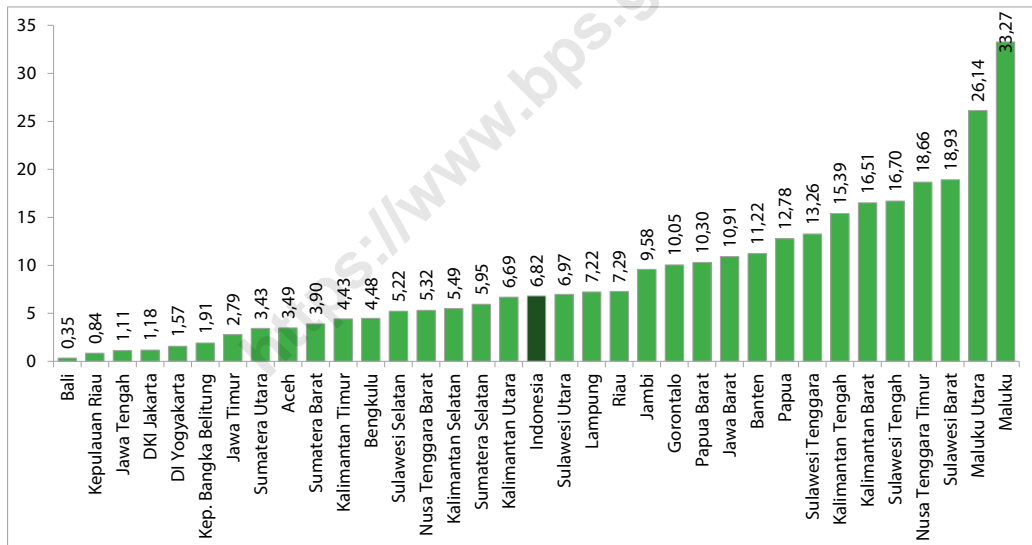


Penggunaan tenaga nonmedis ini tidak hanya dilakukan pada masalah penyakit saja. Proses persalinan di wilayah studi mendalam masih ada yang ditolong oleh tenaga nonmedis seperti dukun beranak/paraji, karena keberadaan dukun yang lebih dekat dengan masyarakat dan dapat bersifat kekeluargaan. Padahal proses persalinan yang ditolong oleh tenaga nonmedis sangat beresiko bagi keselamatan ibu dan anak. Bahkan di Banten, terdapat kasus kematian bayi yang diakibatkan proses persalinan ditolong oleh dukun beranak tanpa didampingi bidan.

*The utilization of non-medical personnel is not only done on the problem of disease itself. Birth process in some areas observed is still being attended by nonmedical workers such as traditional birth attendants, due to the presence of traditional birth attendants who are closer to the community. In fact, the process of birth delivery assisted by nonmedical workers is very risky for the safety of mother and child. Even in Banten, there are cases of infant mortality due to the birth process assisted by traditional birth attendants without the accompanying midwife.*

**Gambar 4.13. Persentase Ibu Melahirkan dengan Penolong Persalinan Dukun Beranak/Paraji Menurut Provinsi, 2016**

**Figure 4.13. Percentage of Maternal Births Assisted by Traditional Birth Attendant by Province, 2016**



Sumber/ Source : Susenas KOR 2016, BPS/ National Socioeconomic Survey 2016, BPS

Secara nasional, persentase ibu melahirkan yang menggunakan jasa dukun beranak/paraji masih ada 6,97 persen pada tahun 2016. Jika dilihat dari Gambar 4.14, jasa dukun beranak/paraji lebih banyak dimanfaatkan di wilayah timur Indonesia. Provinsi dengan persentase ibu melahirkan dengan penolong persalinan dukun beranak/paraji tertinggi adalah Maluku, yaitu 33,27 persen. Penggunaan jasa dukun beranak sebagai penolong proses persalinan di Maluku disebabkan oleh beberapa alasan,

*Nationally, the percentage of mothers giving birth attended by traditional birth attendants was 6.97 percent in 2016. From Figure 4.14, traditional birth attendant's services are mostly used in eastern Indonesia. The province with the highest percentage of mothers giving birth attended by traditional birth attendants or shaman was Maluku, by 33.27 percent. The use of traditional birth attendants services as a helper in the Maluku is due to several reasons, such as the limited range of health services and traditional*

seperti keterbatasan jangkauan pelayanan kesehatan dan dapat membantu upacara adat yang berkaitan dengan kehamilan dan kelahiran.

Tradisi terkait proses persalinan ini dapat ditemukan di salah satu suku di Maluku, yaitu Suku Nuaulu yang bermukim di Pulau Seram. Tradisi tersebut adalah upacara yang berkenaan dengan masa peralihan dari masa kandungan hingga kelahiran, yang bernama Suu Anaku (memandikan anak). Pemimpin upacara tersebut adalah dukun beranak (irihitipue). Irihitipue adalah gelar bagi wanita yang membantu proses persalinan dan dianggap memiliki pengetahuan tentang hal-hal gaib atau roh. Upacara tersebut bertujuan untuk menjauhkan roh-roh jahat, baik terhadap ibunya maupun janinnya. Proses persalinan pun dilakukan di pasuno (bangunan upacara). Upacara ini dilakukan beberapa tahap sampai 40 hari setelah melahirkan ([www.melayuonline.com](http://www.melayuonline.com)). Kebudayaan tersebut mendorong penggunaan jasa dukun beranak dalam proses persalinan di Suku Naulu.

Untuk mengatasi permasalahan tersebut, puskesmas berencana melakukan identifikasi keberadaan dukun kampung agar proses pengobatan terutama kelahiran dapat didampingi oleh tenaga kesehatan dari puskesmas. Pemerintah juga tidak henti-hentinya memberikan pengertian akan pentingnya penolong persalinan dengan tenaga medis. Bahkan proses persalinan sangat dianjurkan dilakukan di fasilitas kesehatan. Dengan demikian, pemerintah terus berupaya pembangunan puskesmas/pustu di daerah terpencil.

Selanjutnya, perilaku masyarakat ini dapat berubah dengan adanya faktor pendorong. Mudah-mudahan mendapatkan akses pelayanan kesehatan dasar mampu mengubah sikap dan tingkah laku masyarakat terkait kesehatan ibu dan anak dan tingkat kelahiran. Kemudahan masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan dan berobat gratis ternyata menimbulkan

*ceremonies related to pregnancy and birth supported by the traditional birth attendants.*

*The tradition associated with this birth delivery process can be found in one of the tribes in Maluku, the Nuaulu tribe who settled on Seram Island. The tradition is a ceremony concerning the transitional period from the time of birth to birth, named Suu Anaku (bathing the child). The leader of the ceremony is the traditional birth attendant or shaman herself (irihitipue). The Irihitipue is a title for women who help the process of childbirth and is considered to have knowledge of the occult or spirit. The ceremony aims to keep the evil spirits, both against their mother and the fetus. The birth process was done in pasuno (a ceremonial building). The ceremony is performed several times up to 40 days after giving birth ([www.melayuonline.com](http://www.melayuonline.com)). The culture encourages the utilization of traditional birth attendants in the delivery process in the Naulu tribe.*

*To overcome these problems, the public health center plans to identify the existence of traditional birth attendants so that the process of birth delivery can be accompanied by health personnel from the public health center. The government also endlessly provides an understanding of the importance of birth attendants with medical personnel. Even the birth process is highly recommended in health facilities. Thus, the government continues to work on the development of public health center/subsidiary health center in remote areas.*

*Furthermore, the behavior of this society may change with the presence of a driving factor. The easy access to basic health services is able to change the attitudes and behavior of communities related to maternal and child health and birth rates. The ease of the community in accessing health services and free treatment turned out to cause the tendency of pregnancy at a very early age /*

kecenderungan hamil di usia sangat dini/ muda atau usia tua. Padahal hamil di usia dini dan usia tua beresiko tinggi terjadinya kematian ibu yang diakibatkan oleh anemia saat hamil, *stunting* dan *wasting* pada bayi. Kondisi kehamilan tersebut juga erat dengan tingkat sosial ekonomi masyarakat. Tingkat ekonomi masyarakat yang rendah mendorong terjadinya kawin/cerai yang tinggi. Perempuan cenderung akan mencari pasangan/suami dengan penghasilan keluarga yang cukup karena wanita dalam posisi tidak bisa bekerja

Untuk mengantisipasi tingginya prevalensi hamil muda dan hamil di usia terlalu tua tersebut, serta mengantisipasi bayi lahir *stunting* dan *wasting* dihindari adanya penggalakan kampanye program keluarga berencana. Penduduk harus merencanakan dan memiliki keluarga yang sehat dan generasi muda yang berkompetensi, bukan generasi muda sebagai bonus demografi yang kaya jumlah namun rendah mutu. Dengan demikian, generasi mendatang memiliki kualitas dan kompetensi yang mampu bersaing dengan bangsa – bangsa lain.

Perilaku masyarakat ini juga dapat berubah dengan adanya inovasi yang ada. Inovasi di bidang kesehatan merupakan kebijakan-kebijakan yang dilakukan pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan. Perlahan masyarakat mulai sadar akan bahayanya ancaman penyakit dan pentingnya penyembuhan dengan obat, dan memanfaatkan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan. Kesadaran dan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan medis ini tidak terlepas dari sosialisasi dan promosi kesehatan yang dilakukan pemerintah.

Keberadaan posyandu untuk dewasa di Lampung, telah mampu meningkatkan akses pelayanan kesehatan bagi penduduk dewasa terutama lansia. Selain itu, keberadaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) juga meningkatkan

*young or old age. Though pregnant at an early age and old age at high risk of maternal death caused by anemia during pregnancy, stunting and wasting condition in infants. The condition of pregnancy is also closely related to the socioeconomic level of society. Low economic level encourages high divorce cases. Women tend to be looking for a spouse / husband with established income because most women do not work.*

*To anticipate the high prevalence of pregnant young and pregnant at older age, and to anticipate the birth of stunting and wasting baby are encouraged to promote the campaign of family planning program. The population should plan and have healthy families and competent young people, not the younger generation as demographic bonuses that are rich in quantity and low quality. Thus, future generations have qualities and competencies that can compete with other nations.*

*This society behavior can also change with existing innovations. Innovation in the field of health is the policies undertaken by the government to improve the degree of health. Slowly the public began to be aware of the dangers of disease threats and the importance of healing with drugs, and utilize health facilities and infrastructure. Public awareness and confidence in medical health services is not free from socialization and health promotion by the government.*

*The existence of integrated health service post for adults in Lampung, has been able to improve access to health services for adults, especially elderly. In addition, the existence of the National Health Insurance program also increases the users of health*

pengguna fasilitas kesehatan. Peningkatan kesadaran masyarakat juga terus dilakukan melalui berbagai penyuluhan kesehatan terutama mengenai kesehatan lingkungan untuk membentuk lingkungan rumah yang sehat. Penyuluhan juga bertujuan untuk meluruskan budaya yang dianut dan hubungannya dengan kesehatan. Dengan demikian, derajat kesehatan masyarakat dapat tercapai seoptimal mungkin.

*facilities. Increased public awareness is also continuously conducted through health counseling especially on environmental health to establish a healthy home environment. Counseling also aims to align the culture adopted and its relation to health. Thus, the degree of public health can be increased optimally.*

<https://www.bps.go.id>

## DAFTAR PUSTAKA/REFERENCES

- Andersen, R. M. (1995, Maret). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Assari, S. (2017, Maret 14). Retrieved from <https://www.weforum.org/agenda/2017/03/why-do-women-live-longer-than-men>
- Badan Pusat Statistik. (2017). *Statistik Indonesia 2017*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Bappenas. (2017). *NARASI TUNGGAL: Capaian Kinerja Kemenkes RI Tahun 2015-2017*. Jakarta: Bappenas.
- Bappenas, BPS, United Nations Population Fund. (2013). *Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035*. Jakarta: BPS.
- BKKBN, BPS, Kementerian Kesehatan, Measure DHS. (2012). *Survei Demografi dan Kependudukan Indonesia 2012*.
- BPS. (2014). *BRS : Topologi Wilayah Hasil Pendataan Potensi Desa (PODES) 2014*.
- BPS. (2016). *Keadaan Angkatan Kerja di Indonesia Agustus 2016*. Jakarta : BPS.
- BPS. (2016). *Keadaan Pekerja di Indonesia Agustus 2016*. Jakarta : BPS.
- BPS. (2017). *Buletin Kegiatan Statistik No.47/05/thxx, 05 Mei 2017: Keadaan Ketenagakerjaan Indonesia Februari 2017*.
- BPS, BKKBN, Kementerian Kesehatan. (2003, 2007, 2013). *Indonesia Demographic and Health Survey*.
- BPS, Bappenas, UNFPA. (2013). *Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035*. Jakarta : BPS.
- Detik.com. (2013). Retrieved from Detikhealth: <https://health.detik.com/read/2013/12/19/073030/2446110/763/3-penyebab-angka-kematian-ibu-meningkat-dan-solusinya>
- Dr.Amjad Ali, K. A. (2014, Januari). *The Impact of Socio-Economic Factors on Life Expectancy in Sultanate of Oman: An Empirical Analysis*.
- Faruqi, A. E. (2016, Februari 22). *Menkes: Indonesia Kekurangan Ribuan Dokter Gigi*. Dipetik Maret 11, 2017, dari TEMPO.CO: <https://nasional.tempo.co/read/746947/menkes-indonesia-kekurangan-ribuan-dokter-gigi>
- Foster, G. M. (1973). *Traditional Societies and Technological Change*. London: Harper&Row Publishers.
- Harian Terbit. (2017, Januari 5). *Ironis, Puskesmas di Maluku Utara Belum Miliki Dokter*. Dipetik November 11, 2017, dari Harian Terbit: <http://www.harianterbit.com/hanterdaerah/read/2017/01/05/75376/20/20-Ironis-Puskesmas-di-Maluku-Utara-Belum-Miliki-Dokter>
- Isa, F. M. (2016, November 12). *Sumsel Belum Terintergrasi Program JKN*. Diambil kembali dari Detik Sumsel: <http://www.detiksumsel.com/sumsel-belum-terintergrasi-program-jkn>
- Kementerian Kesehatan. (n.d.). Retrieved from <http://www.depkes.go.id/article/view/17073100005/penyakit-jantung-penyebab-kematian-tertinggi-kemenkes-ingatkan-cerdik.html>

- Kementerian Kesehatan. (n.d.). Retrieved from [www.depkes.go.id](http://www.depkes.go.id)
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). Riset Kesehatan Dasar 2013.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). Infodatin Situasi Kesehatan Ibu.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). Infodatin Situasi Kesehatan Jantung.
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). Infodatin Malaria.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). Infodatin Situasi Imunisasi di Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). Infodatin Tuberkulosis.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2016.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). Hasil Pemantauan Status Gizi (PSG) dan Penjelasan Tahun 2016.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017, januari 3). Kemenkes Terus Tingkatkan Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan. Retrieved Oktober 22, 2017, from Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: <http://www.depkes.go.id/article/view/17010500003/kemenkes-terus-tingkatkan-akses-dan-mutu-pelayanan-kesehatan.html>
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). Situasi Tenaga Keperawatan Indonesia 2017. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). Profil Kesehatan Indonesia 2016. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. 2016. Statistik Sekolah Dasar (SD) 2016/2017. Jakarta : Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. 2016. Statistik Sekolah Menengah Pertama (SMP) 2016/2017. Jakarta : Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. 2016. Statistik Sekolah Menengah Atas (SMA) 2016/2017. Jakarta : Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan.
- Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan. 2016. Statistik Sekolah Menengah Kejuruan (SMK) 2016/2017. Jakarta : Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan.
- Laksana, B. A. (2017, April 28). Warga DKI Bisa Daftar BPJS Kesehatan Lewat Kelurahan, Ini Syaratnya. Diambil kembali dari detiknews: <https://news.detik.com/berita/d-3486488/warga-dki-bisa-daftar-bpjs-kesehatan-lewat-kelurahan-ini-syaratnya>
- Leighton Chan ,MD,MPH, dkk. 2006. Geographic Access to Health Care for Rural Medicare Beneficiaries. The Journal of Rural Health. Vol. 22, No. 2 : 140-146.
- Manalu, L. F. (2017, Juni 2). Menyikapi Krisis Kekurangan Perawat. Dipetik November 3, 2017, dari SINDONEWS.com: <https://nasional.sindonews.com/read/1210047/18/menyikapi-krisis-kekurangan-perawat-1496348683/>



- MelayuOnline.com. Upacara Suu Anaku (Memandikan Anak) Pada Masyarakat Adat Nuaulu (Provinsi Maluku). Diambil kembali dari MelayuOnline.com: <http://melayuonline.com/ind/culture/dig/1907>
- Oxtora, R. (2016, Oktober 25). Baru 50 Persen Masyarakat Kalbar Terdaftar BPJS. Diambil kembali dari Antara Kalbar: <https://kalbar.antaranews.com/berita/344237/baru-50-persen-masyarakat-kalbar-terdaftar-bpjs>
- Peter I Sede, W. O. (2015, Februari 7). Socio-economic determinants of life expectancy in Nigeria (1980 – 2011).
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2007). Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik, Edisi 4, Volume 2. Jakarta: EGC.
- Statistik, Badan Pusat. (n.d.). Retrieved from [www.bps.go.id](http://www.bps.go.id)
- Supard, S., Handayani, R. S., & Notosiswoyo, M. (2008, Januari). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pasien Berobat ke Puskesmas. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, 11, 11-18.
- Tuckett, D. (1976). An Introduction to Medical Sociology. Tavistock Publications: London.
- UNICEF Indonesia. (2012). Ringkasan Kajian Kesehatan Ibu & Anak .
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). World Population Prospect: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/.241.
- Vaughn, L. M., Jacquez, F., & Baker, R. C. (2009). Cultural Health Attributions, Beliefs, and Practices: Effects on Healthcare and Medical Education. The Open Medical Education Journal, 64-74.
- Warta ekonomi.co.id. (n.d.). Retrieved from <https://www.wartaekonomi.co.id/read150923/kemenkes-penyakit-tidak-menular-jadi-penyebab-utama-kematian.html>
- World Health Organization. (t.thn.). Universal health coverage and health financing. Diambil kembali dari World Health Organization: [http://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/en/](http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/)
- [www.papuakini.co](http://www.papuakini.co). (2017, Februari 1). 2017, BPJS Goes to Kampung. Diambil kembali dari [www.papuakini.co](http://www.papuakini.co): <https://www.papuakini.co/2017/02/01/2017-bpjs-goes-to-kampung/>
- Yenti, D. R. (2016). Analisis Faktor Sosial Ekonomi yang Mempengaruhi Angka Harapan Hidup di Indonesia.



# PERKEMBANGAN KESEJAHTERAAN RAKYAT

## TREND OF SOCIAL WELFARE

### DAFTAR ISI / CONTENTS

	Halaman Page
I. Kependudukan/ <i>Population</i> .....	151
II. Kesehatan dan Gizi/ <i>Health and Nutrition</i> .....	157
III. Pendidikan/ <i>Education</i> .....	165
IV. Ketenagakerjaan/ <i>Employment</i> .....	171
V. Taraf dan Pola Konsumsi/ <i>Consumption and Pattern</i> .....	180
VI. Perumahan dan Lingkungan/ <i>Housing and Environment</i> .....	184
VII. Kemiskinan/ <i>Poverty</i> .....	188
VIII. Sosial Lainnya/ <i>Other Social Concerns</i> .....	198

### DAFTAR TABEL / LIST OF TABLES

	Halaman Page
1. Jumlah Penduduk di 11 Negara dengan Penduduk Terbesar di Dunia (Juta Orang), 2011-2016/ <i>Total Population in 11 Countries with Largest Population in The World (Million People), 2011-2016</i> .....	151
2. Indikator Demografi Indonesia, 2012-2016/ <i>Indonesia Demographic Indicators, 2012-2016</i> .....	153
3. Perkembangan Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Balita Indonesia (per 1.000 Kelahiran), 1991-2012/ <i>Trends in Infant Mortality and Under-Five Mortality Rate (per 1,000 Births), 1991-2012</i> .....	157
4. Perkembangan Eo, IMR, CDR dan Jumlah Kematian, 2012-2016/ <i>Trends of Eo, IMR, CDR and Size of Death, 2012-2016</i> .....	158
5. Beberapa Indikator Kesehatan (Persen), 2014 dan 2015/ <i>Some of Health Indicators (Percent), 2014 and 2015</i> .....	159
6. Persentase Balita Menurut Status Gizi, 2007, 2010, dan 2013/ <i>Percentage of Children Under Five by Nutritional Status, 2007, 2010, dan 2013</i> .....	160
7. Persentase Perempuan Berumur 15-49 Tahun yang Pernah Kawin menurut Penolong Proses Kelahiran Terakhir, 2015/ <i>Percentage of Ever Married Women Aged 15-49 Years by Last Birth Attendant, 2015</i> .....	161
8. Persentase Penduduk yang Berobat Jalan Menurut Tempat Berobat, 2014 dan 2015/ <i>Percentage of Population Treated Outpatient by Place of Treatment, 2014 and 2015</i> .....	162
9. Rasio Tenaga Kesehatan per 100.000 Penduduk, 2008, 2011, dan 2014/ <i>Ratio of Health Workers per 100.000 Population, 2008, 2011, and 2014</i> .....	163
10. Beberapa Indikator Pendidikan (Persen), 2014 dan 2015/ <i>Several Education Indicators (Percent), 2014 and 2015</i> .....	166
11. Perkembangan Angka Putus Sekolah, Mengulang, Angka Kelulusan, Rasio Murid-Guru, Guru-Sekolah, dan Murid-Kelas Menurut Tingkat Pendidikan, Tahun Ajaran 2012/2013 - 2015/2016/ <i>Trend of Drop Out, Repeating Rate, Graduation Rate, Student-Teacher Ratio, Teacher-School Ratio, Student-Classroom by Educational Level, 2012/2013 - 2015/2016</i> .....	168

12.	Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja dan Tingkat Pengangguran Terbuka (Persen), 2014 - 2016/ <i>Labor Force Participation Rate and Open Unemployment Rate (Percent), 2014 - 2016</i> .....	171
13.	Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) Menurut Tingkat Pendidikan (Persen), 2014-2016/ <i>Labor Force Participation Rate and Open Unemployment Rate (Percent), 2014 - 2016</i> .....	172
14.	Persentase Penduduk Berumur 15 Tahun Keatas yang Bekerja Selama Seminggu yang Lalu Menurut Kelompok Kategori Lapangan Usaha (Persen), 2014-2016/ <i>Percentage of Employed People Aged 15 Years and Over by Main Industry (Percent), 2014-2016</i> .....	174
15.	Rata-Rata Upah/Gaji/Pendapatan Bersih Sebulan (rupiah) Pekerja*) Menurut Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan dan Jenis Kelamin (Rupiah), 2014-2016/ <i>Average of Wage/Salary/Income of Laborer*) by Educational Attainment and Sex (Rupiah), 2014 - 2016</i> .....	175
16.	Rata-Rata Upah/Gaji/Pendapatan Bersih Sebulan (rupiah) Pekerja*) Menurut Lapangan Pekerjaan Utama dan Jenis Kelamin (Rupiah), 2014-2016/ <i>Average of Wage/Salary/Income of Laborer*) by Main Industry and Sex (Rupiah), 2014-2016</i> .....	176
17.	Persentase Pekerja Anak (Usia 10-17 Tahun) Terhadap Penduduk Usia 10-17 Tahun Menurut Daerah Tempat Tinggal dan Jenis Kelamin (Persen), 2014-2016/ <i>Percentage of Working Children (Age 10-17 Years) by Type of Area and Sex (Percent), 2014-2016</i> .....	178
18.	Persentase Pekerja Anak (Umur 10 – 17 tahun) Menurut Lapangan Usaha (Persen), 2014-2016/ <i>Percentage of Working Children (Age 10 -17 years) by Main Industry (Percent), 2014 - 2016</i> .....	179
19.	Rata-Rata Pengeluaran per Kapita per Bulan Menurut Jenis Pengeluaran, 2014 dan 2015/ <i>Average per Capita Monthly Expenditure by Type of Expenditure, 2014 and 2015</i> .....	180
20.	Rata-Rata Pengeluaran untuk Makanan dan Non Makanan per Kapita Sebulan Menurut Golongan Pengeluaran per Kapita (Rupiah), 2015/ <i>Average per Capita Monthly Food and Non-Food by Expenditure Group (Rupiah), 2015</i> .....	181
21.	Distribusi Pembagian Pengeluaran per Kapita dan Indeks Gini, 2012-2015/ <i>Percentage Share of Expenditure by Groups of Population and Gini Index, 2012-2015</i> .....	182
22.	Konsumsi Energi dan Protein per Kapita per Hari, 2012-2015/ <i>Energy and Protein Consumption per Capita per Day, 2012-2015</i> .....	183
23.	Rumah Tangga Menurut Beberapa Indikator Kualitas Perumahan, 2014 dan 2015/ <i>Households With Several Indicators of Housing Quality, 2014 and 2015</i> .....	184
24.	Persentase Rumah Tangga Menurut Beberapa Fasilitas Perumahan, 2014 dan 2015/ <i>Percentage of Households With Some Selected Housing Facilities, 2014 and 2015</i> .....	185
25.	Persentase Rumah Tangga Menurut Status Kepemilikan Rumah Tinggal, 2014 dan 2015/ <i>Percentage of Household by Housing Ownership Status, 2014 and 2015</i> .....	187
26.	Perkembangan Penduduk Miskin di Indonesia Menurut Tempat Tinggal, 2012-2016/ <i>Trend of Number Poor People In Indonesia by Urban-Rural Classification, 2012-2016</i> .....	188
27.	Perkembangan Penduduk Miskin di Indonesia Menurut Pulau, 2014-2016/ <i>Trend of Number Poor People In Indonesia by Island, 2014-2016</i> .....	189
28.	Garis Kemiskinan, Indeks Kedalaman Kemiskinan, dan Indeks Keparahan Kemiskinan Menurut Daerah Tempat Tinggal, 2014-2016/ <i>Poverty Line, Poverty Gap Index, and Poverty Severity Index by Type of Area, 2014-2016</i> .....	190
29.	Beberapa Karakteristik Demografi Rumah Tangga Miskin, 2013-2015/ <i>Several Demographic Characteristics of Poor Households, 2013-2015</i> .....	191

30.	Karakteristik Pendidikan Kepala Rumah Tangga, 2013-2015/ <i>Education Characteristics of Household Head, 2013-2015</i> .....	192
31.	Karakteristik Ketenagakerjaan Kepala Rumah Tangga, 2013-2015/ <i>Employment Characteristics of Household Head, 2013-2015</i> .....	194
32.	Karakteristik Perumahan, 2013-2015/ <i>Housing Characteristics, 2013-2015</i> .....	195
33.	Indikator Sosial lainnya, 2013 - 2015/ <i>Other Social Indicators, 2013 - 2015</i> .....	199
34.	Persentase Rumah Tangga yang Mempunyai Akses Teknologi Informasi dan Komunikasi Menurut Jenis Alat Komunikasi dan Informasi, 2013-2015/ <i>Percentage of Household With Access to Information and Communication Technologies by Types of Communication and Information Tools, 2013-2015</i> .....	201

## DAFTAR GAMBAR / LIST OF FIGURES

	Halaman Page
1. Rasio Jenis Kelamin di 10 Negara dengan Jumlah Penduduk Terbesar, 2015 <i>Sex ratio in 10 Countries with the Largest Population, 2015</i> .....	152
2. Persentase Wanita Umur 10+ Tahun Pernah Kawin Menurut Usia Perkawinan Pertama, 2014 dan 2015/ <i>Percentage of Ever Married Women Aged 10+ Year by Age at First Married, 2014 and 2015</i> .....	154
3. Persentase Wanita Berumur 15-49 tahun dan Berstatus Kawin yang Sedang Menggunakan Alat/Cara KB Menurut Jenis Alat/Cara KB, 2014 dan 2015/ <i>Percentage of Ever Married Women Aged 15-49 years Used Contraception by Type of Contraception, 2014 and 2015</i> .....	155





## I. KEPENDUDUKAN

Data dan informasi kependudukan merupakan data strategis yang dibutuhkan dalam perencanaan pembangunan. Berdasarkan data United Nation, Indonesia menempati peringkat keempat dunia dengan jumlah penduduk terbesar setelah Tiongkok, India, dan Amerika Serikat. Jumlah penduduk Indonesia tahun 2017 diperkirakan mencapai 263,51 juta orang atau sekitar 3,51 persen dari jumlah penduduk dunia.

Kemajuan suatu negara dapat dilihat dari tingkat kesejahteraan penduduknya yang dipengaruhi oleh kualitas sumber daya manusia. Jumlah penduduk yang besar apabila tidak diimbangi dengan kualitas penduduk akan menjadi kendala pembangunan. Jumlah penduduk yang besar berarti lebih banyak kebutuhan akan fasilitas dasar seperti tempat tinggal, sekolah dan rumah sakit. Selain itu, jumlah penduduk yang besar juga berarti banyak lapangan pekerjaan yang dibutuhkan, sehingga

## I. POPULATION

*Population data and information are strategic data in development planning. According to the United Nation data, Indonesia is the fourth most populous nation in the world after China, India, and the United States of America. The population of Indonesia in 2017 is estimated to reach 263.51 million people or about 3.51 percent of the world's population.*

*The state of development of a country can be seen from the level of welfare of its population mainly influenced by the quality of human resources. Large population when not supported by the quality of the population itself will be a constraint of development. A large population means more needs for basic facilities such as housing, schools and hospitals. In addition, a large population also requires much employment, so the government needs to prepare facilities and infrastructure to ensure the basic needs of all Indonesians.*

**Tabel 1. Jumlah Penduduk di 11 Negara dengan Penduduk Terbesar di Dunia (Juta Orang), 2013-2017**

**Table 1. Total Population in 11 Countries with Largest Population in The World (Million People), 2013-2017**

Negara/Country	2013	2014	2015	2016	2017
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Tiongkok/China	1 362,51	1 369,44	1 376,05	1 382,32	1 388,23
India	1 279,50	1 295,29	1 311,05	1 326,80	1 342,51
Amerika Serikat United States of America	317,14	319,45	321,77	324,12	326,47
Indonesia	251,27	254,45	257,56	260,58	263,51
Brazil	204,26	206,08	207,85	209,57	211,24
Pakistan	181,19	185,04	188,92	192,83	196,74
Nigeria	172,82	177,48	182,20	186,99	191,84
Bangladesh	157,16	159,08	161,0	162,91	164,83
Federasi Rusia Russian Federation	143,37	143,43	143,46	143,44	143,38
Mexico	123,74	125,39	127,02	128,63	130,22
Jepang/Japan	126,98	126,79	126,57	126,32	126,05
<b>Dunia/World</b>	<b>7 181,72</b>	<b>7 265,79</b>	<b>7 349,47</b>	<b>7 432,66</b>	<b>7 515,28</b>

Sumber/Source : World Population Prospects: The 2015 Revision, United Nation

pemerintah perlu mempersiapkan sarana dan prasarana untuk menjamin kebutuhan dasar seluruh rakyat Indonesia.

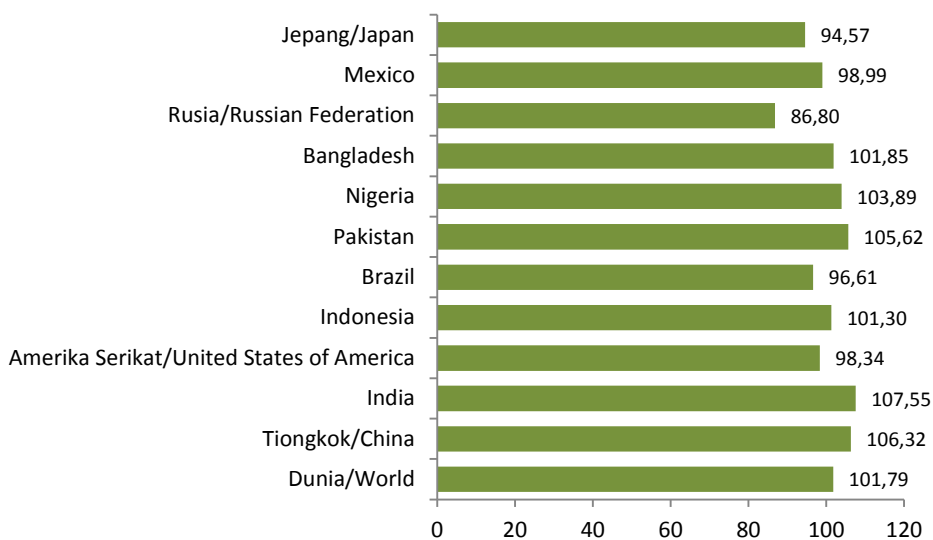
United Nation mencatat rasio jenis kelamin penduduk dunia tahun 2017 sebesar 102. Angka ini menunjukkan bahwa secara global, jumlah penduduk laki-laki lebih banyak daripada jumlah penduduk perempuan atau terdapat 102 penduduk laki-laki diantara 100 penduduk perempuan. Di Indonesia, rasio jenis kelamin penduduk juga bernilai lebih dari 100 atau lebih tepatnya 101 yang berarti lebih banyak penduduk laki-laki dibandingkan penduduk perempuan. Rasio jenis kelamin tertinggi tercatat di India (108) diikuti Tiongkok (106) dan Pakistan (106). (Gambar 1)

Gambaran umum penduduk di Indonesia bisa dilihat dalam indikator disajikan pada tabel 2. Dalam lima tahun terakhir jumlah penduduk Indonesia selalu mengalami peningkatan. Meski demikian laju pertumbuhan penduduk terlihat sedikit melambat. Laju pertumbuhan penduduk Indonesia tahun 2013 tercatat sebesar 1,37

*The United Nations has recorded that the world population sex ratio in 2017 is 102. This figure shows globally, the male population is more than the number of female population or there are 102 male population of 100 female population. In Indonesia, the sex ratio of the population is higher than 100 which is 101. This means there are more male than female population. The highest sex ratio is recorded in India (108), followed by China (106) and Pakistan (106). (Figure 1)*

*The overview of the population in Indonesia can be observed from the indicators presented in Table 2. Over the last five years the number of Indonesian population has increased. However, the rate of population growth seems to be slowing slightly. Indonesia's population growth rate in 2013 stood at 1.37 percent and in 2017 could be declined to 1.22*

**Gambar 1. Rasio Jenis Kelamin di 10 Negara dengan Jumlah Penduduk Terbesar, 2017**  
**Figure 1. Sex ratio in 10 Countries with the Largest Population, 2017**



Sumber/Source : World Population Prospects: The 2015 Revision, United Nation

persen dan pada tahun 2017 dapat ditekan menjadi sebesar 1,22 persen. Berdasarkan proyeksi penduduk 2010-2035 yang dilakukan oleh BPS, Bappenas dan UNFPA, jumlah penduduk Indonesia tahun 2020 akan mencapai sekitar 271 juta orang dan pada tahun 2035 mencapai sekitar 306 juta orang.

Sejalan dengan jumlah penduduk yang semakin bertambah, maka kepadatan penduduk juga mengalami peningkatan. Pada tahun 2013 kepadatan penduduk Indonesia yaitu 130,21 orang/km<sup>2</sup> dan meningkat menjadi 137,05 orang/km<sup>2</sup> pada tahun 2017. Salah satu permasalahan terkait kepadatan penduduk yaitu persebaran penduduk yang tidak merata. Penduduk lebih terkonsentrasi

percent. Based on the population projection of 2010-2035 conducted by BPS (Statistics Indonesia), National Development Planning Board, and UNFPA, the population of Indonesia in 2020 will reach about 271 million people and in 2035 will be around 306 million people.

Population density also increases along with increase in population. In 2013 the population density of Indonesia is 130.21 people/km<sup>2</sup> and increased to 137.05 people/km<sup>2</sup> in 2017. One of the problems related to population density is unequal distribution of the population. The population is more concentrated in Java, although the area of Java Island is only a minor part of the total

**Tabel 2. Indikator Demografi Indonesia, 2013-2017**  
**Table 2. Indonesia Demographic Indicators, 2013-2017**

Indikator Demografi/Demographic Indicators	2013	2014	2015	2016	2017
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Jumlah Penduduk (juta orang) Population (million people)	248,82	252,16	255,46	258,70	261,89
Laju Pertumbuhan Penduduk Eksponensial (persen/tahun) <sup>r</sup> Exponential Population Growth Rate (percent/year) <sup>r</sup>	1,37	1,34	1,30	1,26	1,22
Rasio Jenis Kelamin (persen)/Sex Ratio (percent)	101,01	101,01	101,00	101,00	101
Kepadatan Penduduk (orang/km <sup>2</sup> ) Population density (people/km <sup>2</sup> )	130,21	131,96	133,68	135,38	137,05
Komposisi Penduduk (persen)/Population composition (percent)					
0-14 tahun/years	27,83	27,58	27,35	27,10	26,84
15-64 tahun/years	67,00	67,15	67,28	67,40	67,51
65+ tahun/years	5,17	5,26	5,37	5,50	5,65
Angka Beban Ketergantungan (persen) Dependency Ratio (percent)	49,25	48,92	48,63	48,36	48,12
Indikator Fertilitas/Fertility indicators					
TFR	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3
GRR	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1
NRR	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
CBR	19,9	19,5	19,2	18,8	18,5
Jumlah Kelahiran (ribu kelahiran) Birth number (thousand births)	4 949	4 922,3	4 894,6	4 868,8	4 839,7

Sumber : Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035, Badan Pusat Statistik, Bappenas dan UNFPA  
Source : Indonesia Population Projection 2010-2035, BPS-Statistics Indonesia

di Pulau Jawa, padahal luas wilayah Pulau Jawa hanya sebagian kecil dari luas wilayah Indonesia. Pulau Jawa menjadi pusat pemerintahan dan perekonomian negara, sehingga banyak penduduk yang tertarik untuk tinggal di wilayah ini.

Berdasarkan komposisi penduduk sebagian besar penduduk Indonesia adalah penduduk usia produktif dengan tren yang semakin meningkat. Sementara persentase penduduk usia muda menunjukkan tren yang menurun. Selama lima tahun terakhir, angka beban ketergantungan cenderung menurun, yaitu dari 49,25 pada tahun 2013 menjadi 48,12 pada tahun 2017. Angka beban ketergantungan sebesar 48,12 dapat diartikan setiap 100 penduduk produktif menanggung sekitar 48 penduduk tidak produktif yang terdiri dari anak-anak dan lansia.

Berbicara mengenai laju pertumbuhan penduduk yang meningkat tentu tidak lepas dari indikator fertilitas, seperti Total Fertility Rate (TFR), Gross Reproductive

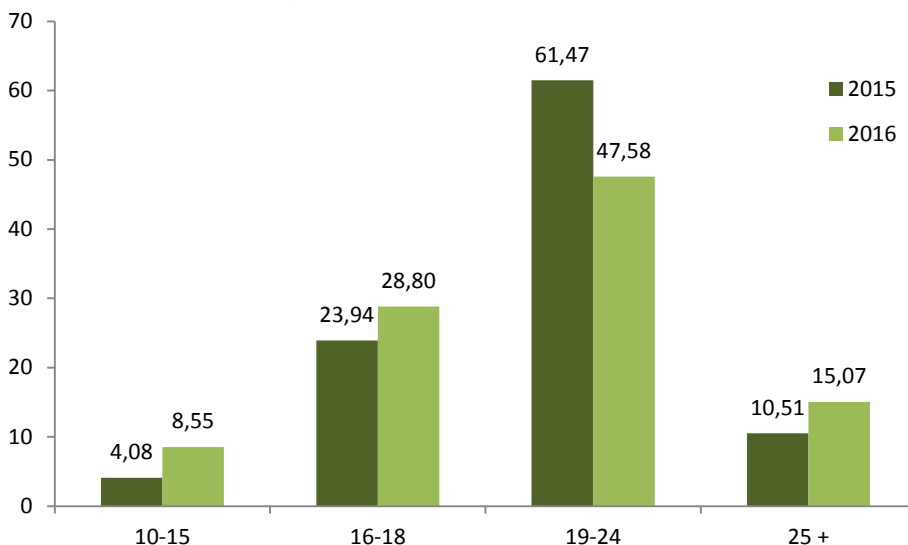
*area of Indonesian territory. Java Island since beginning of this nation has become the center of government and economy, this is main attraction for many residents to live in this region.*

*On the population composition side, most of the population of Indonesia is a productive age population with a positive trend. Meanwhile, the percentage of the young population shows a declining trend. Within the last five years, the dependency ratio has appeared to decline, from 49.25 in 2013 to 48.12 in 2017. The dependency ratio of 48.12 can be interpreted as every 100 productive people bear about 48 non-productive people comprising children sons and elderly.*

*Talking about the increasing rate of population growth cannot be separated from fertility indicators, such as Total Fertility Rate (TFR), Gross Reproductive Rate (GRR), Net*

**Gambar 2. Persentase Wanita Umur 10+ Tahun Pernah Kawin Menurut Usia Perkawinan Pertama, 2015 dan 2016**

**Figure 2. Percentage of Ever Married Womens Aged 10+ Year by Age at First Married, 2015 and 2016**



Sumber : Susenas Kor, 2015-2016

Source : National Socioeconomic Survey Kor, 2015-2016

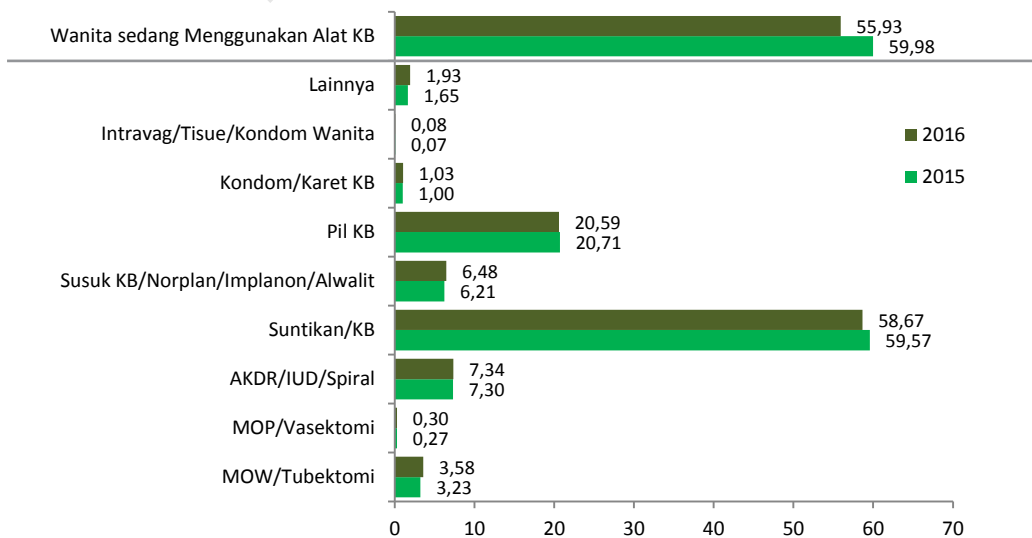
Rate (GRR), Net Reproductive Rate (NRR), dan Crude Birth Rate (CBR). Sebagai upaya mendukung agenda prioritas kelima dalam Nawa Cita yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) menargetkan TFR sebesar 2,1 dan NRR sebesar 1 pada tahun 2025

*Reproductive Rate (NRR), and Crude Birth Rate (CBR). In an effort to support the fifth priority agenda in the Nawa Cita program that is to improve the quality of human life of Indonesia, the National Population and Family Planning Agency (BKKBN) targets the TFR at 2.1 and NRR at 1 in 2025.*

Angka CBR menggambarkan banyaknya kelahiran pada tahun tertentu per 1.000 penduduk pada pertengahan tahun yang sama. Dalam lima tahun terakhir nilai CBR menunjukkan tren yang menurun, dari 19,9 pada tahun 2013 menjadi 18,5 pada tahun 2017. Penurunan CBR salah satunya disebabkan keberhasilan program KB dan pelayanan kesehatan yang meningkat. Sejalan dengan nilai CBR yang semakin menurun, maka jumlah kelahiran di Indonesia juga menunjukkan tren yang menurun selama periode 2013-2017. Tahun 2017, jumlah kelahiran di Indonesia sebanyak 4.839,7 ribu kelahiran.

*CBR represents the number of births in a given year per 1,000 inhabitants by mid-year. In the last five years the value of CBR has shown a declining trend, from 19.9 in 2013 to 18.5 in 2017. The decline in CBR is partly due to the success of the national family planning programs and improved health services. Along with the decline in the CBR, the number of births in Indonesia also shows a downward trend during the period 2013-2017. In 2017, the number of births in Indonesia accounts for 4,839.7 thousand births.*

**Gambar 3. Persentase Wanita Berumur 15-49 tahun dan Berstatus Pernah Kawin yang Sedang Menggunakan Alat/Cara KB Menurut Jenis Alat/Cara KB, 2015 dan 2016**  
**Figure 3. Percentage of Ever Married Womens Aged 15-49 years Used COntraction by Type of Contraception, 2015 and 2016**



Sumber : Susenas Kor, 2015-2016

Source : National Socioeconomic Survey Kor, 2015-2016

Akan tetapi menurunnya tren TFR dan CBR terancam oleh kecenderungan meningkatnya penduduk yang kawin pada usia muda. Gambar 2 menunjukkan perkembangan persentase perempuan umur 10 tahun keatas yang pernah kawin menurut usia perkawinan pertama. Pada tahun 2016 terjadi peningkatan pada persentase perempuan berumur 10 tahun ke atas yang pernah kawin pada kelompok umur 10-15 tahun dan 16-18 tahun. Sementara untuk kelompok umur 19-24 terjadi penurunan hampir 14 persen. Hal ini perlu menjadi perhatian pemerintah untuk lebih mencanangkan lagi kebijakan pendewasaan usia perkawinan anak.

Ancaman lain adalah menurunnya persentase perempuan berumur 15-49 tahun berstatus kawin dan sedang menggunakan alat/cara KB. Persentase wanita yang sedang menggunakan alat/cara KB menurun dari sekitar 60 persen pada tahun 2015 menjadi sekitar 56 persen pada tahun 2016.

Pengelolaan penduduk yang belum tepat menyebabkan timbulnya beragam permasalahan penduduk. Jumlah penduduk yang tinggi berdampak pada peningkatan jumlah angkatan kerja, pengangguran, kemiskinan, dan pemukiman kumuh. Ini merupakan pekerjaan rumah yang besar bagi pemerintah untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat, meningkatkan kesempatan kerja, mengakhiri kemiskinan, meningkatkan pendidikan dan kesehatan, meningkatkan infrastruktur, dan meningkatkan akses pelayanan publik. Sehingga dibutuhkan langkah konkrit untuk mengendalikan kuantitas penduduk dan meningkatkan kualitas penduduk dengan bersinergi bersama pemerintah, swasta, dan masyarakat.

*Unfortunately, the declining trend of TFR and CBR is threatened by the increasing trend of married population at a young age. Figure 2 shows the growth of percentage of ever married women aged 10+ years by age at first marriage. In 2016 there was an increase in the percentage of women aged 10 years and over who had married at the age group 10-15 years and 16-18 years. Meanwhile, in the age group 19-24 there was a drop by almost 14 percent. This fact needs attention from the government for further policy making on maturation of the marriage age of young population.*

*Another population challenge is the decline in the percentage of ever married women aged 15-49 years using contraceptive methods of family planning. The percentage of women using contraceptive methods dropped from about 60 percent in 2015 to about 56 percent by 2016.*

*Improper method in population management has led to various population problems. High population numbers have an impact on increasing number of labor force, unemployment, poverty, and slums. This is a great task for the government to improve people's welfare, increase employment opportunities, end poverty, improve education and health, and improve infrastructure and access to public services. Of course, this requires concrete steps to control population size and improve population quality the by synergizing collaboration among government, private, and community.*



## II. KESEHATAN

### Derajat dan Status Kesehatan Penduduk

Sehat merupakan hak setiap warga negara yang diatur dalam konstitusi. Upaya peningkatan kesehatan bagi masyarakat di mulai dari bayi dengan pemberian ASI dan imunisasi hingga lanjut usia, dengan memberikan jaminan sosial.

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan suatu negara bahkan untuk mengukur tingkat kemajuan suatu bangsa adalah kematian bayi. Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia masih termasuk tinggi dibandingkan dengan negara tetangga seperti Malaysia dan Singapura yang sudah di bawah 10 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Data dari Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 menunjukkan bahwa AKB mengalami penurunan dibandingkan tahun 2007, yaitu dari 34 menjadi 32 per 1000 kelahiran hidup. Penurunan AKB ini juga merupakan tanggung jawab keluarga sebagai lingkup organisasi yang pertama. Kondisi serupa juga terjadi pada Angka Kematian Balita (AKABA), dimana pada tahun 2007 sebesar 44 turun menjadi 40 per 1000 balita hidup pada tahun 2012.

Kondisi kesehatan masyarakat di Indonesia semakin membaik ditunjukkan

## II. HEALTH AND NUTRITION

### Population Health Degree and Status

*Health is the right of every citizen guaranteed by the Constitution. Efforts to improve public health are aimed at a range of population from infants by breastfeeding and immunization to the elderly by providing social and health protection.*

*One of the indicators representing success of health development in order to improve the health status of a country and even to measure advancement of a nation is infant mortality. Infant Mortality Rate (IMR) in Indonesia is still high when compared with neighboring countries such as Malaysia and Singapore which are below 10 deaths per 1,000 live births. Data from Indonesia Demographic Health Survey (IDHS) in 2012 showed that IMR had decreased compared to 2007, from 34 to 32 per 1000 live births. This decline in IMR is also the responsibility of the family as the first organizational scope. Similar condition occurs in Under-five Mortality Rate, which amounted to 44 deaths per 1000 live births in 2007 and dropped to 40 deaths per 1000 live births in 2012.*

*The public health status in Indonesia seems improving indicated by the increase in Life*

**Tabel 3. Perkembangan Angka Kematian Bayi dan Angka Kematian Balita Indonesia (per 1.000 Kelahiran), 1991-2012**

**Table 3. Trends in Infant Mortality and Under-Five Mortality Rate (per 1,000 Births), 1991-2012**

Indikator Indicators	SDKI 1991	SDKI 1994	SDKI 1997	SDKI 2002-2003	SDKI 2007	SDKI 2012
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Angka Kematian Bayi Infant Mortality	68	57	46	35	34	32
Angka Kematian Balita Under-Five Mortality Rate	97	81	58	46	44	40

Sumber/Source: SDKI

**Tabel 4. Perkembangan Eo, IMR, CDR dan Jumlah Kematian, 2013-2017****Table 4. Trends of Eo, IMR, CDR and Size of Death, 2013-2017**

Indikator Indicators	2013	2014	2015	2016	2017
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Eo Laki-laki/ <i>Eo Male</i>	68,5	68,7	68,9	69,0	69,2
Eo Perempuan/ <i>Eo Female</i>	72,4	72,6	72,8	72,9	73,1
Eo Laki-Laki+Perempuan <i>Eo Male+Female</i>	70,4	70,6	70,8	70,9	71,1
IMR Laki-laki/ <i>IMR Male</i>	31,2	30,4	29,6	29,1	28,6
IMR Perempuan/ <i>IMR Female</i>	23,1	22,6	22,1	21,8	21,4
IMR Laki-Laki+Perempuan <i>IMR Male+Female</i>	27,2	26,6	26,0	25,5	25,1
CDR	6,3	6,3	6,4	6,4	6,4
Jumlah Kematian (000) <i>Size of death (000)</i>	1 577,5	1 598,7	1 622,2	1 653,1	1 684,0

dengan peningkatan Angka Harapan Hidup. *Expectancy. In 2013 it was still 70.4 years and*

Sumber : Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035, Badan Pusat Statistik

Source : *Indonesia Population Projection 2010-2035, BPS-Statistics Indonesia*

Tahun 2013 tercatat masih 70,4 tahun menjadi lebih panjang mencapai 71,1 tahun pada tahun 2017. Jika dilihat menurut jenis kelamin, angka harapan hidup perempuan lebih tinggi dari laki-laki. Peningkatan angka harapan hidup ini, menyebabkan bertambahnya populasi penduduk lansia. Peningkatan angka harapan hidup bisa berarti baik dan buruk. Baik karena angka ini menunjukkan perbaikan kesehatan masyarakat. Namun bisa berarti buruk karena meningkatkan jumlah masyarakat yang rentan terhadap berbagai penyakit karena makin besar jumlah lansia.

*reaches 71.1 years in 2017. On sex comparison, women's life expectancy is higher than men's. The increasing life expectancy causes an increase in the elderly population. An increase in life expectancy can have double implications, both positive and negative. The positive one is because this figure shows improvement of population health. However, it can mean negative since it increases the number of people who are vulnerable to various diseases because of the greater the number of elderly.*

Hasil Susenas tahun 2016 menunjukkan angka kesakitan (morbiditas) penduduk Indonesia mencapai 15,18 persen, atau turun dari tahun sebelumnya yang mencapai 16,14 persen. Angka kesakitan penduduk yang tinggal di daerah perkotaan lebih rendah dari penduduk yang tinggal di daerah perdesaan, masing-masing sekitar 14,70 persen dan 15,69 persen.

*The result of the National Socioeconomic Survey in 2016 shows the morbidity rate of Indonesian population that reached 15.18 percent, or a slight drop from the previous year which amounted to 16.14 percent. The morbidity rate of people living in urban areas is lower than those living in rural areas, 14.70 percent compared to 15.69 percent.*

Lamanya sakit merupakan salah satu indikator yang memberikan gambaran mengenai kondisi keluhan kesehatan yang

*Average day of illness is an indicator that gives an idea of the condition of the health complaints by the population. The decline in*

dirasakan oleh penduduk. Menurunnya angka morbiditas pada tahun 2016 tidak dapat dikatakan sebagai kondisi kesehatan penduduk yang membaik, karena terjadi peningkatan rata-rata lama sakit penduduk pada tahun 2016. Peningkatan rata-rata lama sakit penduduk terjadi di wilayah perkotaan sementara di wilayah perdesaan tidak mengalami perubahan.

### Tingkat Imunitas dan Gizi Balita

Gizi dan imunisasi awal bagi seorang anak harus mulai diperhatikan sejak masih di dalam kandungan. ASI merupakan makanan pertama bayi yang memiliki manfaat sangat besar dalam jangka panjang sebagai nutrisi terbaik dan terlengkap.

*morbidity in 2016 cannot be regarded as an improved health condition of the population, due to an increase in the average day of illness of the population. The increase in the average day of illness of the population occurred in urban areas but not in rural areas.*

### Immunity Level and Nutrition of Children Under Five

*Well nutrition and immunization should be crucial for a child since pregnancy period. Breastmilk provides enormous benefits in the long term, because breast milk is the most suitable nutrition for the newborns babies, containing protein and high quality nutrients, and antibodies.*

**Tabel 5. Beberapa Indikator Kesehatan (Persen), 2015 dan 2016**  
**Table 5. Some of Health Indicators (Percent), 2015 and 2016**

Indikator Indicators	Perkotaan Urban		Perdesaan Rural		Perkotaan + Perdesaan Urban+Rural	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Angka kesakitan (%)/Morbidity rate (%)	15,41	14,70	16,89	15,69	16,14	15,18
Rata-rata lama sakit (hari) Average days of illness (days)	5,57	5,65	5,89	5,89	5,74	5,77
Anak kurang dari 6 bulan yang mendapat ASI eksklusif (%) Children under 6 month with eksklusif breastfed (%)	56,44	63,09	57,72	62,70	57,08	62,90
Anak usia kurang dari 2 tahun/Children under 2 years						
Anak usia kurang dari 2 tahun yang pernah disusui (%) Children under 2 years who were breastfed (%)	94,38	92,58	95,68	95,41	95,04	93,96
Rata-rata lama disusui (bulan) Average Duration of Breastfeeding (month)	10,05	9,93	10,49	10,49	10,28	10,21
Anak usia 12-59 bulan yang mendapat imunisasi lengkap (%) Children Aged 12-59 months who have been complete immunization (%)	61,08	63,16	54,18	56,68	57,59	59,99
Persentase Balita yang Pernah Mendapat Imunisasi/Percentage of Under-Fives Who Ever Been Immunized						
BCG	93,54	91,90	91,60	88,03	92,56	90,00
DPT	87,99	87,16	83,48	82,34	85,72	84,80
Polio	94,49	92,05	93,47	88,97	93,98	90,54
Campak/Measless	78,80	73,98	76,19	71,47	77,48	72,75
Hepatitis B	84,78	87,34	78,36	81,18	81,55	84,32

Sumber : Susenas Kor, 2015-2016

Source : National Socioeconomic Survey Kor, 2015-2016

Hasil Susenas 2015 menunjukkan bahwa anak usia di bawah usia 2 tahun yang pernah disusui secara nasional ada sebanyak 95,04 persen dan menurun pada tahun 2016 menjadi 93,96 persen. Penurunan pemberian ASI pada anak usia di bawah usia 2 tahun ini lebih banyak terjadi di wilayah perkotaan dibandingkan wilayah perdesaan. Hal ini terjadi kemungkinan akses anak usia di bawah 2 tahun di perdesaan untuk mendapatkan tingkat imunitas dan pertumbuhan lebih baik dibandingkan kondisi di daerah perkotaan. Hal tersebut dapat dimaklumi mengingat ibu-ibu yang tinggal di daerah perdesaan, diperkirakan mempunyai banyak kesempatan dalam menyusui anaknya.

Selain ASI, imunisasi sangat diperlukan bagi perkembangan dan peningkatan kekebalan daya tahan tubuh balita. Pada tahun 2016, balita yang pernah mendapatkan imunisasi BCG, DPT, Polio dan Campak mengalami penurunan jika dibandingkan tahun 2015, sebaliknya untuk balita yang pernah mendapat imunisasi Hepatitis B mengalami peningkatan yaitu dari 81,55 persen pada tahun 2015 menjadi 84,32 persen pada tahun 2016. Peningkatan persentase balita yang pernah mendapat imunisasi Hepatitis B ini terjadi baik di wilayah perkotaan maupun perdesaan. Kesadaran dari masyarakat atau orang tua yang memiliki balita khususnya akan bahayanya penularan virus hepatitis B ini menjadi salah satu faktor meningkatnya persentase balita yang pernah mendapat imunisasi Hepatitis B.

*The results of the National Socioeconomic Survey in 2015 show that children under 2 years of age, who have been breastfed, nationally amounted to 95.04 percent and decreased in 2016 to 93.96 percent. The decrease of breastfeeding in children under 2 years of age is more common in urban areas than in rural areas. This causes those in rural areas had better immunity and growth than those in urban areas. This is understandable considering the mothers who live in rural areas are likely to have more opportunities in breastfeeding their children.*

*In addition to breastfeeding, immunization is critical for the development and growth of immunity of children under five. In 2016, the children under five who have received BCG, DPT, Polio and Measles immunization have decreased compared to 2015, on the contrary, for children under five who have received Hepatitis B immunization has increased from 81.55 percent in 2015 to 84.32 percent in year 2016. Increase in percentage of children under five who had received Hepatitis B immunization occurred in both urban and rural areas. Particularly, the awareness of parents who have children under five on danger of transmission of hepatitis B virus has become main factor in increasing the percentage of children under five who had received such immunization.*

**Tabel 6. Persentase Balita Menurut Status Gizi, 2007, 2010, dan 2013**

**Table 6. Percentage of Children Under Five by Nutritional Status, 2007, 2010, dan 2013**

<b>Status Gizi Balita Nutritional Status</b>	<b>2007</b>	<b>2010</b>	<b>2013</b>
(1)	(2)	(3)	(4)
Lebih/ <i>Over Nourished</i>	4,3	5,8	4,5
Normal/ <i>Well Nourished/Normal</i>	77,2	76,2	75,9
Kurang/ <i>Malnourished</i>	13,0	13,0	13,9
Buruk/ <i>Severely Malnourished</i>	5,4	4,9	5,7

Sumber : Riset Kesehatan Dasar, Kementerian Kesehatan  
Source : Basic Health Research, Ministry of Health

Selain pemenuhan ASI bagi balita, program kecukupan gizi juga sangat penting bagi balita. Kasus gizi buruk umumnya menimpa balita dengan latar belakang ekonomi kurang/lemah. Hasil Survei Riskesdas 2013 yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan memperlihatkan bahwa balita yang mengalami gizi buruk tahun 2013 sebesar 5,7 persen dan balita yang mengalami gizi kurang sebesar 13,9 persen. Prevalensi gizi balita dengan status gizi normal pada tahun 2013 mencapai 75,9 persen atau mengalami penurunan dari tahun 2010 yang sudah mencapai 76,2 persen.

*In addition to the provision of breastfeeding for children under five, nutritional sufficiency program is also very important for overcoming the malnutrition cases that commonly affects the under-fives of less economic family. The results of the 2013 Basic Health Research survey conducted by the Ministry of Health showed that severely malnourished children under-five in 2013 were 5.7 percent and the malnourished were 13.9 percent. The nutritional prevalence of children under-five with normal status in 2013 reached 75.9 percent or decreased from 2010 that amounted to 76.2 percent.*

### Pemanfaatan Fasilitas Tenaga Kesehatan

Sejak berakhirnya MDGs pada 2015 dan berlakunya SDGs, upaya penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) masih menjadi perhatian khusus baik di Indonesia maupun dunia. Dari pengalaman era MDGs (2000–2015), Indonesia ternyata belum berhasil menurunkan angka kematian ibu. Untuk menurunkan AKI salah satunya adalah dengan

### Utilization Facility Health Workers

*Since the commencement of SDGs, the efforts to decrease maternal mortality rate are very crucial in both in Indonesia and the world. In the era of the MDGs (2000-2015), Indonesia seemed to not completely successful in reducing maternal mortality. The effective ways to reduce the MMR are increasing the number of birth attendants of medical personnel and*

**Tabel 7. Persentase Perempuan Berumur 15-49 Tahun yang Pernah Kawin menurut Penolong Proses Kelahiran Terakhir, 2015 dan 2016**

**Table 7. Percentage of Ever Married Women Aged 15-49 Years by Last Birth Attendant, 2015 and 2016**

Indikator Indicators	Perkotaan Urban		Perdesaan Rural		Perkotaan+Perdesaan Urban+Rural	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Tenaga Kesehatan/ <i>Health Personnel</i>	96,78	96,67	86,24	88,28	91,51	92,59
Dokter Kandungan/ <i>Obstetrician</i>	32,13	34,59	14,88	17,52	23,51	26,30
Dokter Umum/ <i>General Practitioner</i>	2,11	2,10	2,04	1,96	2,07	2,03
Bidan/ <i>Midwives</i>	61,86	59,38	68,28	67,93	65,07	63,53
Perawat/ <i>Nurse</i>	0,49	0,51	0,74	0,64	0,62	0,57
Tenaga Kesehatan Lainnya <i>Other Health Professionals</i>	0,18	0,09	0,30	0,23	0,24	0,16
Bukan Tenaga Kesehatan <i>Non-Health Personnel</i>	3,21	3,27	13,55	11,55	8,38	7,29
Dukun Beranak, Paraji <i>Traditional Birth Attendance</i>	3,13	3,16	12,46	10,70	7,79	6,82
Lainnya/ <i>Others</i>	0,08	0,11	1,09	0,85	0,59	0,47
Tidak Ada/ <i>None</i>	0,01	0,05	0,20	0,18	0,11	0,11

Sumber : Susenas Kor, 2015-2016

Source : National Socioeconomic Survey Kor, 2015-2016

meningkatkan pertolongan persalinan oleh tenaga medis dan meningkatkan pelayanan neonatal. Usaha pemerintah dalam menyediakan tenaga kesehatan ternyata memperlihatkan hasil yang baik, dimana persentase perempuan yang melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan sudah cukup baik yaitu sekitar 92,59 persen. Bila dilihat berdasarkan daerah tempat tinggal, terlihat bahwa di daerah perkotaan relatif lebih banyak persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan daripada di perdesaan.

Akses penduduk dalam memanfaatkan tenaga kesehatan tidak hanya dilihat dari penolong persalinan tetapi juga dapat dilihat dari ketersediaan/kemudahan mencapai fasilitas/tempat dan tenaga kesehatan. Pada umumnya pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh penduduk sangat erat terkait dengan kondisi sosial ekonomi penduduk dan kondisi wilayah tempat tinggal. Kelihatan perbedaan kualitas kesehatan yang nyata antara penduduk di perdesaan dengan penduduk perkotaan ini dapat disebabkan oleh

*improving neonatal services. The government's effort in providing health workers has shown good results, where the percentage of women who gave birth was attended by health workers is quite high at 92.59 percent. On urban-rural comparison, it appears that there are more births attended by health personnel in urban areas than in rural areas.*

*Access of the population in utilizing services of health personnel is not only indicated by birth attendants but also by the availability or ease of access to health facilities and health personnel. In general, the utilization of health facilities by residents is closely related to the socioeconomic conditions of the population and the conditions of the residence area. An obvious difference in the quality of health between rural and urban population can be attributed by differences in availability and distance to the health care facilities from house,*

**Table 8. Persentase Penduduk yang Berobat Jalan Menurut Tempat Berobat, 2015 dan 2016**  
**Table 8. Percentage of Population Treated Outpatient by Place of Treatment, 2015 and 2016**

Indikator Indicators	Perkotaan Urban		Perdesaan Rural		Perkotaan+Perdesaan Urban+Rural	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Persentase Penduduk yang Berobat Jalan Menurut Tempat Berobat <i>Percentage of Population Treated Outpatient by Place of Treatment</i>						
Rumah Sakit/Hospital	16,52	16,98	7,91	9,4	12,28	13,38
Praktek Dokter/Bidan/Klinik/Praktek Dokter Bersama/ Petugas Kesehatan <i>Practitioner Doctor/Midwives/Clinics/ Practitioner Doctor Centre/Paramedical</i>	54,49	53,73	56,15	55,06	55,31	54,35
Puskesmas/Pustu <i>Health Center/Subsidiary Health Centre</i>	28,51	29,37	31,11	32,28	29,79	30,75
Pengobatan Tradisional/ <i>Traditional Healer</i>	1,85	1,86	2,38	2,47	2,11	2,15
Lainnya (UKBM, Dukun Bersalin, dan lainnya) <i>Others (UKBM, Traditional Birth Attendance, and others)</i>	3,26	2,95	7,15	6,68	5,18	4,73
Persentase Penduduk yang Berobat Jalan <i>Percentage of Population Treated Outpatient</i>	56,27	56,82	55,63	55,67	55,96	56,27

Sumber : Susenas Kor, 2015-2016

Source : National Socioeconomic Survey Kor, 2015-2016



perbedaan ketersediaan dan jarak menuju ke fasilitas pelayanan kesehatan tersebut, ditambah lagi perilaku penduduk itu sendiri. Tingginya persentase penduduk di daerah perkotaan yang memanfaatkan berobat ke praktek dokter/klinik, mengingat lebih mudahnya akses dan kualitas pelayanannya jauh lebih baik dibandingkan dengan di daerah perdesaan.

Dari beberapa jenis tempat berobat, persentase penduduk yang berobat ke Praktek dokter/bidan/klinik/praktek dokter bersama/petugas kesehatan adalah yang paling besar baik di daerah perkotaan maupun perdesaan. Sementara itu, penduduk yang berobat jalan mencapai 56,27 persen pada tahun 2016, baik di perkotaan maupun di perdesaan persentasenya relatif seimbang, mencapai 57 persen.

Ketersediaan tenaga kesehatan medis yang mampu memenuhi kebutuhan masyarakat terus diusahakan oleh pemerintah, yang tercermin dari sasaran dalam Renstra Kementerian Kesehatan 2010-2014. Berdasarkan Hasil Pendataan Potensi Desa yang dilaksanakan BPS pada tahun 2008, 2011, dan 2014 dapat dihitung rasio tenaga kesehatan per 100.000 penduduk. Pada Tabel 9 menunjukkan ketersediaan tenaga dokter sempat mengalami sedikit fluktuasi yaitu dari 23 dokter pada tahun 2008 menjadi 22 dokter per 100.000 penduduk pada tahun 2011 dan pada tahun 2014 sebesar 23 dokter per 100.000 penduduk. Sementara untuk

*and the behavior of the people themselves. The high percentage of population in urban areas obtaining treatment from Practitioner Doctor/Clinics is supported by easier access and much better quality of health care than in rural areas.*

*From all types of health facilities in this discussion, the data show that percentage of people who went to Practitioner Doctor/Midwives/Clinics/ Practitioner Doctor Centre/ Paramedics was the largest group in both urban and rural areas. Meanwhile, the number of Population Treated Outpatient reached 56.27 percent in 2016. In both urban and rural areas, the percentages are relatively equal, around 57 percent.*

*The availability of medical health workers who are able to meet the needs of the community continues to be improved by the government, which is listed in the targets in the Strategic Plan of the Ministry of Health 2010-2014. The Results of Village Potential Data Collection conducted by BPS in 2008, 2011 and 2014 can display the ratio of health workers per 100,000 population. Table 9 shows the availability of medical doctors had slightly fluctuated from 23 doctors in 2008 to 22 doctors per 100,000 population in 2011 and turned to 23 doctors per 100,000 population in 2014. As for the ratio of midwives and other paramedics, the ratio has increased. The increasing*

**Tabel 9. Rasio Tenaga Kesehatan per 100.000 Penduduk, 2008-2014**

**Table 9. Ratio of Health Workers per 100.000 Population, 2008-2014**

Tenaga Kesehatan Health Workers	2008	2011	2014
(1)	(2)	(3)	(4)
Dokter/Doctor	23	22	23
Bidan/Midwife	42	48	60
Mantri Kesehatan/Other paramedical	35	54	71
Dukun bayi/Traditional birth attendant	67	60	55

Sumber : Potensi Desa 2014, diolah

Source : Village Potential Census 2014, processed

rasio tenaga kesehatan bidan dan mantri kesehatan selalu mengalami peningkatan. Karenan meningkatnya ketersediaan tenaga kesehatah/medis ini memnyebabkan rasio tenaga kesehatan dukun bayi mengalami penurunan.

*availability of health/medical personnel caused the ratio of traditional birth attendants decreased.*

<https://www.bps.go.id>

### III. PENDIDIKAN

Beberapa indikator output yang dapat menunjukkan kualitas pendidikan SDM antara lain Angka Melek Huruf (AMH), Tingkat Pendidikan, Angka Partisipasi Sekolah (APS), Angka Partisipasi Kasar (APK) dan Angka Partisipasi Murni (APM). Indikator input pendidikan salah satunya adalah fasilitas pendidikan.

#### Angka Melek Huruf (AMH)

Indikator mendasar yang digunakan untuk melihat tingkat kemampuan membaca dan menulis adalah angka melek huruf (*literacy rate*). AMH merupakan salah satu indikator penting untuk mengukur keberhasilan implementasi kebijakan bidang pendidikan, dan kualitas sumber daya manusia suatu daerah.

Penduduk usia 15 tahun keatas merupakan masyarakat dewasa yang sudah seharusnya dapat membaca dan menulis huruf latin. Namun pada kenyataannya pada tahun 2016 masih ada sekitar 4,62 persen penduduk usia 15 tahun ke atas yang tidak dapat membaca dan menulis huruf latin. Berdasarkan tabel 5.10, angka melek huruf penduduk laki-laki masih lebih tinggi bila dibandingkan dengan penduduk perempuan.

#### Angka Partisipasi Sekolah (APS)

Salah satu tujuan dari *Sustainable Development Goals (SDGs)* adalah menjamin bahwa sampai dengan tahun 2030 semua anak, baik laki-laki maupun perempuan dapat menyelesaikan pendidikan dasar (*primary schooling*). Salah satu indikator yang dapat digunakan adalah Angka Partisipasi Sekolah (APS). Semakin tinggi APS semakin besar jumlah penduduk yang mempunyai kesempatan untuk mengenyam pendidikan.

Pada tahun 2016 masih terdapat sekitar 0,91 persen penduduk usia 7-12 tahun

### III. EDUCATION

*Quality of education that relates with human resources can be measured by some output indicators such as Literacy Rate, Educational Attainment, School Participation Rate, Gross Enrolment Ratio and Net Enrollment Ratio. In terms of input, the quality can be seen from number of schools and educational facilities.*

#### Literacy Rate

*The fundamental indicator used to look at the level of ability to read and write is literacy rate. The literacy rate is one of the important indicators to measure the successful implementation of education policy, and quality of human resources in an area.*

*People aged 15 years and over are adult population who should be able to read and write Latin letters. However, in 2016 there were still around 4.62 percent populations aged 15 years and over who were not able to read and write Latin letters. Based on table 5.10, the literacy rate of male population is higher when compared with female population.*

#### School Enrollment Rate

*One of the Sustainable Development Goals (SDGs) is to ensure that by 2030 all children, both men and women, can complete primary school. The indicator that can be used to measure this matter is School Participation Rate. The higher the School Participation Rate the greater the number of population who have the opportunity to get education.*

*In 2016 there were around 0.91 percent of the population aged 7-12 years who have*

yang belum mengenyam pendidikan atau tidak bersekolah. Sedangkan pada kelompok usia 13-15 tahun terdapat sebanyak 5,12 persen penduduk yang belum mengenyam pendidikan. Tabel 5.10 juga menunjukkan bahwa APS penduduk laki-laki maupun perempuan pada kelompok umur 7-12 tahun dan 13-15 tahun tidak menunjukkan perbedaan yang sangat mencolok, sedangkan pada kelompok umur 16-18 APS perempuan lebih tinggi dibandingkan APS laki-laki.

*not obtained education or are no schooling. Meanwhile, in the age group 13-15 years there were 5.12 percent of them who have not obtained education. Table 5.10 also shows that male and female school participation rate in the 7-12 and 13-15 years age group did not show a significant difference, whereas in the 16-18 years age group the school participation rate of females was higher than that of males.*

### Angka Partisipasi Murni (APM)

Angka Partisipasi Murni (APM) merupakan persentase jumlah anak yang sedang bersekolah pada jenjang pendidikan yang sesuai dengan usianya terhadap jumlah seluruh anak pada kelompok usia sekolah yang bersangkutan. selama periode 2015-2016 telah terjadi peningkatan APM pada semua jenjang pendidikan. Secara umum APM SD sebesar 96,82 persen meningkat dari tahun sebelumnya yang tercatat sebesar

### Net Enrollment Rate

*Net enrolment ratio (NER) is percentage of number of children enrolled at the education level corresponding to their age to the total number of children in the relevant school age groups. During the period 2015-2016 there had been an increase in NER at all levels of education. In general, the NER of primary school increased to 96.82 percent from the previous year which was recorded at 96.70 percent. NER of junior high school also increased from 77.82*

**Tabel 10. Beberapa Indikator Pendidikan (Persen), 2015 dan 2016**

**Table 10. Several Education Indicators (Percent), 2015 and 2016**

Indikator Indicators	Laki-Laki Male		Perempuan Female		Laki-Laki+Perempuan Male+Female	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Penduduk Usia 15+ Tahun/Population Aged 15+ Years						
Angka Melek Huruf (AMH) Literacy Rate	97,11	97,17	93,34	93,59	95,22	95,38
Rata-Rata Lama Sekolah Mean Years of Schooling	8,69	8,77	7,96	8,12	8,32	8,44
Rata-Rata Lama Sekolah <sup>1</sup> Mean Years of Schooling	8,35	8,41	7,35	7,50	7,84	7,95
Angka Partisipasi Sekolah (APS)/School Enrollment Ratio						
- 7-12 tahun/year	99,02	99,05	99,15	99,12	99,09	99,09
-13-15 tahun/year	94,11	93,82	95,35	95,98	94,72	94,88
- 16-18 tahun/year	69,39	69,62	71,94	72,11	70,61	70,83
Angka Partisipasi Murni (APM)/Net Enrollment Ratio						
- SD/Primary School	96,55	96,96	96,86	96,67	96,70	96,82
- SMP/Junior High School	76,16	76,13	79,54	79,85	77,82	77,95
- SM/Senior High School	58,74	58,37	60,77	61,61	59,71	59,95

Catatan : 1) Penduduk usia 25+ tahun

Notes : 1) Population Aged 25+ years

Sumber : Susenas Kor, 2015-2016

Source : National Socioeconomic Survey Kor, 2015-2016

96,70 persen. APM SMP juga mengalami peningkatan dari 77,82 persen pada tahun 2015 menjadi 77,95 persen pada tahun 2016. Sedangkan untuk tingkat SMA meningkat dari 59,71 persen naik menjadi 59,95 persen.

Bila dilihat berdasarkan jenis kelamin, APM SD untuk laki-laki lebih besar dibandingkan perempuan, APM SD untuk laki-laki tercatat sebesar 96,96 persen pada tahun 2016, sedangkan APM SD untuk perempuan sebesar 96,67 persen. Berbeda halnya dengan APM SMP dan APM SMA, dimana APM perempuan justru lebih besar bila dibandingkan dengan APM laki-laki. APM SMP perempuan tercatat sebesar 79,85 persen, sementara APM SMP laki-laki sebesar 76,13 persen pada tahun 2016. Begitu pula pada jenjang pendidikan SMA, APM perempuan juga menunjukkan kondisi yang lebih tinggi dari pada laki-laki, APM perempuan tercatat sebesar 61,61 persen berbanding 58,37 persen untuk APM laki-laki.

### **Putus Sekolah, Angka Mengulang dan Angka Kelulusan**

Angka putus sekolah mencerminkan persentase anak usia sekolah yang sudah tidak lagi bersekolah/tidak menamatkan jenjang pendidikan tertentu. Indikator ini digunakan sebagai barometer pencapaian rencana strategi dalam rangka meningkatkan mutu, relevansi dan daya saing pendidikan. Banyak faktor yang menyebabkan anak terpaksa putus sekolah, diantaranya adalah karena kurangnya kesadaran orang tua akan pentingnya pendidikan anak, keterbatasan ekonomi, keadaan geografis yang kurang menguntungkan, keterbatasan akses menuju ke sekolah, jarak sekolah yang jauh atau minimnya fasilitas pendidikan di suatu daerah.

Tabel 11 menunjukkan angka putus sekolah dari tingkat pendidikan SD, SMP, SMA dan SMK selama periode 2013/2014-2016/2017. Pada tahun ajaran 2014/2015 dan 2016/2017 terlihat bahwa angka putus

percent in 2015 to 77.95 percent in 2016. In the meantime, the net enrolment ratio at senior high school level has slightly improved from 59.71 to 59.95 percent.

*When looking at by sex, the NER of primary school for male is greater than that for female. The figures in 2016 were 96.99 percent for male compared to 96.67 percent for female at primary school level. On contrary, at the junior high school and senior high level the NER for female was greater than that for male. NER of female at junior high school level was 79.85 percent while the NER of male at junior high school was 76.13 percent. Similarly, at the level of senior high school education, female's NER also shows a higher condition than male's, 61.61 percent compared to 58.37 percent.*

### **Dropout Rate, Repetition Rate, and Graduation Rate**

*The dropout rate reflects the percentage of school-aged children who are out-of-school / not completing a certain level of education. This indicator is used to measure achievement of strategic plans in order to improve quality, relevance and competitiveness of national education. There are many reasons why children drop out of school, such as lack of parental awareness and support, poor financial condition, poor geographic conditions, limited access to school, distant school location and inadequate number of schools in an area.*

*Table 5.11 shows the dropout rates in primary, junior and senior high school and vocational education level during the period 2013 / 2014-2016 / 2017. In the academic year 2014/2015 and 2016/2017 it can be seen that*

**Tabel 11. Perkembangan Angka Putus Sekolah, Mengulang, Angka Kelulusan, Rasio Murid-Guru, Guru-Sekolah, dan Murid-Kelas Menurut Tingkat Pendidikan, Tahun Ajaran 2013/2014 - 2016/2017**

**Table 11. Trend of Drop Out, Repeating Rate, Graduation Rate, Student-Teacher Ratio, Teacher-School Ratio, Student-Classroom by Educational Level, 2013/2014 - 2016/2017**

Indikator Indicators	Tahun Ajaran/Year			
	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Angka Putus Sekolah/Drop Out</b>				
SD/Primary School	1,10	0,67	0,26	0,15
SMP/Junior School	1,42	0,87	0,52	0,39
SMA/General High School	0,98	1,59	0,96	0,84
SMK/Vocational High School	3,08	2,05	1,85	1,68
<b>Angka Mengulang/Repeating Rate</b>				
SD/Primary School	1,91	1,42	1,62	1,40
SMP/Junior School	0,24	0,24	0,25	0,23
SMA/General High School	0,26	0,63	0,16	0,17
SMK/Vocational High School	0,21	0,85	0,20	0,23
<b>Angka Kelulusan/Graduation Rate</b>				
SD/Primary School	99,73	99,57	99,70	99,83
SMP/Junior School	99,80	99,04	99,08	99,46
SMA/General High School	97,86	98,99	98,51	98,96
SMK/Vocational High School	99,00	98,05	97,32	98,00
<b>Rasio Murid-Guru/Student-Teacher Ratio</b>				
SD/Primary School	17	14	14	16
SMP/Junior School	15	12	15	16
SM/Senior High School	18	12	15	16
<b>Rasio Guru/Sekolah/Teacher-School Ratio</b>				
SD/Primary School	11	10 <sup>r</sup>	12	11
SMP/Junior School	18	22	18	16
SM/Senior High School	20	29	22	22
<b>Rasio Murid-Kelas/Student-Classroom Ratio</b>				
SD/Primary School	25	24	24	23
SMP/Junior School	30	29	29	29
SM/Senior High School	28	30	29	29

Catatan/Note : r. Angka revisi/Revised figure

Sumber : Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan

Source : Ministry of Education and Culture

sekolah meningkat seiring kenaikan jenjang pendidikan. Jika dilihat perkembangannya, ada penurunan angka putus sekolah, pada

the dropout rate increased along with the increase in education level. When viewing the trend in this matter, there is a decline in dropout



setiap jenjangnya setiap tahunnya kecuali di SMA. Pada pendidikan SMA angka putus sekolah menunjukkan keadaan yang berfluktuatif dengan kecenderungan menurun. Hal yang cukup menarik untuk diteliti lebih lanjut adalah pada angka putus sekolah SMK yang selalu lebih tinggi dibandingkan SMA.

Angka Mengulang dari tahun ajaran ke tahun ajaran juga menunjukkan tren yang terus menurun setiap tahun. Namun demikian, Angka Mengulang SD masih yang tertinggi sepanjang tahun ajaran 2013/2014 - 2016/2017 dibanding jenjang pendidikan yang lainnya.

Angka Kelulusan SD hingga SMK sudah mencapai di atas 98 persen, bahkan Angka Kelulusan SD mencapai 99,88 persen (2016/2017) tertinggi dibandingkan jenjang pendidikan yang lain. Namun Angka Kelulusan SMK pada tahun 2016/2017 merupakan Angka Kelulusan terendah dibanding jenjang pendidikan yang lain, yaitu hanya 98,00 persen.

### Rasio Murid-Guru dan Rasio Murid-Kelas

Rasio Murid-Guru dapat memberikan gambaran besarnya beban guru dalam mengajar, sehingga apabila Rasio Murid-Guru semakin tinggi maka semakin banyak siswa yang harus dididik oleh seorang guru. Sementara itu, Rasio Murid Kelas menggambarkan daya tampung siswa dalam satu kelas. Semakin tinggi Rasio Murid Kelas, maka semakin banyak jumlah siswa dalam satu kelas. Keadaan ini berdampak pada suasana dan keberhasilan dalam kegiatan proses belajar mengajar.

Tabel 11 memperlihatkan bahwa selama periode tahun ajaran 2015/2016-2016/2017 telah terjadi kenaikan beban guru dalam mengajar. Hal ini terjadi pada semua jenjang pendidikan yakni SD, SMP, dan SM. Angka Rasio Murid-Guru pada ketiga jenjang pendidikan tersebut mengalami kenaikan.

*rates, at every level in every year except in high school level. In high school level, the dropout rate showed a fluctuating state with a declining trend. It is interesting to further investigate on the dropout rate of vocational high school level which is always higher than general high school.*

*Repetition rate from each academic year also displays a steadily declining trend every year. However, the repetition rate in the primary school appeared to be the highest throughout the academic year 2013/2014 to 2016/2017 when compared to other education levels.*

*Graduation rate range from primary school up to vocational school has reached above 98 percent, even the rate in primary school reached 99.88 percent (2016/2017), which was the highest compared to other education levels. But the graduation rate in vocational high school in 2016/2017 was the lowest figure compared to other education levels, at 98.00 percent.*

### Pupil-Teacher Ratio and Student-Classroom Ratio

*Student-Teacher Ratio can describe an overview of the teacher's workload in school activity, so if the higher the Student-Teacher Ratio then the more the students should be educated by a teacher. Meanwhile, the Student-Classroom Ratio represents the capacity of students in a class. The higher the Student-Classroom Ratio, the more the number of students in a class. This situation has a direct impact on the comfort and success in school activities.*

*Table 11 shows that during the academic year 2015/2016 to 2016/2017 there has been an increase in teacher's workload in teaching. This happened at all levels of education i.e. primary, junior high school, and senior high school. Student-Teacher Ratio in these three levels of education has been increasing than before.*

Meskipun demikian kenaikan tersebut tidak signifikan dan tidak memberatkan beban guru karena hanya terjadi penambahan beban murid per guru.

Indikator selanjutnya adalah Rasio Murid-Kelas, yang dapat digunakan untuk mengukur daya tampung kelas dan juga beban guru dalam mengajar. Berdasarkan indikator Rasio Murid-Kelas, selama periode tahun ajaran 2015/2016-2016/2017 tidak terjadi perubahan yang nyata dalam daya tampung kelas dan beban guru dalam mengajar..

*Nevertheless the increase was not significant and did not burden the teacher's workload because there was just increase in number of students per teacher.*

*Another indicator is the Student-Classroom Ratio, which can be used to measure the capacity of the classroom and also the workload of teachers in teaching. Based on the Student-Classroom Ratio indicators, during the academic year 2015/2016-2016/2017 there was no notable change in classroom capacity and teacher's workload.*

<https://www.bps.go.id>

#### IV. KETENAGAKERJAAN

Data dan informasi ketenagakerjaan sangat penting bagi penyusunan kebijakan, strategi dan program ketenagakerjaan dalam rangka pembangunan nasional dan pemecahan masalah ketenagakerjaan.

#### Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK) dan Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT)

TPAK merupakan indikator ketenagakerjaan yang penting digunakan untuk mengukur tingkat partisipasi tenaga yang aktif dalam kegiatan ekonomi. TPAK secara nasional pada Agustus 2015 tercatat menjadi 65,76 persen meningkat menjadi 66,34 persen pada Agustus 2016. Demikian halnya dengan kondisi Februari, TPAK Indonesia meningkat menjadi 69,02 persen pada tahun 2017 dari 68,06 persen pada tahun 2016. Meningkatnya TPAK merupakan indikasi kecenderungan penduduk ekonomi aktif untuk mencari atau melakukan kegiatan ekonomi. Bila dilihat berdasarkan tempat tinggal, TPAK di daerah perkotaan lebih rendah dibandingkan perdesaan. Sebagaimana kondisi nasional, TPAK di daerah perkotaan maupun perdesaan juga mengalami peningkatan meskipun relatif kecil.

TPT di Indonesia menurun dari 6,18 persen (Agustus 2015) menjadi 5,61 persen (Agustus 2016). Jika dilihat per wilayah, TPT di perkotaan (6,60 persen) secara umum terlihat lebih tinggi jika dibandingkan di daerah perdesaan (4,51 persen). Lebih tingginya TPT

#### IV. EMPLOYMENT

*Employment data and information is critical for the formulation of policies, strategies and programs on employment in the context of national development and employment problem solving.*

#### *Labor Force Participation Rate (LFPR) and Unemployment Rate (OUR)*

*Labor Force Participation Rate (LFPR) is an important employment indicator used to see the level of active labor participation in economic activities. The national LFPR in August 2015 was recorded to 65.76 percent increasing to 66.34 percent in August 2016. Similarly, in February, the Indonesian LFPR went up to 69.02 percent in 2017 from 68.06 percent in 2016. The increasing of LFPR is an indication of the tendency of the economically active population to seek or conduct economic activities. Based on urban-rural comparison, the LFPR in urban areas was lower than in rural areas. Similar to national condition, the LFPRs in both urban and rural areas were also increasing although in relatively small point.*

*Open Unemployment Rate (OUR) in Indonesia declined from 6.18 percent (August 2015) to 5.61 percent (August 2016). On urban-rural comparison, OUR in urban areas (6.60 percent) was generally higher than in rural areas (4.51 percent). Higher OUR in urban*

**Tabel 12. Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja dan Tingkat Pengangguran Terbuka (Persen), 2015 - 2017**

**Table 12. Labor Force Participation Rate and Open Unemployment Rate (Percent), 2015 - 2017**

Daerah Tempat Tinggal Type of Area	Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja Labor Force Participation Rate				Tingkat Pengangguran Terbuka Open Unemployment Rate			
	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Perkotaan/Urban	63,88	66,16	63,94	66,33	7,31	6,53	6,60	6,50
Perdesaan/Rural	67,95	70,32	69,21	72,32	4,93	4,35	4,51	4,00
Perkotaan+Perdesaan Urban+Rural	65,76	68,06	66,34	69,02	6,18	5,50	5,61	5,33

Sumber : Survei Angkatan Kerja Nasional, 2015-2017

Source : National Labor Force Survey, 2015-2017

**Tabel 13. Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) Menurut Tingkat Pendidikan (Persen), 2015 - 2017**  
**Table 13. Labor Force Participation Rate and Open Unemployment Rate (Percent), 2015 - 2017**

Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan <i>Educational Level</i>	Perkotaan <i>Urban</i>				Perdesaan <i>Rural</i>				Perkotaan+Perdesaan <i>Urban+Rural</i>			
	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
Tdk/blm pernah sekolah <i>No schooling</i>	2,46	2,74	2,84	3,47	0,86	1,94	1,03	1,83	1,25	2,15	1,46	2,21
Tdk/blm tamat SD <i>Not completed primary school</i>	3,61	4,87	3,64	5,10	1,78	2,63	2,12	1,95	2,42	3,44	2,65	3,06
SD/Ibtidaiyah <i>Primary school</i>	3,77	4,57	4,16	5,99	2,69	2,99	2,50	2,72	3,09	3,62	3,15	3,98
SMP/Tsanawiyah <i>Junior high school</i>	6,35	6,83	6,06	6,13	6,09	4,67	5,36	4,55	6,22	5,76	5,71	5,36
SMA/Aliyah <i>General high school</i>	10,01	6,86	8,74	7,31	10,90	7,12	8,69	6,52	10,32	6,95	8,72	7,03
SMK <i>Vocational high school</i>	12,47	9,73	10,91	9,07	13,22	10,15	11,61	9,81	12,65	9,84	11,11	9,27
Diploma I/II/III <i>Diploma I/II/III</i>	7,31	7,17	6,23	5,90	8,25	7,41	5,50	7,89	7,54	7,22	6,04	6,35
Diploma IV atau Universitas <i>Diploma IV or University</i>	6,19	6,26	4,88	4,91	7,18	6,08	4,84	5,21	6,40	6,22	4,87	4,98
<b>Jumlah Total</b>	<b>7,31</b>	<b>6,53</b>	<b>6,60</b>	<b>6,50</b>	<b>4,93</b>	<b>4,35</b>	<b>4,51</b>	<b>4,00</b>	<b>6,18</b>	<b>5,50</b>	<b>5,61</b>	<b>5,33</b>
<b>SMA /SMK ke Atas Senior high school or higher</b>	<b>9,59</b>	<b>7,56</b>	<b>8,19</b>	<b>7,11</b>	<b>10,66</b>	<b>7,68</b>	<b>8,52</b>	<b>7,21</b>	<b>9,90</b>	<b>7,59</b>	<b>8,29</b>	<b>7,14</b>

Sumber : Survei Angkatan Kerja Nasional, 2015-2017

Source : National Labor Force Survey, 2015-2017

di daerah perkotaan menunjukkan bahwa lapangan kerja yang tersedia di perkotaan belum mampu menyerap jumlah tenaga kerja dalam jumlah yang besar. Hal ini terkait dengan jumlah lapangan kerja yang terbatas dan adanya kecenderungan penyerapan tenaga kerja dengan keahlian khusus. Sementara sebagian besar tenaga kerja di perdesaan terserap di kategori pertanian, dimana kategori ini memberikan kesempatan kerja yang lebih luas karena tidak perlu mempunyai keahlian khusus.

*areas indicates that available employment in urban areas has not been able to employ large number of workers. This is related to the limited number of jobs and the tendency of employment with special skills. Meanwhile, the majority of labor in rural areas is absorbed in the category of agriculture, where this category provides greater employment opportunities because most kinds of jobs in it do not require specialized skills.*

Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan berdampak pada makin tinggi harapan dan kesempatan untuk

*The higher a person's level of education correlates on the higher expectations and opportunities to have a job appropriate to his/*

mendapatkan pekerjaan yang sesuai dengan pendidikannya. Namun karena keterbatasan lapangan pekerjaan yang tersedia bagi mereka yang mempunyai ijazah tinggi menyebabkan mereka tidak terserap pada lapangan usaha tersebut.

Secara umum pada tabel 13 tampak bahwa mayoritas penduduk menganggur berpendidikan SMA ke atas, khususnya pada jenjang pendidikan kejuruan (SMK). Jika dilihat perkembangannya, terjadi penurunan angka TPT berpendidikan SMA ke atas dari 9,90 persen pada Agustus 2015 menjadi 8,29 persen pada Agustus 2016. Hal ini juga terjadi baik di daerah perkotaan maupun di daerah perdesaan dari 10,66 persen (Agustus 2015) menjadi 8,52 persen (Agustus 2016). Pertumbuhan ekonomi dan investasi yang terus meningkat telah mampu memperluas kesempatan kerja dan meningkatkan penyerapan tenaga kerja.

### Lapangan Usaha

Distribusi penduduk yang bekerja menurut lapangan usaha pada publikasi ini dibagi menjadi 3 kategori lapangan usahayaitu Pertanian (pertanian, kehutanan, perburuan, dan perikanan), Industri (pertambangan dan penggalian, industri pengolahan, listrik, gas dan air serta bangunan/konstruksi), dan Jasa-jasa (perdagangan besar, eceran, rumah makan dan hotel, angkutan, pergudangan, komunikasi, asuransi, usaha persewaan bangunan, tanah dan jasa perusahaan, serta jasa kemasyarakatan).

Secara umum penduduk yang bekerja masih mendominasi kelompok kategori lapangan usaha jasa, diikuti pertanian, baru industri. Penduduk perkotaan lebih banyak bergerak pada kategori lapangan usaha jasa dan industri, sedangkan penduduk perdesaan mayoritas bergerak di pertanian. Persentase penduduk yang bekerja pada kategori lapangan usaha jasa pada Agustus 2016 mengalami peningkatan bila dibandingkan dengan Agustus 2015 yaitu dari 45,29 persen

*her education. However, due to the limited employment for those who have higher education, most of them are not employed.*

*In general, table 13 shows that the majority of the unemployed population is those with high school education and above, especially at the level of vocational high school. The trend in this issue shows that there is a drop in the OUR of high school graduates from 9.90 percent in August 2015 to 8.29 percent in August 2016. This also occurred in both urban and rural areas from 10.66 percent (August 2015) to 8.52 percent (August 2016). Economic and investment growth has been able to enlarge employment opportunities and engagement.*

### Main of Industry

*The distribution of working population by the main industry group in this publication is divided into 3 categories namely Agriculture (agriculture, forestry, hunting and fisheries), industry (mining and quarrying, manufacturing industry, electricity, gas and water and construction), and Services (wholesale and retail trade, restaurant and hotel, transportation, storage, communications, insurance, rent of building and land, corporate services, and community services).*

*In general, the working population still dominates the category of service, followed by agriculture, and then industry. Urban populations move more in the category of service and industrial services, while the majority rural population is engaged in agriculture. Percentage of the population working in the category of services in August 2016 increased when compared with August 2015, from 45.29 percent to 46.69 percent. On urban-rural analysis, the percentages in both*

**Tabel 14. Persentase Penduduk Berumur 15 Tahun Keatas yang Bekerja Selama Seminggu yang Lalu Menurut Kelompok Kategori Lapangan Usaha (Persen), 2015-2017**

**Table 14. Percentage of Employed People Aged 15 Years and Over by Main Industry (Percent), 2015 - 2017**

Kelompok Kategori Lapangan Usaha Main Industry Groups	Perkotaan Urban				Perdesaan Rural				Perkotaan+Perdesaan Urban+Rural			
	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
Pertanian (A) Agriculture (A)	10,63	11,49	12,41	11,13	56,65	53,96	52,94	54,54	32,88	31,74	31,90	31,86
Industri (M) Manufacturing (M)	26,71	25,54	24,84	24,18	16,63	16,12	17,71	16,46	21,84	21,05	21,41	20,49
Jasa-jasa (S) Services (S)	62,66	62,97	62,75	64,69	26,72	29,91	29,35	29,00	45,29	47,21	46,69	47,65

Catatan/Note :

- Cakupan kategori usaha Pertanian (A) adalah Pertanian, Kehutanan, Perburuan dan Perikanan/Agriculture category covered : Agriculture; Forestry; Hunting; Fisheries

- Cakupan kategori usaha Industri (M) adalah Pertambangan; Industri Pengolahan; Listrik, Gas, dan Air; serta Bangunan/Manufacturing category covered : Mining; Manufacturing Industry; Electricity, Gas and Water; Construction

- Cakupan kategori usaha Jasa-Jasa (S) adalah Perdagangan Besar, Eceran, Rumah Makan dan Hotel;Angkutan, Pergudangan, Komunikasi; Keuangan, Asuransi, Usaha Persewaan Bangunan, Tanah dan Jasa Perusahaan; Jasa Kemasyarakatan/Services category covered : Wholesale Trade, Retail Trade, Restaurant and Hotel; Transportation, Storage, Communication; Financing, Insurance, Real Estate and Business Services; Public Services.

Sumber : Survei Angkatan Kerja Nasional, 2015-2017

Source : National Labor Force Survey, 2015-2017

menjadi 46,69 persen. Bila dilihat dari daerah tempat tinggal, baik di daerah perkotaan maupun perdesaan mengalami peningkatan. Kategori jasa di daerah pedesaan hanya mampu menyerap tenaga kerja sebesar 29,35 persen sedangkan di daerah perkotaan mampu menyerap hingga 62,75 persen pada Agustus 2016.

Sebaliknya penyerapan tenaga kerja pada kategori pertanian mengalami penurunan setiap tahunnya, dimana terjadi penurunan tenaga kerja sebesar 0,98 persen atau menurun dari 32,88 persen pada Agustus 2015 menjadi 31,90 persen pada Agustus 2016. Jika dilihat dari daerah tempat tinggal, di daerah perkotaan terjadi peningkatan sebaliknya di perdesaan terjadi penurunan.

Penurunan penduduk yang bekerja juga terjadi pada kategori industri. Untuk kategori ini, di perkotaan terjadi penurunan penyerapan penduduk yang bekerja, sebaliknya daerah perdesaan penyerapan tenaga kerja kategori ini justru mengalami peningkatan.

*urban and rural areas have increased. The category of services in rural areas was only able to employ workers by 29.35 percent while in urban areas this category employed 62.75 percent in August 2016.*

*In contrast, labor engagement in agriculture category decreased every year, where there was a decline in number of workers by 0.98 percent or decreased from 32.88 percent in August 2015 to 31.90 percent in August 2016. In urban-rural analysis, urban areas the figure improved but not in rural areas where it declined.*

*The decline of working population also occurs in the category of industry. For this category, there was a drop in urban areas in employing the working population, on the contrary in rural areas the labor engagements increased.*



## Upah/Gaji/Pendapatan Bersih

Upah/gaji merupakan imbalan yang diterima oleh pekerja atas jasa yang diberikan dalam proses memproduksi barang dan jasa dalam suatu instansi/perusahaan. Seorang pekerja dapat dikatakan hidup layak apabila upah/gaji yang diterima dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan pangan, sandang, papan, pendidikan, kesehatan dan sebagainya.

Jika dilihat dari rata-rata upah/gaji/pendapatan bersih dalam sebulan berdasarkan pendidikan tertinggi yang ditamatkan secara umum terjadi peningkatan rata-rata sebesar 22,86 persen pada Agustus 2016. Bila dibandingkan antara pekerja laki-laki dan

## Net Wages/Salary/Revenue

Wage/salary is a compensation received by workers for services provided in the process of producing goods and services within a company/institution. A worker can be said to have decent living if his or her wage/salary received can be used to meet the needs of food, clothing, housing, education, health and so forth.

When looking at the average monthly wage / salary / net income by the educational attainment there was general increase by 22.86 percent in August 2016. When compared between male and female workers, in August 2016 average wage/salary of male workers

**Tabel 15. Rata-Rata Upah/Gaji/Pendapatan Bersih Sebulan (rupiah) Pekerja\*) Menurut Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan dan Jenis Kelamin (Rupiah), 2015-2017**  
**Table 15. Average of Wage/Salary/Income of Laborer\*) by Educational Attainment and Sex (Rupiah), 2015- 2017**

Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan <i>Educational Level</i>	Laki-Laki <i>Male</i>				Perempuan <i>Female</i>				Laki-Laki+Perempuan <i>Male+Female</i>			
	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
Tdk/blm pernah sekolah <i>No schooling</i>	982 549	938 018	1 460 460	1 267 659	529 541	644 484	724 792	756 521	749 298	762 276	1 036 419	1 010 887
Tdk/blm tamat SD <i>Not completed primary school</i>	1 134 742	1 295 984	1 463 079	1 472 904	639 829	725 932	790 732	773 167	977 849	1 092 595	1 238 381	1 235 605
SD/lbtidaiyah <i>Primary school</i>	1 204 985	1 442 381	1 614 766	1 671 234	770 902	909 974	966 163	1 014 180	1 091 222	1 291 150	1 439 016	1 480 907
SMP/Tsanawiyah <i>Junior high school</i>	1 375 320	1 624 507	1 776 486	1 882 800	1 101 019	1 173 390	1 309 806	1 371 863	1 305 243	1 504 890	1 653 023	1 741 488
SMA/Aliyah <i>General high school</i>	1 988 383	2 208 109	2 514 644	2 733 617	1 541 655	1 682 866	1 891 584	1 762 797	1 860 869	2 054 534	2 337 304	2 453 501
SMK <i>Vocational high school</i>	1 996 306	2 134 254	2 556 230	2 720 555	1 723 481	1 713 501	1 909 828	2 106 666	1 920 984	2 017 923	2 372 637	2 538 650
Diploma I/II/III <i>Diploma I/II/III</i>	3 410 577	3 478 968	3 607 088	4 229 454	2 492 118	2 240 846	2 670 997	2 773 559	2 929 321	2 754 185	3 083 881	3 421 692
Diploma IV/Universitas <i>Diploma IV and University</i>	4 499 935	4 236 423	5 128 192	5 401 282	3 130 779	2 947 318	3 488 359	3 659 588	3 862 761	3 623 725	4 322 408	4 543 124
<b>Jumlah Total</b>	<b>1 944 251</b>	<b>2 110 702</b>	<b>2 435 619</b>	<b>2 615 859</b>	<b>1 675 269</b>	<b>1 685 895</b>	<b>1 977 207</b>	<b>2 053 394</b>	<b>1 859 170</b>	<b>1 969 385</b>	<b>2 284 115</b>	<b>2 424 489</b>

Catatan/Note :

\* Pekerja adalah Buruh/Karyawan/Pegawai, Pekerja Bebas di pertanian dan Pekerja Bebas di non-pertanian

\* *Laborer is employee, casual employee in agriculture and casual employee not in agriculture*

Sumber : Survei Angkatan Kerja Nasional, 2015-2017

Source : *National Labor Force Survey, 2015-2017*

**Tabel 16. Rata-Rata Upah/Gaji/Pendapatan Bersih Sebulan (rupiah) Pekerja\*) Menurut Lapangan Pekerjaan Utama dan Jenis Kelamin (Rupiah), 2015-2017**

**Table 16. Average of Wage/Salary/Income of Laborer\*) by Main Industry and Sex (Rupiah), 2015-2017**

Lapangan Pekerjaan Utama Main Industry	Laki-Laki Male				Perempuan Female				Laki-Laki+Perempuan Male+Female			
	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
Pertanian Agriculture	1 155 166	1 249 596	1 417 696	1 452 508	652 520	725 054	784 901	783 154	1 018 223	1 087 352	1 241 212	1 251 631
Pertambangan dan Penggalian Mining and Quarrying	3 227 512	3 408 984	3 464 845	3 980 999	1 804 675	2 815 166	3 423 991	2 736 765	3 122 169	3 371 363	3 461 624	3 904 331
Industri Pengolahan Manufacturing Industry	1 924 033	2 148 748	2 504 110	2 666 318	1 564 840	1 619 218	1 853 283	1 860 695	1 792 416	1 958 693	2 260 331	2 367 959
Listrik, Gas dan Air Minum Electricity, Gas and Water Supply	2 625 581	2 667 614	3 362 139	4 305 475	2 556 752	3 157 144	2 961 208	4 731 348	2 620 217	2 721 443	3 324 351	4 342 806
Konstruksi Construction	1 658 233	1 847 562	1 977 451	2 105 254	2 613 485	2 116 551	3 383 419	2 210 670	1 680 557	1 854 396	2 006 032	2 107 532
Perdagangan, Rumah Makan dan Jasa Akomodasi Trade, Hotel and Restaurants	1 725 478	1 865 189	2 343 853	2 373 913	1 476 748	1 531 363	1 684 642	1 783 038	1 629 348	1 735 882	2 089 889	2 145 557
Transportasi, Pergudangan dan Komunikasi Transport and Commu- nication	2 111 429	2 361 213	2 974 590	2 981 919	2 911 081	2 603 990	2 916 603	3 211 333	2 185 948	2 380 228	2 969 059	3 003 860
Lmbg Keuangan, Real Estate, Ush Persewaan & Js Perusahaan Financial, Ownership and Business Services	2 879 997	3 009 895	3 629 667	3 691 691	3 107 573	3 041 476	3 612 145	3 609 267	2 947 607	3 019 957	3 624 468	3 667 870
Jasa Kemasyarakatan, Sosial dan Perorangan Services	2 536 355	2 590 751	2 954 178	3 290 293	1 914 968	1 887 627	2 233 862	2 403 498	2 237 455	2 242 745	2 596 023	2 847 753
<b>Jumlah Total</b>	<b>1 944 251</b>	<b>2 110 702</b>	<b>2 435 619</b>	<b>2 615 859</b>	<b>1 675 269</b>	<b>1 685 895</b>	<b>1 977 207</b>	<b>2 053 394</b>	<b>1 859 170</b>	<b>1 969 385</b>	<b>2 284 115</b>	<b>2 424 489</b>

Catatan/Note :

\* Pekerja adalah Buruh/Karyawan/Pegawai, Pekerja Bebas di pertanian dan Pekerja Bebas di non-pertanian

\* Laborer is employee, casual employee in agriculture and casual employee not in agriculture

Sumber : Survei Angkatan Kerja Nasional, 2015-2017

Source : National Labor Force Survey, 2015-2017

pekerja perempuan, pada Agustus 2016 rata-rata upah/gaji pekerja laki-laki mengalami peningkatan sebesar 25,27 persen, sementara pekerja perempuan lebih rendah rata-rata mengalami peningkatan upah/gaji hanya sebesar 18,02 persen.

increased by 25.27 percent, while women workers had a lower increase amounting to 18.02 percent.

Baik pada pekerja laki-laki maupun pekerja perempuan, peningkatan terendah rata-rata upah/gaji menurut pendidikan terakhir yang ditamatkan berada pada diploma I/II/III yaitu sebesar 5,76 persen dan 7,18 persen pada Agustus 2016.

For both male and female workers, the lowest increase in the average wage/salary according to educational attainment was at diploma I / II / III level at 5.76 percent and 7.18 percent respectively in August 2016.

Bila dilihat dari jenis lapangan pekerjaan utama secara umum pada Agustus 2016, lapangan pekerjaan Pertambangan dan Penggalian memberikan upah tertinggi yaitu sebesar Rp 3.461.624,- sedangkan lapangan pekerjaan Pertanian memberikan tingkat upah terendah Rp 1.241.212,-. Keadaan yang sama terjadi pada pekerja laki-laki, dimana upah tertinggi sebesar Rp 3.464.845,- pada lapangan pekerjaan Pertambangan dan Penggalian dan upah/gaji terendah Rp 1.417.696,- pada lapangan pekerjaan Pertanian. Sementara pada pekerja perempuan, upah tertinggi pada lapangan pekerjaan Lembaga Keuangan, Real Estate, Usaha Persewaan dan Jasa Perusahaan sebesar Rp 3.612.145,- dan upah terendah pada lapangan pekerjaan Pertanian sebesar Rp 784.901,-.

### **Pekerja Anak (Usia 10-17 Tahun)**

Keterlibatan anak dalam dunia kerja tidaklah terjadi dengan sendirinya, melainkan disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu faktor ekonomi dan kemiskinan. Secara sosial ketidakharmonisan hubungan antar anggota keluarga dan pengaruh pergaulan dengan teman, menyebabkan anak bekerja. Selain itu faktor lain yang turut menjadi penyebab anak memasuki dunia kerja adalah tersedianya sumber lokal yang dapat menjadi lahan pekerjaan bagi anak, pola rekrutmen yang mudah dan anak merupakan tenaga kerja yang murah dan mudah diatur.

Berdasarkan Sakernas, secara umum pekerja anak di Indonesia pada Agustus 2016 meningkat 1,00 persen, dari 5,99 persen pada Agustus 2015 menjadi 6,99 persen pada Agustus 2016. Peningkatan pekerja anak ini terjadi baik di daerah perkotaan maupun di perdesaan. Persentase di daerah perdesaan (9,13 persen) lebih tinggi dibandingkan pekerja anak di daerah perkotaan (5,02 persen). Sementara jika dilihat menurut jenis kelamin, pekerja anak laki-laki lebih besar dibandingkan dengan pekerja anak perempuan, dimana pada Agustus 2016 jumlah pekerja anak laki-laki mencapai 8,21 persen sedangkan pekerja anak perempuan hanya 5,71 persen.

*In terms of types of main industry in August 2016, Mining and Quarrying jobs offered the highest wage of Rp. 3,461,624 while Agriculture provided the lowest wage rate of Rp. 1,241,212. The similar situation occurred in male workers, where the highest wage was Rp 3,464,845 in the Mining and Quarrying category and the lowest wage/salary was Rp 1,417,696 on the Agriculture category. Meanwhile, in female workers, the highest wage/salary was recorded on Financial Institution, Real Estate, Business Services which amounted to Rp 3,612,145 and the lowest wage was on Agriculture which accounted for Rp 784,901.*

### **Child Labour (Age 10-17 Years)**

*The involvement of children in the employment does not occur without any certain reasons, but is caused by some factors, such as economic and poverty reason. The social factors can be a disharmony in relationship among family members and external influence from friends that that cause children to work. Other factors that contribute to the cause of children being part of the employment are the availability of local resources that may become jobs for the children and pattern and motive of recruitment that consider working children are cheap paid and easy to control.*

*Based on the National Labor Force Survey, in general, working children in Indonesia increased by 1.00 percent, from 5.99 percent in August 2015 to 6.99 percent in August 2016. The increase in working children occurred in both urban and rural areas. Percentage in rural areas (9.13 percent) was higher than that in urban areas (5.02 percent). Meanwhile, on sex comparison, male working children are larger than female ones in August 2016, 8.21 percent compared to 5.71 percent.*

**Tabel 17. Persentase Pekerja Anak (Usia 10-17 Tahun) Terhadap Penduduk Usia 10-17 Tahun Menurut Daerah Tempat Tinggal dan Jenis Kelamin (Persen), 2015-2017**

**Table 17. Percentage of Working Children (Age 10-17 Years) by Type of Area and Sex (Percent), 2015-2017**

Daerah Tempat Tinggal dan Tahun <i>Type of Area and Year</i>	Laki-Laki <i>Male</i>	Perempuan <i>Female</i>	Laki-Laki+Perempuan <i>Male+Female</i>
(1)	(2)	(3)	(4)
<i>Perkotaan (Urban)</i>			
2015 (Agt)	4,05	3,78	3,92
2016 (Feb)	5,69	4,33	5,02
2016 (Agt)	5,29	4,74	5,02
2017 (Feb)	7,51	6,62	7,07
<i>Perdesaan (Rural)</i>			
2015 (Agt)	10,27	5,93	8,17
2016 (Feb)	12,83	7,54	10,25
2016 (Agt)	11,36	6,78	9,13
2017 (Feb)	16,91	9,97	13,57
<i>Perkotaan+Perdesaan (Urban+Rural)</i>			
2015 (Agt)	7,10	4,82	5,99
2016 (Feb)	9,15	5,86	7,54
2016 (Agt)	8,21	5,71	6,99
2017 (Feb)	12,01	8,19	10,14

Sumber : Survei Angkatan Kerja Nasional, 2015-2017

Source : National Labor Force Survey, 2015-2017

Bila dilihat berdasarkan lapangan usahanya, sebagian besar pekerja anak bekerja pada lapangan usaha pertanian, yaitu sebanyak 46,98 persen (Agustus 2015) dan menurun pada Agustus 2016 menjadi 42,44 persen.

Di daerah perkotaan pekerja anak banyak ditemui di lapangan usaha jasa-jasa dan industri masing-masing ada sebanyak 60,15 persen dan 23,51 persen (Agustus 2016). Pekerja anak di daerah perdesaan banyak ditemui di lapangan usaha pertanian ada sebanyak 58,07 persen (Agustus 2106).

*When analyzing based on main industry, most working children worked in the category of Agriculture which amounted to 46.98 percent (August 2015) and decreased in August 2016 to 42.44 percent.*

*In urban areas, working children were commonly found in the category of Services and Industries by 60.15 percent and 23.51 percent respectively (August 2016). Meanwhile, working children in rural areas were mostly employed in Agriculture by 58.07 percent (August 2106).*

**Tabel 18. Persentase Pekerja Anak (Umur 10 – 17 tahun) Menurut Lapangan Usaha (Persen), 2015-2017**

**Table 18. Percentage of Working Children (Age 10 -17 years) by Main Industry (Percent), 2015-2017**

Kelompok Lapangan Usaha Main Industry Groups	Perkotaan Urban				Perdesaan Rural				Perkotaan+Perdesaan Urban+Rural			
	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
Pertanian (A) Agriculture (A)	14,06	33,31	16,34	12,93	63,59	67,83	58,07	59,61	46,98	55,91	42,44	42,46
Industri (M) Manufacturing (M)	23,96	54,20	23,51	23,27	14,85	29,33	13,97	13,02	17,91	37,92	17,54	16,79
Jasa-jasa (S) Services (S)	61,98	12,49	60,15	63,8	21,55	2,84	27,96	27,36	35,11	6,17	40,02	40,75

Catatan/Note :

- Cakupan lapangan usaha Pertanian (A) adalah Pertanian, Kehutanan, Perburuan dan Perikanan/Agriculture sector covered : Agriculture; Forestry; Hunting; Fisheries

- Cakupan lapangan usaha Industri (M) adalah Pertambangan; Industri Pengolahan; Listrik, Gas, dan Air; serta Bangunan/ Manufacturing sector covered : Mining; Manufacturing Industry; Electricity, Gas and Water; Construction

- Cakupan lapangan usaha Jasa-Jasa (S) adalah Perdagangan Besar, Eceran, Rumah Makan dan Hotel; Angkutan, Pergudangan, Komunikasi; Keuangan, Asuransi, Usaha Persewaan Bangunan, Tanah dan Jasa Perusahaan; Jasa Kemasyarakatan/Services sector covered : Wholesale Trade, Retail Trade, Restaurant and Hotel; Transportation, Storage, Communication; Financing, Insurance, Real Estate and Business Services; Public Services.

Sumber : Survei Angkatan Kerja Nasional, 2015-2017

Source : National Labor Force Survey, 2015-2017

## 5V. TARAF DAN POLA KONSUMSI

Pola konsumsi masyarakat secara mudah dapat diukur dari pengeluarannya. Pengeluaran rumah tangga dibedakan menurut kelompok makanan dan non makanan. Semakin tinggi tingkat pendapatan maka porsi pengeluaran akan bergeser dari pengeluaran makanan ke pengeluaran non makanan. Pergeseran pola pengeluaran dari makanan ke non makanan terjadi karena elastisitas permintaan terhadap makanan pada umumnya rendah, sebaliknya permintaan terhadap barang non makanan pada umumnya tinggi.

Tabel 19 memperlihatkan bahwa pengeluaran rata-rata per kapita sebulan untuk makanan dan bukan makanan pada periode 2015-2016 meningkat dari Rp 868.823,- menjadi Rp. 946.258,-. Persentase pengeluaran untuk makanan memperlihatkan adanya peningkatan yaitu dari 47,47 persen menjadi 48,68 persen. Pada kelompok pengeluaran bukan makanan kenaikan hanya terjadi pada kelompok pengeluaran pakaian, alas kaki, dan

## V. CONSUMPTION LEVEL AND PATTERNS

The pattern of population consumption can be measured by the expenditure. Household expenditures are differentiated by food and non-food groups. The higher the level of income then the expenditure share will shift from food to non-food expenditure. The shift in food-to-non-food expenditure patterns occurs because the demand elasticity of food is generally lower, whereas demand for non-food needs is generally higher.

Table 19 shows that the average monthly per capita expenditure on food and non-food items in the period 2015-2016 increased from Rp 868,823 to Rp. 946,258. Percentage of food expenditure showed a rise from 47.47 percent to 48.68 percent. In the non-food expenditure group the increase occurred only in clothing, footwear, and headgear groups. In contrast, the percentage for non-food expenditure; housing and household facilities; various goods and

**Tabel 19. Rata-Rata Pengeluaran per Kapita per Bulan Menurut Jenis Pengeluaran, 2015 dan 2016**

**Table 19. Average per Capita Monthly Expenditure by Type of Expenditure, 2015 and 2016**

Jenis Pengeluaran Type of Expenditure	Nominal (Rp) Nominal (Rp)		Persentase Percentage	
	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Makanan/Food	412 462	460 639	47,47	48,68
Bukan Makanan/Non Food	456 361	485 619	52,53	51,32
Perumahan dan fasilitas rumah tangga Housing and household facilities	234 139	251 692	26,95	26,60
Aneka barang dan jasa Goods and services	114 437	122 198	13,17	12,91
Pakaian, alas kaki dan tutup kepala Clothing, footwear and headgear	25 378	28 869	2,92	3,05
Barang Tahan Lama Durable Goods	47 800	44 974	5,50	4,75
Lainnya/Others	34 607	37 885	3,98	4,00
<b>Jumlah/Total</b>	<b>868 823</b>	<b>946 258</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Sumber : Susenas Maret, 2015 dan 2016

Source : National Socioeconomic Survey March, 2015 and 2016



tutup kepala. Sebaliknya persentase untuk pengeluaran bukan makanan; perumahan dan fasilitas rumah tangga; aneka barang dan jasa; dan barang tahan lama mengalami penurunan pada tahun 2016 dibandingkan tahun sebelumnya.

Sementara jika dilihat berdasarkan 34 provinsi di Indonesia di tahun 2016, sebagian besar provinsi di pulau Jawa dan Kalimantan memiliki rata-rata pengeluaran lebih tinggi daripada rata-rata pengeluaran Nasional. Provinsi DKI Jakarta merupakan provinsi yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita per bulan terbesar, sedangkan Nusa Tenggara Timur adalah provinsi dengan rata-rata pengeluaran per kapita per bulan terkecil. (Lampiran 21)

Selanjutnya jika dilihat komposisi pengeluaran makanan dan non makanan menurut golongan pengeluaran, pola yang bisa dilihat secara umum adalah pengeluaran untuk makanan lebih besar daripada pengeluaran non makanan kecuali untuk

*services; and durable goods dropped in 2016 when compared to the previous year.*

*When observing based on province comparison in Indonesia in 2016, most provinces in Java and Kalimantan had average expenditure higher than the national average figure. The province of DKI Jakarta is the province with the largest monthly per capita expenditure, while Nusa Tenggara Timur is the province with the smallest monthly per capita expenditure. (Appendix 21).*

*In terms of the composition of food and non-food expenditure by expenditure category, the general pattern can be seen in general as a fact that the expenditure for food is greater than expenditure for non-food except for the highest expenditure group. Even in 2015, the*

**Tabel 20. Rata-Rata Pengeluaran untuk Makanan dan Non Makanan per Kapita Sebulan Menurut Golongan Pengeluaran per Kapita (Rupiah), 2015 dan 2016**

**Table 20. Average per Capita Monthly Food and Non-Food by Expenditure Group (Rupiah), 2015 and 2016**

Golongan Pengeluaran Expenditure Groups	Makanan Food		Bukan Makanan Non-Food		Jumlah Total	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
< 150 000	90 479	87 707	45 114	44 713	135 593	132 420
150 000 - 199 999	119 185	116 748	61 649	65 653	180 834	182 401
200 000 - 299 999	168 014	163 670	90 391	97 204	258 405	260 874
300 000 - 499 999	256 183	244 806	141 215	156 617	397 398	401 423
500 000 - 749 999	363 559	366 925	250 757	255 482	614 316	622 407
750 000 - 999 999	470 678	485 771	394 595	376 957	865 273	862 728
1 000 000 - 1 499 999	583 617	625 428	619 193	584 693	1 202 810	1 210 121
> 1 500 000	852 859	934 978	1 912 027	1 645 395	2 764 886	2 580 373
<b>Rata-rata per Kapita Average per Capita</b>	<b>412 462</b>	<b>460 639</b>	<b>456 361</b>	<b>485 619</b>	<b>868 823</b>	<b>946 258</b>

Sumber : Susenas Maret, 2015 dan 2016  
Source : National Socioeconomic Survey March, 2015 and 2016

golongan pengeluaran tertinggi. Bahkan di 2015 pada kelompok terkaya tercatat pengeluaran untuk non makanan lebih dari dua kali lipat pengeluaran makanan. Akan tetapi, pengeluaran non makanan pada kelompok terkaya sedikit mengalami tekanan di 2016.

Tingkat ketimpangan pendapatan penduduk diukur dengan melihat persentase pengeluaran yang mampu dibelanjakan oleh sekelompok penduduk. Tabel 21 menunjukkan bahwa selama periode 2013 - 2016 terdapat 40 persen penduduk berpendapatan menengah yang meningkat dari 34,09 persen menjadi 36,09 persen. Sebaliknya pada kelompok penduduk berpendapatan tinggi mengalami penurunan dalam periode yang sama. Keadaan ini mencerminkan adanya perbaikan ketimpangan pendapatan. Hal ini secara jelas terlihat pada penurunan angka indeks gini selama periode tersebut.

### Konsumsi Energi dan Protein

Tingkat kecukupan gizi yang mencakup konsumsi kalori dan protein merupakan salah satu indikator yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kesejahteraan penduduk. Berdasarkan Widya Karya Nasional Pangan dan Gizi XI (WKNPG XI) tahun 2012, rata-rata kecukupan energi dan protein bagi penduduk Indonesia masing-masing sebesar 2.150 kkal dan 57 gram protein.

*richest group spent on non-food needs more than doubled food needs. However, expenditure non-food in the richest group was slightly facing some pressure in 2016.*

*The level of income inequality of the population is measured by the percentage of expenditure that can be allocated by a group of population. Table 21 shows that during the period 2013 - 2016 there was 40 percent of the middle-income population which increased from 34.09 percent to 36.09 percent. On the contrary, the high-income group experienced a shrinkage in the same period. This situation represents an improvement in income inequality. This is obviously evidenced by weakening in Gini index during this period.*

### Energy and Protein Intake

*The level of nutritional adequacy represented from calories and protein intake is an indicator that can be used to measure the level of social welfare. Based on the 11th National Conference on Food and Nutrition in 2012, the the average energy and protein sufficiency for the people of Indonesia are respectively 2,150 kcal calorie and 57 grams of protein.*

**Tabel 21. Distribusi Pembagian Pengeluaran per Kapita dan Indeks Gini, 2013-2016**  
**Table 21. Percentage Share of Expenditure by Groups of Population and Gini Index, 2013-2016**

Tahun Years	40 % Ter- endah 40% Lower	40 % Menengah 40% Medium	20 % Tert- inggi 20% Higher	Indeks Gini Gini Index
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2013	16,87	34,09	49,04	0,413
2014	17,12	34,60	48,27	0,406
2015	17,10	34,65	48,25	0,408
2016	17,02	36,09	46,89	0,397

Sumber : Susenas Maret, 2012-2016

Source : National Socioeconomic Survey March, 2012-2016

Rata-rata konsumsi kalori penduduk pada tahun 2016 sebesar 2.037,40 kkal, naik dibanding tahun sebelumnya yang tercatat sebesar 1.992,69 kkal. Hal ini berarti konsumsi kalori per hari penduduk belum memenuhi syarat kecukupan gizi berdasarkan WKNPG XI. Rata-rata konsumsi protein per kapita juga mengalami peningkatan, yaitu dari 55,11 gram pada tahun 2015 menjadi 56,67 gram pada tahun 2016, yang juga tercatat masih di bawah ketentuan atau batas kecukupan gizi yang direkomendasikan oleh WKNPG XI.

*The average population consumption of calories in 2016 was 2,037.40 kcal, increasing by when compared with the previous year 1,992.69 kcal. However, the calorie consumption per day per capita in 2016 have not yet met the nutritional adequacy recommendation. Average per capita protein intake also enlarged from 55.11 grams in 2015 to 56.67 grams in 2016 which was still below the minimum adequacy level for protein recommended by national nutrition consensus.*

Terdapat empat provinsi di Indonesia pada tahun 2016 yang memiliki rata-rata kecukupan energi diatas 2.150 kkal (lihat Lampiran 24), yaitu Kep. Riau, Banten, Bali, dan Kalimantan Selatan. Sementara untuk rata-rata kecukupan protein (lihat Lampiran 25), ada 10 provinsi yang memiliki rata-rata diatas 57 gram protein, dan yang tertinggi adalah Provinsi Kep. Riau sebesar 64,55 gram.

*In 2016, there were four provinces in Indonesia which has average energy adequacy beyond 2,150 kcal (Appendix 24) i.e. Kepulauan Riau, Banten, Bali, and Kalimantan Selatan. Meanwhile, in terms of average protein adequacy (Appendix 25) there were 10 provinces beyond the recommendation of 57 grams. The highest figure was recorded in Kepulauan Riau at 64.55 grams.*

**Tabel 22. Konsumsi Energi dan Protein per Kapita per Hari, 2012-2016**  
**Table 22. Energy and Protein Consumption per Capita per Day, 2012-2016**

Tahun Years	Perkotaan Urban	Perdesaan Rural	Perkotaan+Perdesaan Urban+Rural
(1)	(2)	(3)	(4)
Energi (kkal)			
2012	1 819,45	1 885,57	1 852,64
2013	1 825,36	1 860,05	1 842,75
2014	1 833,46	1 885,25	1 859,30
2015	1 982,41	2 008,15	1 992,69
2016	2 034,01	2 040,98	2 037,40
Protein (gram)			
2012	54,39	51,91	53,14
2013	54,86	51,33	53,08
2014	55,57	52,24	53,91
2015	57,36	52,82	55,11
2016	59,14	54,05	56,67

Sumber : Susenas Maret, 2012-2016

Source : National Socioeconomic Survey March, 2012-2016

## VI. PERUMAHAN DAN LINGKUNGAN

Menurut *World Health Organization* (WHO), tempat tinggal yang berkualitas sangat bermanfaat bagi penghuninya, dimana mereka akan merasa aman, terlindungi, dan terjamin kesehatannya. Kualitas tempat tinggal dapat dilihat dari empat aspek, yaitu (1) kondisi psikososial, ekonomi, dan budaya yang dihasilkan penghuni, (2) konstruksi, bahan, dan kualitas interior, (3) infrastruktur lingkungan, serta (4) tatatan sosial lingkungan sekitar. Dengan demikian, kualitas tempat tinggal perlu diperhatikan guna menjaga kesehatan penghuninya.

Pada tahun 2015 dan 2016, kualitas tempat tinggal penduduk di Indonesia terus membaik dengan kepadatan hunian yang cenderung stabil. Bahkan sebagian besar tempat tinggal di Indonesia sudah memiliki lantai bukan tanah, atap beton/genteng/sirap/seng/asbes, serta dinding terluasnya tembok/plasteran/anyaman bambu/kawat, atau kayu. Namun demikian, masih terlihat adanya sedikit kesenjangan kualitas lantai dan dinding tempat tinggal antara perkotaan dan perdesaan. Rumah tangga di perdesaan yang tinggal di rumah dengan kualitas lantai bukan tanah atau dinding berkualitas belum mencapai 90 persen.

## VI. HOUSING AND ENVIRONMENT

According to *World Health Organization* (WHO), *good-quality housing plays a decisive role for its occupants, where they would feel safe, protected, and stay healthy. Quality of a house can be measured through four aspects, i.e. (1) psychosocial, economic, and cultural condition of the occupants, (2) construction materials and interior quality, (3) environmental infrastructure, and (4) surrounding social order. The quality of housing conditions is a key element to for ensuring healthy occupants.*

*In 2015 and 2016, housing quality in Indonesia seemed to improve and housing density appeared to be stable. The increase in housing quality is also shown from the facts that most houses in Indonesia have non-earth floor, concrete/tile/shingle/zinc/asbestos roof, and concrete/wooven bamboo/wire, log/wood wall. Although, there is a slight inequality between urban and rural housing in terms of the quality of floor and wall material. The households in rural areas who live in non-earth floor and permanent wall have not yet reached the amount of 90 percent.*

**Tabel 23. Rumah Tangga Menurut Beberapa Indikator Kualitas Perumahan, 2015 dan 2016**  
**Table 23. Households With Several Indicators of Housing Quality, 2015 and 2016**

Indikator Kualitas Perumahan <i>Indicators of Housing Quality</i>	Perkotaan <i>Urban</i>		Perdesaan <i>Rural</i>		Perkotaan+Perdesaan <i>Urban+Rural</i>	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Lantai bukan tanah (%) <i>Non earth floor (%)</i>	97,41	97,64	89,02	89,57	93,23	93,71
Atap beton, genteng, sirap, seng, dan asbes (%) <i>Concrete roof, tile, shingle, zinc, asbestos (%)</i>	99,54	99,68	96,46	96,77	98,00	98,26
Dinding terluas tembok, plasteran anyaman bambu/kawat, atau kayu/batang Kayu (%) <sup>r</sup> <i>Concrete, plastering of woven bamboo/wire, log/wood(%)<sup>r</sup></i>	95,45	96,07	88,03	88,94	91,75	92,59
Rata-rata luas lantai per kapita (m2) <i>Average per capita floor area (m2)</i>	23,93	24,43	22,63	22,95	23,28	23,71

Catatan/Note :<sup>r</sup> Angka diperbaiki/Revised figure

Sumber : Susenaskor, 2015-2016

Source : National Socioeconomic Survey Kor, 2015-2016

Selain kondisi fisik dari tempat tinggal, fasilitas tempat tinggal yang lengkap dan baik juga sangat memengaruhi kesehatan dan kenyamanan penghuninya. Kelengkapan fasilitas rumah tinggal merupakan gambaran kualitas kesehatan lingkungan dan telah menjadi perhatian oleh pemerintah terutama kementerian kesehatan. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016, pemerintah perlu menjamin pemenuhan komponen rumah sehat bagi keluarga, yaitu akses/ketersediaan air bersih dan akses/penggunaan jamban sehat.

Kondisi fasilitas rumah tangga di Indonesia, baik yang tinggal di wilayah perdesaan maupun perkotaan, sedikit mengalami peningkatan dari tahun 2015 ke tahun 2016. Lebih dari 95 persen rumah tangga di Indonesia pun sudah menggunakan listrik sebagai sumber penerangan. Meski

*In addition to the physical conditions of housing, facilities within a house also greatly affect the health and comfort of its occupants. Completeness of housing facilities indicates the level of the quality of environmental health and has become government's attention, especially the Ministry of Health. In the Regulation of the Minister of Health of the Republic of Indonesia Number 39 of 2016, the government is responsible to ensure the fulfillment of healthy house components for the citizens, such as access/availability of clean water and access / use of healthy toilet.*

*The quality of housing facilities in Indonesia, both in rural and urban areas, has increased slightly from 2015 to 2016. More than 95 percent of households in Indonesia have used electricity as a source of lighting. However, the gap in housing facilities in urban and rural areas seems quite large in terms of access to*

**Tabel 24. Persentase Rumah Tangga Menurut Beberapa Fasilitas Perumahan, 2015 dan 2016**  
**Table 24. Percentage of Households With Some Selected Housing Facilities, 2015 and 2016**

Fasilitas Perumahan Housing Facilities	Perkotaan Urban		Perdesaan Rural		Perkotaan+Perdesaan Urban+Rural	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Air kemasan, air isi ulang & ledeng <i>Bottled water, refill water, and tap water</i>	60,08	60,53	20,54	22,42	40,37	41,95
Air minum bersih <sup>1)</sup> <i>Clean Drinking Water<sup>1)</sup></i>	81,38	81,47	58,72	59,22	70,08	70,63
Air minum layak <sup>2)</sup> <i>Decent Drinking Water<sup>2)</sup></i>	37,87	36,33	48,26	47,41	43,05	41,73
Jamban sendiri <i>Private Toilet</i>	81,64	82,49	67,00	69,04	74,34	75,93
Jamban sendiri dengan tangki septik <i>Completed by Septic Tank as Final Disposal of Feces</i>	69,61	73,88	43,42	52,21	56,56	63,32
Sumber penerangan Listrik <i>Electricity As Source of Lighting</i>	99,83	99,82	95,23	95,31	97,54	97,62

Catatan/Note :

<sup>1)</sup> Terdiri dari air kemasan, air isi ulang, ledeng, dan [(sumur bor/pompa, sumur terlindung serta mata air terlindung) dengan jarak ke Tempat Penampungan Limbah/Kotoran/Tinja Terdekat  $\geq 10$  m]/*Consist of packaged water, refill water, pipe, and [(artesian well/pump, protected well, and protected spring) that the distance to the Nearest Final Disposal Site of Faeces  $\geq 10$  m]*

<sup>2)</sup> Terdiri dari ledeng, air hujan, dan [(sumur bor/pompa, sumur terlindung dan mata air terlindung) dengan jarak ke Tempat Penampungan Limbah/Kotoran/Tinja Terdekat  $\geq 10$  m]/*Consist of pipe, rain water, and [(artesian well/pump, protected well, and protected spring) that the distance to the Nearest Final Disposal Site of Faeces  $\geq 10$  m]*

Sumber : Susenas Kor, 2015-2016

Source : National Socioeconomic Survey Kor, 2015-2016

demikian, kesenjangan kondisi fasilitas rumah tinggal di wilayah perkotaan dan perdesaan terlihat jelas pada akses air minum bersih dan sanitasi. Di tahun 2016, lebih dari 80 persen rumah tangga perkotaan mengakses air minum bersih, sedangkan rumah tangga di perdesaan yang mengakses air minum bersih belum mencapai 60 persen. Tidak hanya itu, persentase rumah tangga dengan jamban sendiri dan tangki septik ada sebanyak 73,88 persen di perkotaan. Sementara itu, hanya 52,21 persen rumah tangga di perdesaan yang memiliki jamban sendiri dengan tangki septik.

Sarana dan prasana di daerah perdesaan yang terbatas menyebabkan mereka kesulitan dalam memperoleh air bersih. Banyak masyarakat perdesaan yang bergantung pada air sungai untuk memenuhi kebutuhan mereka. Selain itu, perilaku masyarakat perdesaan dan kurangnya fasilitas yang memadai mendorong mereka untuk buang air besar tidak pada jamban dengan tangki septik. Banyak masyarakat daerah perdesaan, terutama di pelosok Indonesia, yang buang air besar ke sungai, sawah, kolam, dan tempat terbuka lainnya. Padahal perilaku tersebut dapat mengancam kesehatan. Oleh karena itu pengelolaan air bersih dan sanitasi di perdesaan perlu mendapatkan perhatian lagi.

Kemudian, status kepemilikan rumah tinggal juga dapat menggambarkan kesejahteraan penduduk. Tempat tinggal yang tetap dan terjamin menunjukkan kemampuan rumah tangga dalam memenuhi salah satu kebutuhan dasarnya. Sebagian besar rumah tangga di Indonesia tinggal di rumah milik sendiri. Di tahun 2016, rumah tangga yang tinggal di rumah milik sendiri ada sebesar 82,58 persen. Akan tetapi, kecenderungan rumah tangga di perkotaan untuk tinggal di rumah kontrak, sewa, atau bebas sewa lebih besar dibandingkan rumah tangga di daerah perdesaan.

Jumlah penduduk perkotaan yang besar belum sebanding dengan pembangunan perumahan yang memadai.

*clean drinking water and sanitation. In 2016, more than 80 percent of urban households had access to clean drinking water, while rural households accessing clean drinking water have not reached 60 percent. As another fact, the percentage of households with own toilet and septic tanks amounted to 73.88 percent in urban areas while only 52.21 percent of rural households have such facilities.*

*Insufficient facilities and infrastructures in rural areas caused make it difficult for rural residents to obtain clean water. Many of them depended on river to meet their daily needs for water. In addition, rural poor behavior and lack of adequate facilities encourage them to defecate not in the toilet with septic tanks. Many villagers, especially in Indonesia, still practice defecation outside toilet, such as on river bank, rice field, pond, and other open places. Though such behavior can threaten health. Therefore, the management of clean water and sanitation in rural areas need to regain more attention.*

*Ownership status of housing can also indicate social welfare level. Permanent and secure housing demonstrates the ability of a household to fulfill one of its basic needs. Most households in Indonesia live in their own homes. In 2016, the households living in self-owned houses were 82.58 percent. However, the tendency of urban households to live in contract, rent, and rent-free housing is greater than those in rural households.*

*Large number of urban population is not yet comparable with adequate housing construction. Limited land available became*



Lahan yang terbatas menjadi salah satu hambatan pembangunan tempat tinggal di daerah perkotaan. Selain itu, harga tanah dan bangunan di daerah perkotaan relatif mahal. Pada akhirnya, penduduk yang kurang mampu hanya bisa untuk membayar sewa saja atau bahkan telah dibebaskan sewanya. Meski demikian, pemerintah telah berupaya melalui berbagai kebijakan, seperti program sejuta rumah, agar penduduk kurang mampu dapat memiliki aset tempat tinggal sendiri yang layak huni.

*major obstacles of urban development in this matter. In addition, the price of land and buildings in urban areas is relatively more expensive than in rural areas. Therefore, the underprivileged people can only pay the rent or have even been without paying rent for that shelter need. Nevertheless, the government has sought through various policies, such as a million houses program, aiming for the less fortunate population to have their own dwelling.*

**Tabel 25. Persentase Rumah Tangga Menurut Status Kepemilikan Rumah Tinggal, 2015 dan 2016**  
**Table 25. Percentage of Household by Housing Ownership Status, 2015 and 2016**

Status Kepemilikan Rumah Tinggal <i>Housing Ownership Status</i>	Perkotaan <i>Urban</i>		Perdesaan <i>Rural</i>		Perkotaan+Perdesaan <i>Urban+Rural</i>	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Milik Sendiri/ <i>Own</i>	73,87	73,96	91,44	91,64	82,63	82,58
Kontrak, Sewa/ <i>Lease, Rent</i>	14,99	15,38	1,14	1,30	8,08	8,51
Bebas Sewa/ <i>Rent free</i>	9,85	9,24	6,17	5,72	8,01	7,52
Rumah Dinas/ <i>Official</i>	0,95	1,04	1,08	1,14	1,01	1,09
Lainnya/ <i>Other</i>	0,35	0,39	0,18	0,20	0,26	0,29

Sumber : Susenas Kor, 2015-2016

Source : *National Socioeconomic Survey Kor, 2015-2016*

## VII. KEMISKINAN

Isu kemiskinan merupakan tantangan global bagi seluruh negara. Pengentasan kemiskinan telah menjadi target utama kebijakan di bidang perekonomian. Target kemiskinan ini tercantum dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB), yaitu mengakhiri kemiskinan dalam segala bentuk dimanapun. Terfokusnya perhatian pemerintah dalam fenomena kemiskinan ini karena kemiskinan merupakan tolok ukur kesejahteraan masyarakat.

## VII. POVERTY

*Poverty topic is a global challenge for all countries. Poverty alleviation has become the key target underpinning the economic policies. This target is listed in the Sustainable Development Goals (the SDGs), which ends poverty in any form anywhere. The focus of government attention in the phenomenon of poverty is based on the rationale that poverty is a benchmark of social welfare.*

**Tabel 26. Perkembangan Penduduk Miskin di Indonesia Menurut Tempat Tinggal, 2013-2017**  
**Table 26. Trend of Number Poor People In Indonesia by Type of Area, 2013-2017**

Tahun Year	Jumlah Penduduk Miskin (juta) Number of Poor People (million)			Persentase Penduduk Miskin (%) Percentage of Poor People (%)		
	Perkotaan Urban	Perdesaan Rural	Perkotaan+Perdesaan Urban+Rural	Perkotaan Urban	Perdesaan Rural	Perkotaan+Perdesaan Urban+Rural
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
2013	10,33	17,74	28,07	8,39	14,32	11,37
2014	10,51	17,77	28,28	8,34	14,17	11,25
2015	10,65	17,94	28,59	8,29	14,21	11,22
2016	10,34	17,67	28,01	7,79	14,11	10,86
2017	10,67	17,10	27,77	7,72	13,93	10,64

Sumber/ Source : BPS - Statistics Indonesia

Dalam konsep BPS, kemiskinan adalah ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Penduduk miskin adalah penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran per kapita per bulan di bawah Garis Kemiskinan. Jumlah penduduk miskin terus menurun dalam lima tahun terakhir, dan mencapai 27,77 juta orang (10,64 persen) pada tahun 2017. Sebagian besar atau sekitar 61,58 persen penduduk miskin tinggal di wilayah perdesaan. Keadaan geografis, demografis, dan struktur ekonomi berkaitan

*BPS concept of poverty is economic inability to meet the basic needs of food and non-food as measured by the expenditure side. The poor are people who have an average monthly per capita expenditure below the Poverty Line. The number of the poor continues to decline over the last five years, as many as 27.77 million people (10.64 percent of total population) by 2017. Most the poor live or around 61.58 percent of them live in rural areas. The geographical, demographic, and economic structures relate to the large trends of poverty in rural areas. Slower economic growth in rural areas compared to urban areas greatly affects the welfare of the people in rural areas.*

dengan besarnya kecenderungan kemiskinan di daerah perdesaan. Pertumbuhan ekonomi daerah perdesaan yang lebih lambat dibandingkan dengan daerah perkotaan sangat mempengaruhi tingkat kesejahteraan masyarakatnya.

**Tabel 27. Perkembangan Penduduk Miskin di Indonesia Menurut Pulau, 2015-2017**  
**Table 27. Trend of Number Poor People In Indonesia by Island, 2015-2017**

Tahun Year	Jumlah Penduduk Miskin (ribu) Number of Poor People (thousand)			Persentase Penduduk Miskin (%) Percentage of Poor People (%)		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Sumatera	6 366,65	6 273,73	6 227,25	11,55	11,22	10,97
Jawa	15 453,41	14 971,86	14 789,42	10,68	10,23	10,01
Bali dan Nusa Tenggara	2 180,44	2 132,55	2 124,70	15,47	14,96	14,71
Kalimantan	982,42	974,58	990,14	6,42	6,26	6,25
Sulawesi	2 117,08	2 113,16	2 116,66	11,32	11,17	11,05
Maluku dan Papua	1 492,82	1 539,53	1 523,05	22,04	22,09	21,45

Sumber/ Source : BPS - Statistics Indonesia

Analisis kemiskinan ini juga sangat menarik dilakukan secara spasial menurut pulau. Secara umum, persentase penduduk miskin menurun perlahan selama tiga tahun terakhir di keenam pulau. Meski demikian, persentase penduduk miskin di Pulau Maluku dan Papua masih cukup tinggi, yaitu sebesar 21,45 persen pada tahun 2017. Kemiskinan di wilayah paling timur Indonesia tersebut tidak terlepas dari faktor geografis. Sulitnya akses dan keterjangkauan wilayah menyebabkan ketidakmerataan pelayanan dasar di daerah timur Indonesia. Oleh karena itu, pengentasan kemiskinan di wilayah timur Indonesia harus lebih diperhatikan lagi, dengan mempertimbangkan segala aspek yang berkaitan dengan kesejahteraan rakyat.

Kemudian, nilai rupiah yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan pokok minimum terus memingkat. Hal tersebut ditunjukkan dengan naiknya Garis Kemiskinan (GK), dari Rp 354.386 per kapita per bulan pada

*An interesting fact found in poverty by main islands analysis on spacial basis. In general, number of the poor population has declined slowly over the past three years on all six main islands. Nevertheless, the percentage of poor population in Maluku and Papua Island is still quite high, which is 21.45 percent in 2017. Poverty in eastern Indonesia correlate with its particular geographical factors. The difficulty of access and affordability of the region caused an inequality of basic public services in eastern Indonesia. Therefore, poverty alleviation in the eastern regions of Indonesia should become serious attention, taking into account all aspects related to the social welfare indicators.*

*The cost to meet the minimum basic needs continues to increase. This is indicated by increase in the Poverty Line, from Rp 354,386 per capita per month in 2016 to Rp 374,478 per capita per month by 2017. This poverty line is*

tahun 2016 menjadi Rp 374.478 per kapita per bulan pada tahun 2017. Garis Kemiskinan inilah yang mengelompokkan penduduk sebagai penduduk miskin dan tidak miskin. Meski demikian, masalah kemiskinan tidak hanya pada jumlah kemiskinan tetapi juga kedalaman dan keparahan kemiskinan itu sendiri.

Dalam tiga tahun terakhir, Indeks Kedalaman Kemiskinan dan Indeks Keparahannya Kemiskinan menurun secara perlahan. Fakta tersebut menunjukkan bahwa rata-rata pengeluaran penduduk miskin semakin mendekati GK dan ketimpangan pengeluaran antara penduduk miskin juga semakin menyempit. Meski demikian, kedalaman dan keparahan kemiskinan di perdesaan harus mendapatkan perhatian yang lebih dibandingkan dengan kemiskinan di perkotaan. Indeks Kedalaman Kemiskinan dan Indeks Keparahannya Kemiskinan di daerah perdesaan bernilai dua kali lipat lebih tinggi dibandingkan dengan kemiskinan di daerah perkotaan.

Rumah tangga miskin biasanya memiliki karakteristik demografi yang cukup menonjol, seperti banyaknya anggota rumah

*a measure to classify the population as poor and non-poor. Nevertheless, the problem of poverty is not only on a matter of number of poor population but also the depth and severity of poverty itself.*

*Within the last three years, Poverty Depth Index and Poverty Severity Index has declined steadily. This fact shows that the average expenditure of the poor is closer to the poverty line and the inequality of expenditure among the poor people is also narrowed. Nevertheless, the depth and severity of rural poverty should receive more attention than urban poverty. Poverty Depth Index and Poverty Severity Index in rural areas is twice greater than poverty in urban areas.*

*Poor households usually have prominent demographic characteristics, such as large household size. The average number of*

**Tabel 28. Garis Kemiskinan, Indeks Kedalaman Kemiskinan, dan Indeks Keparahannya Kemiskinan Menurut Daerah Tempat Tinggal, 2015-2017**

**Table 28. Poverty Line, Poverty Gap Index, and Poverty Severity Index by Type of Area, 2015-2017**

Indikator/Indicators	2015	2016	2017
(1)	(2)	(3)	(4)
Garis Kemiskinan	330 776	354 386	374 478
Perkotaan	342 541	364 527	385 621
Perdesaan	317 881	343 646	361 496
Indeks Kedalaman Kemiskinan (P1)	1,97	1,94	1,83
Perkotaan	1,40	1,19	1,24
Perdesaan	2,55	2,74	2,49
Indeks Keparahannya Kemiskinan (P2)	0,54	0,52	0,48
Perkotaan	0,36	0,27	0,31
Perdesaan	0,71	0,79	0,67

Sumber/ Source : BPS - Statistics Indonesia

tangga (ART). Rata-rata jumlah ART di rumah tangga miskin cenderung konstan dalam tiga tahun terakhir, yaitu sebanyak 4 sampai 5 orang. Kemudian kemiskinan dalam rumah tangga juga identik dengan karakteristik Kepala Rumah Tangga (KRT) yang merupakan penanggung jawab keluarga. Persentase rumah tangga miskin dengan KRT perempuan sempat meningkat pada tahun 2015, yaitu dari 14,20 persen menjadi 16,94 persen, tetapi mengalami penurunan pada tahun 2016 menjadi 16,12 persen. Di sisi lain, rata-rata usia KRT di rumah tangga miskin terus meningkat secara perlahan, hingga mencapai hampir 50 tahun pada tahun 2016.

*household members in poor households tended to be constant in the last three years, amounting to 4 to 5 people. Then poverty in the household is also synonymous with the characteristics of the Head of Household who is responsible for the family. The percentage of poor households with women headed households had increased in 2015, from 14.20 percent to 16.94 percent, but decreased by 2016 to 16.12 percent. On the other hand, the average age of head of households in poor households continues to rise slowly, reaching almost 50 years by 2016.*

**Tabel 29. Beberapa Karakteristik Demografi Rumah Tangga Miskin, 2014-2016**  
**Table 29. Several Demographic Characteristics of Poor Households, 2014-2016**

Karakteristik Demografi Demographic Characteristic	Perkotaan Urban			Perdesaan Rural			Perkotaan+Perdesaan Urban+Rural		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(5)	(6)	(8)	(9)	(10)	(12)	(13)
1. Rata-rata Jumlah ART (jiwa) Average of household size (people)	4,95	4,48	4,57	4,78	4,40	4,44	4,84	4,43	4,49
2. Persentase KRT Wanita (persen) Percentage of female household head (percent)	14,45	18,13	16,92	14,06	16,25	15,67	14,20	16,94	16,12
3. Rata-rata Usia KRT (tahun) Average of age of household head (year)	49,16	49,87	50,06	48,40	49,48	49,65	48,67	49,62	49,80

Sumber/ Source : BPS - Statistics Indonesia

Selain itu, kemiskinan juga dapat dipengaruhi oleh faktor pendidikan. Sebagian besar kepala rumah miskin sudah dapat membaca dan menulis. Akan tetapi tingkat pendidikan kepala rumah tangga miskin lebih rendah jika dibandingkan dengan kepala rumah tangga tidak miskin. Sebagian besar pendidikan kepala rumah tangga miskin adalah tidak tamat SD dan Tamat SD. Di sisi lain, pendidikan kepala rumah tangga tidak miskin banyak yang berpendidikan tamat SMA dan Perguruan Tinggi, terutama untuk daerah perkotaan.

*Poverty can also be influenced by educational factors in the bargain. Most of the heads of poor households can read and write. However, their level of education is lower when compared to non-poor household heads. Most of the education levels of poor household heads are not completed primary school and completed primary school. On the other hand, the education of non-poor household heads seems to be more advanced, mostly senior high school and university graduates, especially for urban areas.*

Kondisi ekonomi rumah tangga juga tidak lepas dari karakteristik ketenagakerjaan KRT. Kemampuan KRT untuk memenuhi kebutuhan ekonomi rumah tangga dapat

*Household economic conditions also can not be separated from the employment characteristics of its head of household. The*

meningkatkan kesejahteraan rumah tangganya. Akan tetapi, selama tahun 2014-2016, kepala rumah tangga miskin yang tidak bekerja terus mengalami peningkatan, baik di perkotaan maupun di perdesaan. Kemudian, untuk kepala rumah tangga miskin yang bekerja cenderung terkonsentrasi di sektor pertanian, terutama untuk daerah perdesaan.

*ability of household heads to meet the economic needs of households can improve the welfare of their households. However, during 2014-2016, the heads of poor households who do not work continued to increase, both in urban and rural areas. Then, for the working head of poor households tended to be concentrated in the agricultural sector, especially for rural*

**Tabel 30. Karakteristik Pendidikan Kepala Rumah Tangga, 2014-2016**

**Table 30. Education Characteristics of Household Head, 2014-2016**

Karakteristik Pendidikan Education Characteristic	Perkotaan Urban			Perdesaan Rural			Perkotaan+Perdesaan Urban+Rural		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(5)	(6)	(8)	(9)	(10)	(12)	(13)
1. Kepala Rumah Tangga Miskin yang dapat Membaca dan Menulis (%)/Poor household head who can read and write (%)									
a. Dapat Membaca & Menulis Can read and write	88,83	90,27	90,59	81,38	84,25	83,95	84,09	86,47	86,36
b. Tidak dapat Membaca & Menulis Cannot read and write	11,17	9,73	9,41	18,62	15,75	16,05	15,91	13,53	13,64
2. Pendidikan Kepala Rumah Tangga (%)/Education of household head (%)									
a. Rumah Tangga Miskin/Poor households									
- Tidak Tamat SD Not completed primary school	33,60	33,87	30,55	44,27	44,18	42,00	40,39	40,39	37,85
- Tamat SD Completed primary school	38,01	34,52	43,13	38,29	36,80	42,85	38,19	35,96	42,95
- Tamat SMP Completed junior high school	15,35	16,39	9,53	11,06	11,86	6,11	12,62	13,53	7,35
- Tamat SMA Completed senior high school	12,47	14,40	15,49	5,83	6,70	8,52	8,24	9,54	11,05
- Tamat Perguruan Tinggi Completed University	0,57	0,82	1,29	0,55	0,45	0,52	0,55	0,59	0,80
b. Rumah Tangga Tidak Miskin/Non Poor households									
- Tidak Tamat SD Not completed primary school	14,71	13,76	13,25	31,57	30,11	28,46	22,95	21,68	20,43
- Tamat SD Completed primary school	21,52	21,80	30,67	36,54	36,22	43,67	28,86	28,78	36,81
- Tamat SMP Completed junior high school	16,11	16,30	9,94	14,56	15,65	8,54	15,35	15,98	9,28
- Tamat SMA Completed senior high school	34,50	34,19	32,79	13,70	14,32	15,35	24,33	24,57	24,55
- Tamat Perguruan Tinggi Completed University	13,15	13,94	13,35	3,63	3,70	3,98	8,50	8,99	8,93

Sumber/ Source : BPS - Statistics Indonesia



Berbeda dengan rumah tangga tidak miskin, sektor pekerjaan KRT lebih tersebar dan cukup banyak yang bekerja di sektor selain pertanian dan industri.

Kemudian jika dilihat dari status pekerjaannya, kepala rumah tangga miskin sebagian besar bekerja dengan berusaha sendiri dan berusaha dibantu buruh tidak tetap/buruh tidak dibayar, terutama untuk daerah perdesaan. Padahal status pekerjaan tersebut merupakan pekerjaan sektor informal. Sektor informal sangat identik dengan upah yang tidak tetap dan rendah serta sangat rentan atau prospek kurang terjamin. Hal tersebut dapat menyebabkan ketidakejahteraan pekerja dan rumah tangga akan lebih rentan mengalami kemiskinan. Meski demikian, persentase kepala rumah tangga miskin yang bekerja dengan berusaha sendiri dan berusaha dibantu buruh tidak tetap/buruh tidak dibayar perlahan menurun dalam tiga tahun terakhir.

Kualitas perumahan rumah tangga miskin cenderung masih rendah. Sebagian besar rumah tangga miskin tinggal di rumah dengan luas lantai per kapita kurang dari atau sama dengan 15 m<sup>2</sup>, sedangkan luas lantai per kapita sebagian besar tempat tinggal rumah tangga tidak miskin lebih dari 15 m<sup>2</sup>. Kemudian, sebagian besar tempat tinggal rumah tangga miskin sudah berlantaikan bukan tanah, beratapkan genteng, beton, atau sirap, dan menggunakan listrik. Akan tetapi, jenis dinding terluas untuk tempat tinggal rumah tangga miskin masih banyak yang menggunakan kayu dan bambu, terutama untuk daerah perdesaan. Tempat tinggal rumah tangga miskin di daerah perdesaan 34,78 persen ber dinding kayu dan 19,41 persen ber dinding bambu. Walaupun demikian, persentase tempat tinggal ber dinding kayu telah menurun dibandingkan tahun-tahun sebelumnya.

Selanjutnya, fasilitas tempat tinggal rumah tangga miskin juga kurang lengkap dan kurang baik dibandingkan dengan tempat tinggal rumah tangga tidak miskin.

*areas. In contrast to non-poor households, their employment sectors are more various and most of them are employed other than agriculture and manufacturing sectors.*

*When looking at from their employment status, the poor household heads mostly work as own account worker and employer assisted by temporary worker/unpaid worker, especially for rural areas; these working statuses are informal sector. The informal sector is synonymous with unpaid and low wages and is particularly vulnerable or less secure prospects. This phenomenon make such households more vulnerable to poverty. Nevertheless, the percentage of poor heads of household who work as own account worker and employer assisted by temporary worker/unpaid worker appeared to decline in the last three years.*

*Housing quality of poor households is likely to be low. Most poor households live in houses with per-capita floors of less than or equal to 15 m<sup>2</sup>, whereas per capita floor area of most non-poor households is more than 15 m<sup>2</sup>. Most poor households dwelling is featured with non-earth floor, permanent roof, and electricity. However, their widest type of wall still uses wood and bamboo, especially in rural areas. Poor households in rural areas accounted for 34.78 percent with wooden walls and 19.41 percent with bamboo walls. However, the percentage of houses with wooden walls has declined compared to previous years.*

*Furthermore, the housing facilities of poor households are also insufficient and poorer compared to non-poor households. By 2016, poor households consuming clean water*

**Tabel 31. Karakteristik Ketenagakerjaan Kepala Rumah Tangga, 2014-2016**  
**Table 31. Employment Characteristics of Household Head, 2014-2016**

Karakteristik Ketenagakerjaan Employment Characteristic (1)	Perkotaan Urban			Perdesaan Rural			Perkotaan + Perdesaan Urban+Rural		
	2014 (2)	2015 (3)	2016 (5)	2014 (6)	2015 (8)	2016 (9)	2014 (10)	2015 (12)	2016 (13)
1. Lapangan Pekerjaan Kepala Rumah Tangga (%) / Sector of Employment of Household Head (%)									
a. Rumah Tangga Miskin / Poor Household									
- Tidak Bekerja Unemployment	14,95	17,54	18,47	9,89	10,73	12,38	11,73	13,24	14,59
- Bekerja di Sektor Pertanian Working in Agriculture sector	29,59	25,25	24,88	67,26	66,28	65,62	53,58	51,18	50,84
- Bekerja di Sektor Industri Working in Manufacturing sector	9,55	7,75	8,86	5,34	4,14	3,28	6,87	5,47	5,31
- Bekerja di Sektor Lainnya Working in Others sector	45,90	49,46	47,79	17,51	18,84	18,72	27,82	30,11	29,26
b. Rumah Tangga Tidak Miskin / Non Poor Household									
- Tidak Bekerja Unemployment	15,48	15,14	16,16	8,82	8,14	8,98	12,23	11,75	12,77
- Bekerja di Sektor Pertanian Working in Agriculture sector	10,20	10,17	9,80	51,75	52,70	52,07	30,50	30,77	29,77
- Bekerja di Sektor Industri Working in Manufacturing sector	12,51	11,55	11,30	6,32	5,57	5,21	9,49	8,65	8,42
- Bekerja di Sektor Lainnya Working in Others sector	61,81	63,14	62,73	33,11	33,58	33,75	47,78	48,83	49,04
2. Status Pekerjaan Kepala Rumah Tangga Miskin (%) / Working Status of household head (%)									
a. Berusaha sendiri dan berusaha dibantu buruh tidak tetap/buruh tidak dibayar Own account worker and employer assisted by temporary worker/unpaid worker									
	35,30	33,57	30,6	57,83	56,37	55,05	49,65	47,98	46,18
b. Berusaha dibantu buruh tetap/buruh dibayar Employer assisted by permanent worker/paid worker									
	2,61	1,22	1,65	1,68	1,46	2,04	2,02	1,37	1,90
c. Buruh/Karyawan/Pegawai/Pekerja Bebas/Employee									
	46,02	46,63	48,12	28,97	30,17	29,01	35,16	36,23	35,95
d. Pekerja Keluarga atau Tidak Dibayar Unpaid worker									
	1,11	1,04	1,16	1,63	1,27	1,52	1,44	1,18	1,39

Sumber/ Source : BPS - Statistics Indonesia

Pada tahun 2016, rumah tangga miskin yang mengkonsumsi air bersih untuk minum ada sebanyak 53,83 persen, sedangkan rumah tangga tidak miskin ada sebanyak 72,32 persen. Tidak hanya itu, 30,82 persen rumah tangga miskin tidak memiliki jamban atau menggunakan jamban umum. Fakta tersebut menunjukkan bahwa rumah tangga miskin sulit dalam mengakses air dan sanitasi yang sehat. Kondisi itu dapat membuat rumah tangga miskin rentan terserang penyakit.

for drinking are 53.83 percent, while non-poor households are 72.32 percent. Not only so, 30.82 percent of poor households did not have toilet or use public toilet. This fact shows that poor households are difficult to have access to water and healthy sanitation. These conditions make poor households vulnerable to disease.

**Tabel 32. Karakteristik Perumahan, 2014-2016**  
**Table 32. Housing Characteristics, 2014-2016**

Karakteristik Perumahan <i>Housing Characteristic</i>	Perkotaan <i>Urban</i>			Perdesaan <i>Rural</i>			Perkotaan + Perdesaan <i>Urban+Rural</i>		
	2014 (2)	2015 (3)	2016 (5)	2014 (6)	2015 (8)	2016 (9)	2014 (10)	2015 (12)	2016 (13)
(1)	(2)	(3)	(5)	(6)	(8)	(9)	(10)	(12)	(13)
<b>1. Luas Lantai per Kapita/Floor Area per Capita</b>									
<b>a. Rumah Tangga Miskin/Poor Household</b>									
- <= 8 m <sup>2</sup>	35,28	28,68	29,09	30,90	27,13	27,05	32,49	27,70	27,79
- 8 < Luas/Area <= 15 m <sup>2</sup>	37,68	38,02	39,22	39,12	36,02	37,64	38,60	36,76	38,21
- > 15 m <sup>2</sup>	27,05	33,30	31,69	29,98	36,84	35,31	28,92	35,54	34,00
<b>b. Rumah Tangga Tidak Miskin/Non Poor Household</b>									
- <= 8 m <sup>2</sup>	14,78	13,99	13,21	10,86	10,04	9,00	12,87	12,08	11,22
- 8 < Luas/Area <= 15 m <sup>2</sup>	29,77	28,66	28,62	30,51	30,69	30,10	30,13	29,64	29,32
- > 15 m <sup>2</sup>	55,46	57,35	58,17	58,63	59,27	60,90	57,01	58,28	59,46
<b>2. Jenis Lantai Rumah Tangga Miskin (%)/Floor of Poor Household (%)</b>									
<b>a. Bukan Tanah/Non Earth Floor</b>									
	90,21	89,51	91,05	77,00	78,50	78,65	81,79	82,55	83,15
<b>b. Tanah/Earth Floor</b>									
	9,79	10,49	8,95	23,00	21,50	21,35	18,21	17,45	16,85
<b>3. Jenis Atap terluas Rumah Tangga Miskin (%)/Roof of Poor Household (%)</b>									
<b>a. Genteng, Beton, Sirap/Concrete, Tile, Wood</b>									
	72,09	70,26	69,41	58,49	58,27	57,48	63,43	62,68	61,81
<b>b. Seng, Asbes/Zinc, Asbestos</b>									
	26,41	28,51	29,53	32,14	33,66	34,79	30,06	31,77	32,88
<b>c. Ijuk, Rumbia/Sugar Palm Fiber</b>									
	1,36	0,84	0,96	6,14	7,10	7,26	4,41	4,79	4,97
<b>d. Lainnya/Others</b>									
	0,13	0,39	0,10	3,22	0,97	0,47	2,10	0,75	0,34
<b>4. Jenis Dinding terluas (%)/The Largest Wall (%)</b>									
<b>a. Rumah Tangga Miskin/Poor Household</b>									
- Tembok/Brick	65,19	68,02	69,06	40,80	42,68	42,18	49,66	52,01	51,93
- Kayu/Wood	18,01	16,72	16,26	37,90	35,24	34,78	30,68	28,43	28,06
- Bambu/Bamboo	14,37	13,39	13,06	17,63	18,44	19,41	16,45	16,58	17,1
- Lainnya/Others	2,43	1,86	1,63	3,67	3,64	3,64	3,22	2,98	2,91
<b>b. Rumah Tangga Tidak Miskin/Non Poor Household</b>									
- Tembok/Brick	85,73	87,11	87,88	59,56	59,68	61,28	72,94	73,83	75,32
- Kayu/Wood	10,19	8,51	8,27	29,53	28,57	27,8	19,64	18,23	17,5
- Bambu/Bamboo	3,12	3,44	3,04	8,96	9,75	8,94	5,97	6,50	5,83
- Lainnya/Others	0,96	0,94	0,81	1,95	2,00	1,97	1,45	1,45	1,36
<b>5. Jenis Penerangan Utama (%)/Primary Lighting Source (%)</b>									
<b>a. Rumah Tangga Miskin/Poor Household</b>									
- Listrik/Electricity	98,56	99,31	99,16	86,48	88,90	88,50	90,86	92,73	92,37
- Bukan Listrik	1,44	0,69	0,84	13,52	11,10	11,50	9,14	7,27	7,63
<b>b. Rumah Tangga Tidak Miskin/Non Poor Household</b>									
- Listrik/Electricity	99,69	99,87	99,87	95,23	96,11	96,24	97,51	98,05	98,15
- Bukan Listrik	0,31	0,13	0,13	4,77	3,89	3,76	2,49	1,95	1,85

(Lanjutan Tabel 32/Continued Table 32)

Karakteristik Perumahan <i>Housing Characteristic</i>	Perkotaan <i>Urban</i>			Perdesaan <i>Rural</i>			Perkotaan+Perdesaan <i>Urban+Rural</i>		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(5)	(6)	(8)	(9)	(10)	(12)	(13)
6. Sumber Air Minum (%) / <i>Drinking Water Source (%)</i>									
a. Rumah Tangga Miskin / <i>Poor Household</i>									
- Air Bersih <sup>1)</sup> / <i>Clean and Safe Water <sup>1)</sup></i>	60,78	66,46	64,5	39,73	48,09	47,76	47,37	54,85	53,83
- Lainnya <sup>2)</sup> / <i>Others <sup>2)</sup></i>	39,22	33,54	35,5	60,27	51,91	52,24	52,63	45,15	46,17
b. Rumah Tangga Tidak Miskin / <i>Non Poor Household</i>									
- Air Bersih <sup>1)</sup> / <i>Clean and Safe Water <sup>1)</sup></i>	81,59	82,51	82,65	55,16	60,20	60,78	68,67	71,70	72,32
- Lainnya <sup>2)</sup> / <i>Others <sup>2)</sup></i>	18,41	17,49	17,35	44,84	39,80	39,22	31,33	28,30	27,68
7. Jenis Jamban (%) / <i>Toilet facility (%)</i>									
a. Rumah Tangga Miskin / <i>Poor Household</i>									
- Jamban Sendiri / <i>Private Toilet</i>	61,25	62,98	65,87	44,91	51,08	52,08	50,85	55,46	57,08
- Jamban Bersama / <i>Shared Toilet</i>	16,93	15,32	13,45	12,56	13,96	11,33	14,15	14,46	12,10
- Jamban Umum, Tidak Ada <i>Public Toilet, No Facility</i>	21,82	21,70	20,69	42,53	34,95	36,58	35,01	30,08	30,82
b. Rumah Tangga Tidak Miskin / <i>Non Poor Household</i>									
- Jamban Sendiri / <i>Private Toilet</i>	80,42	83,06	83,64	65,10	69,21	71,34	72,93	76,35	77,83
- Jamban Bersama / <i>Shared Toilet</i>	12,56	11,73	10,63	11,02	11,28	9,42	11,80	11,51	10,06
- Jamban Umum, Tidak Ada <i>Public Toilet, No Facility</i>	7,02	5,21	5,72	23,89	19,51	19,24	15,27	12,14	12,11
8. Status Kepemilikan Rumah (%) / <i>Housing ownership status (%)</i>									
a. Rumah Tangga Miskin / <i>Poor Household</i>									
- Milik Sendiri / <i>Own House</i>	78,27	78,28	77,75	91,90	92,92	93,23	86,95	87,53	87,62
- Kontrak, Sewa / <i>Lease, Rent</i>	8,27	7,96	8,61	0,65	0,69	0,70	3,42	3,36	3,57
- Lainnya / <i>Other</i>	13,46	13,76	13,64	7,45	6,40	6,07	9,63	9,11	8,81
b. Rumah Tangga Tidak Miskin / <i>Non Poor Household</i>									
- Milik Sendiri / <i>Own House</i>	69,89	73,54	73,70	88,67	91,23	91,43	79,07	82,11	82,07
- Kontrak, Sewa / <i>Lease, Rent</i>	16,82	15,52	15,85	1,38	1,20	1,38	9,28	8,58	9,01
- Lainnya / <i>Other</i>	13,29	10,94	10,45	9,95	7,57	7,20	11,66	9,31	8,91

Catatan/Note :

<sup>1)</sup> Air Bersih meliputi air yang dibeli, PAM/PDAM, mata air dan sumur terlindung  
*Clean and safe water including package/refill water, water pumps/pipe, protected well or protected springs*

<sup>2)</sup> Lainnya meliputi mata air dan sumur tak terlindung, air sungai, air hujan dan lain-lain  
*Others including unprotected well, unprotected springs, rivers, rain water and others*

Sumber/ Source : BPS - Statistics Indonesia

Di sisi lain, fakta yang cukup menarik adalah persentase rumah tangga miskin yang bertempat tinggal di rumah milik sendiri lebih besar dibandingkan rumah tangga tidak miskin. Rumah tangga tidak miskin yang tinggal di rumah sewa atau kontrak cukup banyak, yaitu sebanyak 9,01 persen pada tahun 2016. Terlebih lagi untuk daerah perkotaan, sebanyak 15,85 persen

*On the other hand, an interesting fact is that the percentage of poor households living in their own houses is greater than non-poor households. Non-poor households living in rented or contracted houses were 9.01 percent by 2016. Moreover in urban areas, 15.85 percent of non-poor households lived in rented or contracted houses. This can be due to non-poor households wanting to get a*

rumah tangga tidak miskin tinggal di rumah sewa atau kontrak. Hal ini dapat disebabkan karena rumah tangga tidak miskin ingin mendapatkan tempat tinggal yang lebih layak. Akan tetapi, untuk memperoleh rumah tinggal di perkotaan tidak mudah, karena harga yang cukup mahal dan sebagainya. Dengan demikian, mereka lebih memilih untuk menyewa atau mengontrak tempat tinggal.

*more decent place to live. However, to obtain a desired house in urban is quite expensive, so they prefer to rent the house to live.*

<https://www.bps.go.id>

## VIII. SOSIAL LAINNYA

Selain yang disebutkan sebelumnya, perkembangan kesejahteraan rakyat dapat dicerminkan melalui beberapa indikator sosial lainnya, seperti perjalanan wisata, korban kejahatan, bantuan siswa miskin, penerima kredit usaha, jaminan pelayanan kesehatan, dan akses teknologi informasi dan komunikasi. Secara umum, seluruh indikator sosial lainnya menunjukkan tren yang meningkat dalam tiga tahun terakhir, kecuali persentase penduduk yang pernah menjadi korban kejahatan. Hal ini menunjukkan bahwa taraf kesejahteraan penduduk Indonesia sudah bergerak ke arah yang lebih baik.

Indikator pertama berbicara mengenai perjalanan wisata. Salah satu kegiatan yang dapat memenuhi kebutuhan rohani yaitu dengan berwisata. Persentase penduduk yang melakukan perjalanan wisata menunjukkan tren yang meningkat dalam tiga tahun terakhir. Bahkan tahun 2016, persentase penduduk yang melakukan perjalanan wisata ada sekitar 6,30 persen, hampir tiga kali lipat dibandingkan tahun 2014 (2,37 persen). Ditinjau menurut daerah tempat tinggal, penduduk yang tinggal di perkotaan yang melakukan perjalanan wisata (8,91 persen), lebih banyak dibandingkan penduduk yang tinggal di perdesaan (3,53 persen). Provinsi dengan persentase penduduk yang melakukan perjalanan wisata paling tinggi yaitu DI Yogyakarta (15,90 persen), Kepulauan Bangka Belitung (13,57 persen), dan DKI Jakarta (11,78 persen).

Selanjutnya, indikator korban kejahatan, selama periode 2014-2016 persentase penduduk yang pernah menjadi korban kejahatan mengalami penurunan. Tahun 2016, persentase penduduk yang pernah menjadi korban kejahatan tercatat 0,93 persen, atau turun 0,07 persen dibandingkan tahun 2015. Capaian ini tidak lepas dari peran dan kerjasama pemerintah, kepolisian, dan masyarakat dalam menciptakan keamanan lingkungan. Provinsi dengan persentase

## VIII. OTHER SOCIAL CONCERNS

*In the bargain, social welfare progress can be reflected through several other social indicators, such as recreational trips, number of victims of criminal acts, aid for the poor students, business household loans, free helath service and access to information and communication technologies. In general, all other social indicators show an upward trend in the last three years, except for the percentage of people who have been victims of criminal acts. This shows that the level of welfare of the Indonesian population has increased.*

*The first other social indicator in this discussion is recreational trip which is a travel for pleasure. The percentage of people who made recreational trip showed an increasing trend in the last three years. Even in 2016, the percentage of the population who travel for pleasure was around 6.30 percent, almost three times geater compared to 2014 (2.37 percent). In urban-rural comparison, urban people who made recreational trip (8.91 percent) were more than rural people (3.53 percent). The provinces with the highest percentage of popultion who travelled for pleasure is Yogyakarta by 15.90 percent, Bangka Belitung Islands by 13.57 percent and Jakarta by 11.78 percent.*

*Further indicator is percentage of victims of criminal acts. During the period 2014-2016 percentage of the population who had been victims of criminal acts has decreased. By 2016, the percentage of people who have been victims of crime was 0.93 percent, or a 0.07 percent decrease when compared to the figure in 2015. This positive improvement is supported by the role and cooperation of the government, police and the community in creating environmental security. The province*



penduduk yang pernah menjadi korban kejahatan tertinggi yaitu Nusa Tenggara Barat (1,50 persen), sementara yang terendah yaitu Kalimantan Barat (0,54 persen).

Persentase rumah tangga penerima Bantuan Siswa Miskin (BSM) menunjukkan tren yang meningkat dalam tiga tahun terakhir. Tahun 2014, tercatat persentase rumah tangga penerima BSM sebesar 7,71 persen dan terus meningkat hingga 11,79 persen pada tahun 2016. Provinsi dengan persentase rumah tangga penerima BSM tertinggi yaitu Gorontalo (23,22 persen), dan yang terendah yaitu DKI Jakarta (2,82 persen).

Selain BSM, salah satu bentuk bantuan lain yaitu kredit usaha. Persentase rumah tangga penerima kredit usaha menunjukkan

*with the highest percentage of the population being victims of criminal acts was West Nusa Tenggara (1.50 percent), while the lowest was West Kalimantan (0.54 percent).*

*The percentage of households who received aid for the poor students appeared to be an increasing trend in the last three years. In 2014, the percentage of households receiving the aid was 7.71 percent and continued to increase to 11.79 percent in 2016. The province with the highest percentage of the households receiving aid for the poor students was Gorontalo (23.22 percent), and the lowest was DKI Jakarta (2.82 percent).*

*Another indicator is percentage of households obtaining business loan. The percentage of households receiving business*

**Tabel 33. Indikator Sosial lainnya, 2014 - 2016**  
**Table 33. Other Social Indicators, 2014 - 2016**

Indikator/Indicators	2014	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)
Persentase Penduduk yang Melakukan Perjalanan Wisata <sup>†</sup> <i>Percentage of Population Who Made Recreational Trips<sup>†</sup></i>	2,37	5,17	6,30
Persentase Penduduk yang Pernah Menjadi Korban Kejahatan <i>Percentage of Population Who Ever Became the Victim of Criminal Acts</i>	1,06	1,00	0,93
Persentase Rumah Tangga Penerima Bantuan Siswa Miskin (BSM) <i>Percentage of Household Member Received Scholarship for The Poor Students (BSM)</i>	7,71	9,51	11,79
Persentase Rumah Tangga Penerima Kredit Usaha <i>Percentage of Households Obtaining Loan</i>	8,17	12,66	14,10
Persentase Rumah Tangga Penerima Jaminan Pelayanan Kesehatan <sup>1</sup> <i>Percentage of Households Receiving Free Health Services<sup>1</sup></i>	50,26	57,12	61,62

Catatan/Note :<sup>†</sup> Angka diperbaiki/Revised figures

<sup>1)</sup> Rumah tangga dikatakan Penerima Pelayanan Kesehatan Gratis jika minimal ada satu anggota rumah tangga yang menerima pelayanan kesehatan gratis dalam setahun terakhir

<sup>1)</sup> A household is recorded as Receiving Free Health Services if used at least by one of the household member

Sumber : Susenas Kor, 2014-2016

Source : National Socioeconomic Survey Kor, 2014-2016

peningkatan dalam tiga tahun terakhir, dengan rumah tangga penerima sebanyak 14,10 persen pada tahun 2016. Sama halnya dengan BSM, provinsi dengan persentase tertinggi rumah tangga penerima kredit

*credit showed an increase in the last three years, with recipient households as many as 14.10 percent in 2016. Similar to the aid for the poor students, the province with the highest percentage of households receiving business*

usaha yaitu Gorontalo (23,63 persen), dan yang terendah yaitu DKI Jakarta (3,84 persen). Kredit usaha berguna bagi masyarakat untuk meningkatkan modal usaha sehingga usahanya lebih berkembang dan pendapatannya pun meningkat.

Persentase rumah tangga penerima jaminan pelayanan kesehatan tahun 2016 sebesar 61,62 persen, meningkat 4,50 persen dibandingkan tahun sebelumnya. Provinsi dengan persentase tertinggi rumah tangga penerima jaminan pelayanan kesehatan yaitu Sumatera Selatan (91,10 persen) dan yang terendah yaitu Kalimantan Barat (41,84 persen). Seiring semakin banyaknya rumah tangga yang memiliki jaminan pelayanan kesehatan, diharapkan semakin banyak pula masyarakat yang memiliki kepastian perlindungan kesehatan sebagai kebutuhan dasar.

### Akses Teknologi Informasi dan Komunikasi

Salah satu ciri era globalisasi yaitu semakin pesatnya pertumbuhan akses teknologi informasi dan komunikasi, yang dicerminkan melalui penggunaan telepon, telepon seluler, komputer, dan akses internet. Perkembangan teknologi telah menciptakan telepon seluler yang lebih praktis dibandingkan telepon dengan kabel. Oleh sebab itu, persentase rumah tangga yang menguasai telepon selama tahun 2014-2016 mengalami penurunan, dengan nilai yang jauh lebih rendah dibandingkan persentase rumah tangga yang menguasai telepon seluler. Tahun 2016, persentase rumah tangga yang menguasai telepon sebesar 3,49 persen, sementara yang menguasai telepon seluler sebesar 88,71 persen.

Persentase rumah tangga yang mengakses komputer terus menunjukkan peningkatan selama periode 2014-2016. Tahun 2016, tercatat persentase rumah tangga yang mengakses komputer sebesar 19,14 persen. Sementara itu, secara nasional hampir separuh dari seluruh rumah tangga

*credit is Gorontalo (23.63 percent), and the lowest was DKI Jakarta (3.84 percent). Business loans are useful for people to increase their business capital so that their business become more developed which will lead to increase in income.*

*The percentage of households receiving free health services in 2016 was 61.62 percent, an increase of 4.50 percent compared to the previous year. The province with the highest percentage of recipient households of free health services was Sumatera Utara (91.10%) and the lowest was Kalimantan Barat (41.84%). Given the increasing number of households that have received free health services, it is expected that more people will have health protection as their basic needs.*

### Access to Information and Communication Technologies

*One of natures of globalization era is the advancement of information and communication technology, such as telephone, mobile phone, computer, and Internet Access. Technological developments have invented mobile phones that are more practical than wired phones. Therefore, the percentage of households using the fixed-line telephone during 2014-2016 had decreased, with a much lower figure than the percentage of households using the cellular phone. By 2016, the percentage of households using fixed-line telephone was 3.49 percent, while the figure of those who used cell phones was 88.71 percent.*

*The percentage of households accessing computers continued to show a rise over the period 2014-2016. By 2016, the percentage of households accessing computers was 19.14 percent. Meanwhile, nationally almost half of all households in Indonesia accessed the internet in the last three months before the enumeration*

**Tabel 34. Persentase Rumah Tangga yang Mempunyai Akses Teknologi Informasi dan Komunikasi Menurut Jenis Alat Komunikasi dan Informasi, 2014-2016**

**Table 34. Percentage of Household With Access to Information and Communication Technologies by Types of Communication and Information Tools, 2014-2016**

Alat Komunikasi dan Informasi/ Communication and Information Tools	2014	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)
Telepon Telephone	5,54	4,01	3,49
Telepon Selular <sup>1)</sup> Mobile Cellular	86,95	88,04	88,71
Komputer Computer	17,30	18,71	19,14
Akses internet <sup>1,2)</sup> Internet Access <sup>1,2)</sup>	35,64	41,98	47,22

Catatan/Note : <sup>1)</sup> Rumah tangga dikatakan menguasai telepon selular atau mengakses internet jika minimal ada satu anggota rumah tangga yang menguasai telepon selular atau mengakses internet menggunakan referensi waktu selama 3 bulan terakhir

<sup>1)</sup> A household is recorded as having mobile cellular or access to internet if used at least by one of the household member.

<sup>2)</sup> Menggunakan referensi waktu selama 3 bulan terakhir

<sup>2)</sup> Using references 3 month

Sumber : Susenas Kor, 2014-2016

Source : National Socioeconomic Survey Kor, 2014-2016

di Indonesia mengakses internet dalam tiga bulan terakhir sebelum pencacahan SUSENAS 2016. Provinsi dengan persentase tertinggi rumah tangga yang mengakses internet yaitu DKI Jakarta (76,96 persen).

of the 2016 National Socio-Economic Survey. The province with the highest percentage of households accessing the internet is DKI Jakarta (76.96 percent).



LAMPIRAN

*APPENDIX*

<https://www.ops.go.id>





## LAMPIRAN 1/APPENDIX 1

[Proyeksi Penduduk Indonesia 2010 - 2035 / Indonesia Population Projection 2010 - 2035]

Provinsi Province	Penduduk (000 jiwa) Population (000 persons)				Tingkat Pertumbuhan Penduduk Eksponensial (%) Exponential Growth Rate of Population (%)			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Aceh	4 907	5 002	5 096	5 190	1,97	1,92	1,87	1,81
Sumatera Utara	13 767	13 938	14 103	14 262	1,29	1,23	1,18	1,12
Sumatera Barat	5 132	5 196	5 260	5 322	1,28	1,25	1,21	1,17
R i a u	6 188	6 344	6 501	6 658	2,54	2,49	2,44	2,39
J a m b i	3 344	3 402	3 459	3 515	1,76	1,71	1,66	1,61
Sumatera Selatan	7 942	8 052	8 161	8 267	1,43	1,39	1,34	1,29
Bengkulu	1 845	1 875	1 905	1 934	1,66	1,62	1,58	1,54
Lampung	8 026	8 117	8 205	8 290	1,18	1,13	1,08	1,02
Bangka Belitung	1 344	1 373	1 402	1 431	2,16	2,13	2,09	2,05
Kepulauan Riau	1 917	1 973	2 028	2 083	2,97	2,86	2,76	2,65
DKI Jakarta	10 075	10 178	10 278	10 374	1,05	1,01	0,97	0,94
Jawa Barat	46 030	46 710	47 379	48 038	1,51	1,47	1,42	1,38
Jawa Tengah	33 523	33 774	34 019	34 258	0,77	0,75	0,72	0,70
D I Yogyakarta	3 637	3 679	3 721	3 762	1,17	1,15	1,13	1,10
Jawa Timur	38 610	38 848	39 075	39 293	0,64	0,61	0,58	0,56
Banten	11 705	11 955	12 203	12 448	2,18	2,12	2,05	1,99
B a l i	4 105	4 153	4 200	4 247	1,19	1,16	1,13	1,10
Nusa Tenggara Barat	4 774	4 836	4 896	4 956	1,33	1,29	1,25	1,21
Nusa Tenggara Timur	5 037	5 120	5 204	5 287	1,66	1,64	1,62	1,60
Kalimantan Barat	4 716	4 790	4 862	4 933	1,60	1,55	1,50	1,44
Kalimantan Tengah	2 440	2 495	2 550	2 605	2,29	2,24	2,19	2,14
Kalimantan Selatan	3 923	3 990	4 056	4 120	1,76	1,69	1,63	1,57
Kalimantan Timur	3 970	4 069	4 168	4 267	2,52	2,46	2,40	2,35
Sulawesi Utara	2 387	2 412	2 437	2 461	1,10	1,06	1,02	0,98
Sulawesi Tengah	2 831	2 877	2 922	2 966	1,63	1,59	1,55	1,52
Sulawesi Selatan	8 432	8 520	8 606	8 690	1,07	1,04	1,01	0,97
Sulawesi Tenggara	2 448	2 500	2 551	2 602	2,12	2,08	2,04	1,99
Gorontalo	1 116	1 133	1 151	1 168	1,59	1,57	1,53	1,50
Sulawesi Barat	1 258	1 282	1 307	1 331	1,91	1,90	1,88	1,86
Maluku	1 657	1 687	1 716	1 745	1,76	1,74	1,71	1,68
Maluku Utara	1 139	1 162	1 186	1 209	2,11	2,06	2,01	1,96
Papua Barat	850	872	893	915	2,56	2,52	2,48	2,43
Papua	3 091	3 149	3 207	3 265	1,91	1,87	1,83	1,78
<b>Indonesia</b>	<b>252 165</b>	<b>255 462</b>	<b>258 705</b>	<b>261 891</b>	<b>1,34</b>	<b>1,30</b>	<b>1,26</b>	<b>1,22</b>

## LAMPIRAN 2/APPENDIX 2

[Proyeksi Penduduk Indonesia 2010 - 2035 / Indonesia Population Projection 2010 - 2035]

Provinsi Province	Rasio Jenis Kelamin / Sex Ratio				
	2013	2014	2015	2016	2017
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Aceh	99,61	99,67	99,72	99,76	99,80
Sumatera Utara	99,54	99,57	99,59	99,60	99,60
Sumatera Barat	98,65	98,80	98,93	99,05	99,17
R i a u	105,67	105,59	105,53	105,46	105,39
J a m b i	104,23	104,21	104,21	104,19	104,17
Sumatera Selatan	103,34	103,34	103,34	103,32	103,31
Bengkulu	104,16	104,14	104,08	104,05	104,00
Lampung	105,43	105,34	105,25	105,16	105,06
Bangka Belitung	107,92	108,03	108,13	108,23	108,31
Kepulauan Riau	104,71	104,57	104,43	104,31	104,19
DKI Jakarta	101,55	101,29	101,04	100,82	100,61
Jawa Barat	102,99	102,91	102,83	102,75	102,67
Jawa Tengah	98,42	98,41	98,40	98,39	98,37
D I Yogyakarta	97,63	97,70	97,76	97,81	97,88
Jawa Timur	97,36	97,41	97,44	97,48	97,50
Banten	104,21	104,15	104,08	104,01	103,95
B a l i	101,38	101,40	101,42	101,43	101,44
Nusa Tenggara Barat	94,12	94,17	94,22	94,26	94,30
Nusa Tenggara Timur	98,25	98,23	98,21	98,18	98,17
Kalimantan Barat	104,01	103,92	103,84	103,75	103,67
Kalimantan Tengah	109,02	109,15	109,28	109,39	109,50
Kalimantan Selatan	102,56	102,66	102,75	102,84	102,91
Kalimantan Timur	110,82	110,78	110,75	110,73	110,69
Sulawesi Utara	104,17	104,19	104,19	104,18	104,16
Sulawesi Tengah	104,58	104,51	104,44	104,37	104,30
Sulawesi Selatan	95,34	95,40	95,45	95,50	95,54
Sulawesi Tenggara	100,86	100,94	101,01	101,07	101,14
Gorontalo	100,36	100,36	100,39	100,38	100,38
Sulawesi Barat	100,54	100,59	100,66	100,69	100,72
Maluku	101,83	101,80	101,78	101,73	101,70
Maluku Utara	104,34	104,29	104,23	104,18	104,10
Papua Barat	111,62	111,50	111,43	111,31	111,21
Papua	112,17	111,89	111,62	111,36	111,11
<b>Indonesia</b>	<b>101,01</b>	<b>101,01</b>	<b>101,00</b>	<b>100,99</b>	<b>100,97</b>

### LAMPIRAN 3/APPENDIX 3

[Proyeksi Penduduk Indonesia 2010 - 2035 / Indonesia Population Projection 2010 - 2035]

Provinsi Province	Persentase Terhadap Luas Indonesia <sup>1)</sup> Percentage to Total Area of Indonesia	Kepadatan Penduduk per km <sup>2</sup> Population Density per sq km (person)			Persentase Penduduk Percentage of Total Population		
		2015	2016	2017	2015	2016	2017
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Aceh	3,03	86,31	87,93	89,54	1,96	1,97	1,98
Sumatera Utara	3,82	190,98	193,24	195,42	5,46	5,45	5,45
Sumatera Barat	2,20	123,68	125,19	126,66	2,03	2,03	2,03
R i a u	4,55	72,90	74,70	76,51	2,48	2,51	2,54
J a m b i	2,62	67,96	69,10	70,22	1,33	1,34	1,34
Sumatera Selatan	4,79	87,91	89,10	90,26	3,15	3,15	3,16
Bengkulu	1,04	94,12	95,63	97,11	0,73	0,74	0,74
Lampung	1,81	234,44	236,98	239,42	3,18	3,17	3,17
Bangka Belitung	0,86	83,58	85,35	87,12	0,54	0,54	0,55
Kepulauan Riau	0,43	240,56	247,29	253,93	0,77	0,78	0,80
DKI Jakarta	0,03	15 327,93	15 478,12	15 623,61	3,98	3,97	3,96
Jawa Barat	1,85	1 320,31	1 339,24	1 357,85	18,28	18,31	18,34
Jawa Tengah	1,72	1 029,68	1 037,15	1 044,43	13,22	13,15	13,08
D I Yogyakarta	0,16	1 174,28	1 187,59	1 200,76	1,44	1,44	1,44
Jawa Timur	2,50	812,72	817,48	822,03	15,21	15,10	15,00
Banten	0,51	1 237,22	1 262,88	1 288,24	4,68	4,72	4,75
B a l i	0,30	718,47	726,65	734,69	1,63	1,62	1,62
Nusa Tenggara Barat	0,97	260,37	263,63	266,83	1,89	1,89	1,89
Nusa Tenggara Timur	2,55	105,10	106,81	108,53	2,00	2,01	2,02
Kalimantan Barat	7,71	32,51	33,00	33,48	1,87	1,88	1,88
Kalimantan Tengah	8,04	16,25	16,61	16,97	0,98	0,99	0,99
Kalimantan Selatan	2,03	102,98	104,67	106,33	1,56	1,57	1,57
Kalimantan Timur	10,70	19,89	20,38	20,86	1,59	1,61	1,63
Sulawesi Utara	0,72	174,14	175,93	177,67	0,94	0,94	0,94
Sulawesi Tengah	3,24	46,52	47,25	47,97	1,13	1,13	1,13
Sulawesi Selatan	2,44	182,38	184,22	186,02	3,34	3,33	3,32
Sulawesi Tenggara	1,99	65,66	67,01	68,36	0,98	0,99	0,99
Gorontalo	0,59	100,67	102,23	103,77	0,44	0,44	0,45
Sulawesi Barat	0,88	76,38	77,83	79,28	0,50	0,51	0,51
Maluku	2,46	35,95	36,57	37,19	0,66	0,66	0,67
Maluku Utara	1,67	36,34	37,08	37,81	0,45	0,46	0,46
Papua Barat	16,70	8,98	9,21	9,43	0,34	0,35	0,35
Papua	5,08	9,87	10,05	10,23	1,23	1,24	1,25
<b>Indonesia</b>	<b>100,00</b>	<b>133,68</b>	<b>135,38</b>	<b>137,05</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Catatan/Note : <sup>1)</sup> Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri No 6 Tahun 2008 tanggal 31 Januari 2008

<sup>1)</sup> Based on Home Affairs Ministerial Decree No 6/2008, January 31st, 2008

## LAMPIRAN 4/APPENDIX 4

[Proyeksi Penduduk Indonesia 2010 - 2035 / Indonesia Population Projection 2010 - 2035]

Provinsi Province	Persentase Penduduk Menurut Kelompok Umur Population by Age Group					
	0 - 14 Tahun 0 - 14 Years Old		15 - 64 Tahun 15 - 64 Years Old		65+ Tahun 65 Years Old and Over	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Aceh	31,30	31,12	64,74	64,84	3,96	4,04
Sumatera Utara	31,81	31,57	64,06	64,15	4,14	4,28
Sumatera Barat	30,07	29,86	64,38	64,47	5,55	5,67
R i a u	30,94	30,65	66,17	66,35	2,89	3,00
J a m b i	27,80	27,37	68,18	68,46	4,02	4,16
Sumatera Selatan	28,67	28,42	66,96	67,10	4,37	4,49
Bengkulu	28,17	27,87	67,81	68,01	4,02	4,12
Lampung	28,00	27,79	66,97	67,06	5,03	5,15
Bangka Belitung	27,31	27,02	68,61	68,75	4,08	4,22
Kepulauan Riau	30,68	30,36	66,96	67,18	2,36	2,46
DKI Jakarta	24,85	24,86	71,27	71,05	3,89	4,10
Jawa Barat	26,87	26,57	67,89	68,02	5,24	5,41
Jawa Tengah	24,35	24,04	67,63	67,71	8,02	8,25
D I Yogyakarta	21,77	21,70	68,96	68,96	9,27	9,35
Jawa Timur	22,91	22,64	69,46	69,54	7,63	7,82
Banten	28,36	28,14	68,43	68,53	3,21	3,33
B a l i	24,26	23,91	68,86	69,10	6,88	6,99
Nusa Tenggara Barat	29,85	29,63	65,20	65,34	4,95	5,03
Nusa Tenggara Timur	34,84	34,56	60,25	60,50	4,91	4,94
Kalimantan Barat	29,33	29,07	66,40	66,51	4,27	4,42
Kalimantan Tengah	28,17	27,81	68,72	69,01	3,10	3,18
Kalimantan Selatan	28,63	28,42	67,34	67,44	4,03	4,15
Kalimantan Timur	28,34	27,98	68,60	68,79	3,06	3,23
Sulawesi Utara	25,56	25,29	68,30	68,35	6,14	6,36
Sulawesi Tengah	28,75	28,55	66,59	66,68	4,66	4,77
Sulawesi Selatan	28,49	28,23	65,58	65,75	5,93	6,03
Sulawesi Tenggara	33,37	33,09	62,54	62,73	4,09	4,17
Gorontalo	28,11	27,80	67,47	67,62	4,41	4,58
Sulawesi Barat	31,53	31,28	64,39	64,60	4,09	4,12
Maluku	33,06	32,84	62,79	62,96	4,15	4,21
Maluku Utara	33,43	33,10	63,23	63,44	3,34	3,46
Papua Barat	30,83	30,47	66,99	67,26	2,18	2,27
Papua	30,23	29,76	68,23	68,64	1,55	1,60
<b>Indonesia</b>	<b>27,10</b>	<b>26,84</b>	<b>67,40</b>	<b>67,51</b>	<b>5,50</b>	<b>5,65</b>

## LAMPIRAN 5/APPENDIX 5

[Diolah dari Hasil Susenas KOR 2015 dan 2016/ Based on National Socio Economic Surveys KOR 2015 and 2016]

Provinsi Province	Wanita Menurut Umur Perkawinan Pertama (%) Women by Age of The First Marriage (%)							
	<=15 Tahun <=15 Years Old		16 - 18 Tahun 16 - 18 Years Old		19 - 24 Tahun 19 - 24 Years Old		25+ Tahun 25 Years Old & Over	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Aceh	2,80	5,18	17,31	23,90	67,81	53,18	12,08	17,74
Sumatera Utara	1,29	1,74	12,05	17,93	71,78	58,49	14,88	21,85
Sumatera Barat	2,17	5,35	12,26	22,01	71,63	51,98	13,95	20,65
Riau	3,42	4,63	18,08	24,00	64,91	53,78	13,59	17,59
Jambi	5,53	8,96	27,16	32,72	58,13	46,22	9,17	12,10
Sumatera Selatan	4,35	6,82	20,28	30,33	65,56	49,09	9,80	13,75
Bengkulu	4,74	8,25	25,22	30,70	60,76	48,05	9,28	13,00
Lampung	4,47	7,91	24,57	28,95	62,10	50,44	8,86	12,69
Kep. Bangka Belitung	4,06	5,50	21,00	27,97	65,10	51,96	9,84	14,57
Kepulauan Riau	0,91	2,76	9,58	14,03	63,89	53,99	25,62	29,23
DKI Jakarta	1,71	3,87	10,36	17,30	67,37	52,19	20,55	26,64
Jawa Barat	5,84	11,94	34,87	32,87	51,18	44,16	8,11	11,04
Jawa Tengah	2,75	8,68	23,60	32,16	64,35	45,92	9,31	13,24
DI Yogyakarta	0,69	3,30	8,15	18,31	75,85	54,16	15,30	24,23
Jawa Timur	4,45	12,00	26,28	32,41	61,15	43,56	8,11	12,04
Banten	5,64	10,10	30,59	28,89	52,72	46,32	11,05	14,69
Bali	2,25	2,76	11,85	18,95	71,69	55,12	14,21	23,17
Nusa Tenggara Barat	3,84	5,62	21,84	33,25	65,12	48,10	9,20	13,02
Nusa Tenggara Timur	1,58	2,07	12,44	18,54	71,38	53,35	14,59	26,05
Kalimantan Barat	4,39	6,73	21,26	28,35	64,51	50,04	9,85	14,88
Kalimantan Tengah	7,25	8,54	29,34	32,39	54,88	46,84	8,54	12,23
Kalimantan Selatan	7,92	14,09	35,56	33,44	48,32	41,69	8,20	10,78
Kalimantan Timur	4,13	6,02	22,06	26,10	61,31	51,44	12,50	16,44
Kalimantan Utara	4,61	9,37	21,65	25,71	59,90	45,78	13,84	19,14
Sulawesi Utara	2,49	2,66	16,68	23,38	69,75	55,03	11,08	18,93
Sulawesi Tengah	5,45	8,50	21,45	28,76	62,74	46,49	10,35	16,25
Sulawesi Selatan	5,49	9,57	17,60	27,11	64,27	43,94	12,63	19,39
Sulawesi Tenggara	5,88	7,62	23,12	31,16	60,88	45,57	10,13	15,65
Gorontalo	4,20	6,24	21,09	26,70	64,42	50,07	10,29	16,99
Sulawesi Barat	6,54	10,01	25,28	31,36	58,23	44,68	9,94	13,94
Maluku	2,77	3,26	14,14	18,69	68,73	52,87	14,36	25,18
Maluku Utara	3,14	4,83	19,16	27,08	65,96	51,95	11,74	16,13
Papua Barat	4,50	5,35	20,89	25,19	60,50	49,89	14,11	19,57
Papua	2,95	3,23	22,33	22,85	63,83	57,41	10,89	16,51
<b>Indonesia</b>	<b>4,08</b>	<b>8,55</b>	<b>23,94</b>	<b>28,80</b>	<b>61,47</b>	<b>47,58</b>	<b>10,51</b>	<b>15,07</b>

## LAMPIRAN 6/APPENDIX 6

[Diolah dari Hasil Susenas KOR 2015 dan 2016/ Based on National Socio Economic Surveys KOR 2015 and 2016]

Provinsi Province	Wanita berumur 15-49 tahun dan Berstatus Kawin yang Sedang Menggunakan alat/Cara Kontrasepsi Menurut Daerah Tempat Tinggal (%) Married Women 15-49 Years Who Currently Used Contraceptive by Type of Area (%)					
	Perkotaan Urban		Perdesaan Rural		Perkotaan + Perdesaan Urban + Rural	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Aceh	48,82	43,06	46,18	45,88	46,92	45,08
Sumatera Utara	49,72	45,36	48,40	45,84	49,06	45,59
Sumatera Barat	43,33	43,57	51,78	49,63	48,53	47,24
Riau	45,90	44,83	59,46	57,08	54,42	52,50
Jambi	57,58	54,55	66,67	63,81	64,16	61,11
Sumatera Selatan	57,85	55,67	73,13	69,80	68,06	65,05
Bengkulu	57,42	56,35	72,04	68,14	67,83	64,64
Lampung	60,06	61,44	69,77	68,83	67,35	66,95
Kep. Bangka Belitung	59,60	58,34	69,85	68,87	64,99	63,65
Kepulauan Riau	42,79	41,11	70,00	65,63	47,05	44,76
DKI Jakarta	54,75	48,78	-	-	54,75	48,78
Jawa Barat	63,05	56,47	67,80	60,50	64,67	57,76
Jawa Tengah	58,79	53,65	64,80	61,93	62,15	58,18
DI Yogyakarta	57,43	53,46	63,01	60,99	59,33	56,02
Jawa Timur	61,73	57,87	65,56	62,27	63,79	60,18
Banten	59,17	56,84	65,45	60,10	61,16	57,85
Bali	55,55	53,94	67,14	69,80	60,03	59,74
Nusa Tenggara Barat	58,22	51,81	59,66	55,54	59,07	53,96
Nusa Tenggara Timur	41,99	42,94	42,10	41,70	42,08	41,93
Kalimantan Barat	56,59	51,55	69,35	65,54	65,76	61,41
Kalimantan Tengah	65,14	55,73	70,20	65,54	68,50	62,17
Kalimantan Selatan	67,12	63,44	72,23	65,94	70,13	64,89
Kalimantan Timur	56,79	53,04	64,92	58,62	59,86	55,05
Kalimantan Utara	52,54	46,75	52,83	51,05	52,67	48,65
Sulawesi Utara	61,86	57,08	70,41	67,24	66,67	62,65
Sulawesi Tengah	48,76	45,74	60,19	55,85	57,55	53,44
Sulawesi Selatan	46,87	40,31	49,20	47,41	48,38	44,83
Sulawesi Tenggara	42,82	42,32	50,74	53,23	48,66	50,13
Gorontalo	57,45	53,73	68,21	63,95	64,78	60,47
Sulawesi Barat	39,33	40,37	49,56	47,28	47,69	46,01
Maluku	42,04	41,76	43,93	35,89	43,21	38,21
Maluku Utara	49,20	42,32	52,62	51,51	51,73	49,13
Papua Barat	43,55	37,83	44,19	42,38	43,96	40,68
Papua	37,21	35,45	19,17	18,32	23,37	22,36
<b>Indonesia</b>	<b>57,98</b>	<b>53,43</b>	<b>61,92</b>	<b>58,48</b>	<b>59,98</b>	<b>55,93</b>



## LAMPIRAN 7/APPENDIX 7

Provinsi Province	AKB <sup>1</sup>	AKABA <sup>1</sup>	AHH <sup>2</sup> / Expectation of life at birth <sup>2</sup>				
	2012	2012	2013	2014	2015	2016	2017
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Aceh	47,0	52,0	69,5	69,6	69,7	69,7	69,8
Sumatera Utara	40,0	54,0	68,0	68,2	68,3	68,5	68,6
Sumatera Barat	27,0	34,0	68,2	68,4	68,6	68,8	69,0
R i a u	24,0	28,0	70,7	70,8	71,0	71,1	71,3
J a m b i	34,0	36,0	70,4	70,5	70,7	70,8	70,9
Sumatera Selatan	29,0	37,0	68,8	69,0	69,2	69,3	69,5
Bengkulu	29,0	35,0	68,3	68,5	68,7	68,8	68,9
Lampung	30,0	38,0	69,6	69,8	70,0	70,1	70,2
Kep Bangka Belitung	27,0	32,0	69,6	69,8	70,0	70,1	70,2
Kepulauan Riau	35,0	42,0	69,1	69,3	69,5	69,6	69,8
DKI Jakarta	22,0	31,0	71,9	72,1	72,2	72,4	72,5
Jawa Barat	30,0	38,0	72,1	72,4	72,6	72,8	72,9
Jawa Tengah	32,0	38,0	73,3	73,5	73,6	73,8	73,9
D I Yogyakarta	25,0	30,0	74,5	74,5	74,6	74,7	74,8
Jawa Timur	30,0	34,0	70,4	70,5	70,7	70,8	70,9
B a n t e n	32,0	38,0	69,0	69,2	69,4	69,5	69,6
B a l i	29,0	33,0	71,1	71,3	71,4	71,6	71,7
Nusa Tenggara Barat	57,0	75,0	64,7	65,1	65,4	65,6	65,8
Nusa Tenggara Timur	45,0	58,0	65,8	66,0	66,2	66,4	66,5
Kalimantan Barat	31,0	37,0	69,7	69,9	70,1	70,2	70,3
Kalimantan Tengah	49,0	56,0	67,5	67,6	67,6	67,7	67,8
Kalimantan Selatan	44,0	57,0	67,4	67,6	67,8	68,0	68,2
Kalimantan Timur	21,0	31,0	73,5	73,7	73,9	74,1	74,2
Sulawesi Utara	33,0	37,0	70,9	71,0	71,2	71,3	71,4
Sulawesi Tengah	58,0	85,0	67,0	67,3	67,6	67,9	68,1
Sulawesi Selatan	25,0	37,0	69,5	69,7	69,9	70,0	70,2
Sulawesi Tenggara	45,0	55,0	70,3	70,5	70,7	70,8	70,9
Gorontalo	67,0	78,0	66,9	67,1	67,3	67,4	67,6
Sulawesi Barat	60,0	70,0	63,3	63,6	63,9	64,1	64,3
Maluku	36,0	60,0	64,9	65,1	65,2	65,4	65,5
Maluku Utara	62,0	85,0	67,2	67,4	67,6	67,8	67,9
Papua Barat	74,0	109,0	65,1	65,2	65,3	65,5	65,6
Papua	54,0	115,0	64,8	64,9	65,1	65,2	65,4
<b>Indonesia</b>	<b>32,0</b>	<b>40,0</b>	<b>70,4</b>	<b>70,6</b>	<b>70,8</b>	<b>70,9</b>	<b>71,1</b>

Sumber / Source: <sup>1</sup> SDKI 2012 / AKB and AKABA from 2012 SDKI

<sup>2</sup> Proyeksi Penduduk Indonesia 2010-2035/Indonesia Population Projection 2010-2035

## LAMPIRAN 8/APPENDIX 8

[Diolah dari Hasil Susenas KOR 2015 dan 2016/ Based on National Socio Economic Surveys KOR 2015 and 2016]

Provinsi Province	Rata-rata Lama Diberi ASI Anak Usia Kurang dari 2 Tahun Menurut Daerah Tempat Tinggal (bulan) Means of Breast Fed of Children Aged Under 2 Years by Type of Area (months)					
	Perkotaan Urban		Perdesaan Rural		Perkotaan + Perdesaan Urban + Rural	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Aceh	10,91	10,93	10,69	10,69	10,75	10,75
Sumatera Utara	9,43	9,53	9,65	10,11	9,55	9,83
Sumatera Barat	10,03	10,31	10,43	10,79	10,28	10,59
Riau	10,10	10,06	11,11	9,99	10,70	10,02
Jambi	10,00	9,51	10,96	10,57	10,67	10,23
Sumatera Selatan	10,41	9,29	10,62	10,99	10,54	10,34
Bengkulu	10,38	10,79	10,52	10,76	10,48	10,77
Lampung	10,06	9,24	10,63	10,67	10,47	10,29
Kep Bangka Belitung	8,62	9,59	10,46	10,66	9,50	10,15
Kepulauan Riau	9,36	8,48	7,95	8,86	9,13	8,52
DKI Jakarta	9,52	9,62	-	-	9,52	9,62
Jawa Barat	10,55	10,02	10,39	10,54	10,50	10,18
Jawa Tengah	9,95	10,46	10,83	11,00	10,42	10,75
DI Yogyakarta	10,31	10,56	11,42	11,07	10,64	10,70
Jawa Timur	10,10	10,02	10,38	10,31	10,25	10,17
Banten	9,66	9,89	10,40	9,09	9,90	9,64
Bali	10,33	9,82	10,46	9,72	10,37	9,78
Nusa Tenggara Barat	11,04	11,41	10,72	11,54	10,85	11,48
Nusa Tenggara Timur	10,15	10,44	11,03	10,83	10,88	10,76
Kalimantan Barat	10,28	8,29	10,52	10,26	10,45	9,66
Kalimantan Tengah	10,36	9,54	11,25	9,39	10,91	9,45
Kalimantan Selatan	10,44	9,35	10,29	10,96	10,35	10,23
Kalimantan Timur	9,32	10,30	9,53	10,16	9,39	10,25
Kalimantan Utara	10,21	8,68	10,70	9,09	10,42	8,85
Sulawesi Utara	10,15	9,38	9,80	9,43	9,94	9,41
Sulawesi Tengah	9,05	7,70	10,84	10,33	10,46	9,75
Sulawesi Selatan	9,70	9,25	10,23	10,37	10,04	9,93
Sulawesi Tenggara	8,48	9,72	10,42	10,23	9,95	10,10
Gorontalo	9,55	9,36	9,57	9,90	9,56	9,71
Sulawesi Barat	11,27	10,44	10,73	10,47	10,83	10,46
Maluku	8,50	9,28	9,87	10,00	9,41	9,72
Maluku Utara	9,69	10,73	9,41	10,32	9,47	10,44
Papua Barat	8,90	9,76	9,36	9,42	9,21	9,55
Papua	9,79	10,22	10,81	10,82	10,42	10,62
<b>Indonesia</b>	<b>10,05</b>	<b>9,93</b>	<b>10,49</b>	<b>10,49</b>	<b>10,28</b>	<b>10,21</b>

## LAMPIRAN 9/APPENDIX 9

[Diolah dari Hasil Susenas KOR 2016/ Based on National Socio Economic Surveys KOR 2016]

Provinsi Province	Balita yang Pernah Diimunisasi Menurut Jenis Imunisasi (%), 2016 Children Under Five Receiving Immunization by Type of Immunization (%), 2016				
	BCG	DPT	Polio	Campak/ Measles	Hepatitis B
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Aceh	76,86	68,86	79,92	59,09	67,12
Sumatera Utara	84,18	77,80	86,98	65,36	74,51
Sumatera Barat	86,18	79,97	86,73	65,85	80,09
Riau	84,10	77,91	86,26	67,24	76,26
Jambi	87,18	81,00	87,82	70,76	80,62
Sumatera Selatan	92,20	87,82	91,90	74,95	85,20
Bengkulu	91,30	86,07	90,71	74,96	85,58
Lampung	93,53	88,05	93,00	75,45	88,04
Kep. Bangka Belitung	92,26	88,26	92,10	77,08	87,30
Kepulauan Riau	88,89	84,54	89,67	78,24	87,29
DKI Jakarta	95,61	90,65	93,75	74,42	90,42
Jawa Barat	89,75	84,85	90,95	71,67	83,84
Jawa Tengah	95,15	89,92	94,47	78,27	91,01
DI Yogyakarta	96,65	93,64	94,36	79,58	95,26
Jawa Timur	91,66	86,72	91,73	74,90	87,27
Banten	86,86	80,99	88,08	68,18	79,05
Bali	97,13	93,23	96,53	80,80	94,84
Nusa Tenggara Barat	95,36	90,70	95,48	81,34	92,06
Nusa Tenggara Timur	92,04	88,83	92,95	77,95	86,96
Kalimantan Barat	86,20	80,56	88,55	69,30	78,62
Kalimantan Tengah	86,82	79,60	88,93	68,45	78,57
Kalimantan Selatan	89,05	85,09	90,02	71,92	87,40
Kalimantan Timur	91,74	88,74	92,10	77,90	88,17
Kalimantan Utara	92,04	85,53	91,67	75,43	87,26
Sulawesi Utara	95,44	90,14	94,85	78,18	89,09
Sulawesi Tengah	87,63	81,64	88,07	70,47	81,55
Sulawesi Selatan	89,18	84,42	88,80	72,99	84,86
Sulawesi Tenggara	90,54	85,86	90,37	74,56	86,86
Gorontalo	94,43	90,93	94,86	77,92	91,17
Sulawesi Barat	87,39	81,56	89,73	73,18	81,86
Maluku	83,08	77,43	85,11	68,52	74,93
Maluku Utara	88,07	80,36	89,09	70,69	76,24
Papua Barat	89,44	80,55	89,49	73,64	80,98
Papua	67,44	62,44	66,99	55,85	61,17
<b>Indonesia</b>	<b>90,00</b>	<b>84,80</b>	<b>90,54</b>	<b>72,75</b>	<b>84,32</b>

## LAMPIRAN 10/APPENDIX 10

Propinsi Province	Status Gizi Balita Nutritional Status of Children Under Five Years Old (%)							
	Gizi Buruk Severe Malnourished		Gizi Kurang Malnourished		Gizi Normal Well Nourished/ Normal		Gizi Lebih Over Nourished	
	2010	2013	2010	2013	2010	2013	2010	2013
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Aceh	7,1	7,9	16,6	18,4	72,1	70,7	4,2	2,9
Sumatera Utara	7,8	8,3	13,5	14,1	71,1	72,8	7,5	4,8
Sumatera Barat	2,8	6,9	14,4	14,3	81,3	76,0	1,6	2,8
R i a u	4,8	9,0	11,4	13,5	75,2	70,8	8,6	6,7
J a m b i	5,4	5,7	14,3	14,0	76,3	75,6	4,1	4,8
Sumatera Selatan	5,5	6,3	14,4	12,0	74,5	74,5	5,6	7,2
Bengkulu	4,3	6,0	11,0	12,7	73,7	73,3	10,9	8,0
Lampung	3,5	6,9	10,0	11,9	79,8	73,7	6,8	7,6
Kep Bangka Belitung	3,2	2,8	11,7	12,3	80,6	80,4	4,5	4,6
Kepulauan Riau	4,3	4,0	9,8	11,6	81,3	81,7	4,6	2,6
DKI Jakarta	2,6	2,8	8,7	11,2	77,7	78,5	11,1	7,5
Jawa Barat	3,1	4,4	9,9	11,3	81,6	79,9	5,4	4,3
Jawa Tengah	3,3	4,1	12,4	13,5	78,1	78,9	6,2	3,5
DI Yogyakarta	1,4	4,0	9,9	12,2	81,5	80,3	7,3	3,5
Jawa Timur	4,8	4,9	12,3	14,2	75,3	76,7	7,6	4,1
B a n t e n	4,8	4,3	13,7	12,9	77,5	78,1	4,0	4,7
B a l i	1,7	3,0	9,2	10,2	81,0	81,4	8,0	5,5
Nusa Tenggara Barat	10,6	6,3	19,9	19,4	66,9	71,5	2,6	2,8
Nusa Tenggara Timur	9,0	11,5	20,4	21,5	67,5	64,4	3,1	2,5
Kalimantan Barat	9,5	10,3	19,7	16,2	67,0	68,5	3,9	5,0
Kalimantan Tengah	5,3	6,6	22,3	16,7	69,4	72,3	2,9	4,4
Kalimantan Selatan	6,0	8,2	16,8	19,2	73,1	69,2	4,0	3,4
Kalimantan Timur	4,4	3,9	12,7	12,7	75,9	77,6	7,0	5,8
Sulawesi Utara	3,8	3,7	6,8	12,8	84,3	79,0	5,1	4,5
Sulawesi Tengah	7,9	6,6	18,6	17,5	69,1	73,5	4,4	2,5
Sulawesi Selatan	6,4	6,6	18,6	19,0	72,2	71,5	2,8	2,9
Sulawesi Tenggara	6,5	8,0	16,3	15,9	66,9	72,2	10,2	3,9
Gorontalo	11,2	6,9	15,3	19,2	69,4	70,9	4,1	3,0
Sulawesi Barat	7,6	7,0	12,9	22,1	74,9	66,9	4,7	4,0
Maluku	8,4	10,5	17,8	17,8	70,5	67,2	3,4	4,5
Maluku Utara	5,7	9,2	17,9	15,7	73,2	71,7	3,2	3,4
Papua Barat	9,1	11,9	17,4	19,0	67,3	66,2	6,2	2,9
Papua	6,3	9,2	10,0	12,6	78,4	71,9	5,3	6,3
<b>Indonesia</b>	<b>4,9</b>	<b>5,7</b>	<b>13,0</b>	<b>13,9</b>	<b>76,2</b>	<b>75,9</b>	<b>5,8</b>	<b>4,5</b>

Sumber : Riset Kesehatan Dasar, Kementerian Kesehatan  
Source : Basic Health Research, Ministry of Health Ministry of Health

## LAMPIRAN 11/APPENDIX 11

[Diolah dari Hasil Susenas KOR 2015/ Based on National Socio Economic Surveys KOR 2015]

Provinsi Province	Perempuan Pernah Kawin yang Pernah Melahirkan Menurut Penolong Kelahiran Terakhir (%), 2015 Women who ever married and ever birth by Last Birth Attendant (%), 2015					
	Dokter Doctor	Bidan Mid- wife	Perawat/Tenaga Medis Lain Nurse/Other Paramedics	Dukun beranak Traditional Birth Attendant	Lainnya Others	Tidak ada No atten- dant
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Aceh	23,23	72,47	0,57	3,49	0,24	0,00
Sumatera Utara	26,32	68,71	0,72	3,43	0,66	0,16
Sumatera Barat	36,14	59,35	0,37	3,90	0,24	0,00
Riau	30,61	60,69	0,99	7,29	0,42	0,00
Jambi	19,56	70,29	0,58	9,58	0,00	0,00
Sumatera Selatan	23,52	69,94	0,31	5,95	0,06	0,23
Bengkulu	23,35	71,16	0,66	4,48	0,35	0,00
Lampung	18,89	73,07	0,42	7,22	0,32	0,08
Kep. Bangka Belitung	25,14	72,36	0,59	1,91	0,00	0,00
Kepulauan Riau	37,40	61,30	0,46	0,84	0,00	0,00
DKI Jakarta	42,26	55,94	0,62	1,18	0,00	0,00
Jawa Barat	25,93	62,84	0,26	10,91	0,06	0,00
Jawa Tengah	34,12	63,74	1,01	1,11	0,03	0,00
DI Yogyakarta	52,98	44,78	0,67	1,57	0,00	0,00
Jawa Timur	31,49	65,22	0,32	2,79	0,09	0,09
Banten	26,58	61,63	0,43	11,22	0,14	0,00
Bali	55,14	43,88	0,38	0,35	0,25	0,00
Nusa Tenggara Barat	18,24	75,59	0,60	5,32	0,09	0,15
Nusa Tenggara Timur	17,22	58,92	1,75	18,66	2,79	0,67
Kalimantan Barat	16,29	65,68	1,25	16,51	0,26	0,00
Kalimantan Tengah	17,92	65,11	1,46	15,39	0,13	0,00
Kalimantan Selatan	26,25	66,84	1,19	5,49	0,00	0,23
Kalimantan Timur	39,92	53,87	1,78	4,43	0,00	0,00
Kalimantan Utara	31,75	60,01	0,87	6,69	0,68	0,00
Sulawesi Utara	46,04	44,09	2,79	6,97	0,11	0,00
Sulawesi Tengah	18,97	61,02	1,39	16,70	1,66	0,25
Sulawesi Selatan	24,78	68,14	0,61	5,22	0,92	0,33
Sulawesi Tenggara	16,58	69,48	0,44	13,26	0,17	0,07
Gorontalo	27,22	60,73	1,92	10,05	0,08	0,00
Sulawesi Barat	11,83	67,95	0,39	18,93	0,74	0,16
Maluku	12,40	51,02	2,21	33,27	1,11	0,00
Maluku Utara	20,75	50,30	1,75	26,14	0,56	0,50
Papua Barat	26,38	54,65	3,63	10,30	4,71	0,33
Papua	19,63	37,91	6,39	12,78	19,24	4,05
<b>Indonesia</b>	<b>28,33</b>	<b>63,53</b>	<b>0,73</b>	<b>6,82</b>	<b>0,47</b>	<b>0,11</b>

## LAMPIRAN 12/APPENDIX 12

[Diolah dari Hasil Susenas KOR 2015/ Based on National Socio Economic Surveys KOR 2016]

Penduduk yang Berobat Jalan Selama Sebulan Yang Lalu Menurut Tempat Berobat (%), 2016 Population with Outpatient Treatment During The Previous Month By Place of Treatment (%), 2016						
Provinsi Province	Rumah Sakit Hospital	Praktek Dokter/Bidan/ Klinik/Praktek Dokter Bersama Practitioner Doctor/ Midwives/Clinics/ Practitioner Doctor Centre	Puskesmas/ Pustu Health Center/ Subsidiary HC	UKBM*	Praktek Pengobatan Traditional Traditional Healer	Lainnya Others
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Aceh	16,95	33,89	40,23	4,71	2,37	1,85
Sumatera Utara	14,83	58,60	18,67	2,65	3,81	1,43
Sumatera Barat	11,12	49,75	28,04	4,09	5,67	1,32
R i a u	16,91	51,42	24,90	3,39	2,11	1,27
J a m b i	12,47	45,59	35,21	1,99	2,11	2,63
Sumatera Selatan	12,32	55,67	24,26	3,85	2,54	1,37
Bengkulu	11,20	59,11	22,10	2,11	4,01	1,47
Lampung	8,11	64,74	21,71	1,60	2,29	1,55
Kep. Bangka Belitung	14,84	48,04	27,31	3,93	2,68	3,20
Kepulauan Riau	18,10	40,47	34,36	3,31	2,97	0,79
DKI Jakarta	19,01	46,34	32,55	0,37	1,31	0,43
Jawa Barat	13,57	52,95	28,95	1,62	1,49	1,44
Jawa Tengah	11,00	58,79	24,69	2,05	1,79	1,69
DI Yogyakarta	22,08	46,77	28,91	0,47	1,13	0,64
Jawa Timur	11,25	56,80	23,68	3,63	2,22	2,42
B a n t e n	11,97	59,09	25,05	1,07	1,67	1,17
B a l i	13,23	65,62	17,97	0,63	1,60	0,95
Nusa Tenggara Barat	6,37	47,85	36,85	3,87	2,62	2,43
Nusa Tenggara Timur	7,56	20,89	58,41	10,42	1,14	1,58
Kalimantan Barat	9,16	40,62	34,83	7,67	1,97	5,76
Kalimantan Tengah	14,40	36,25	40,75	4,12	1,88	2,61
Kalimantan Selatan	8,97	46,54	34,85	5,30	2,33	2,01
Kalimantan Timur	21,32	32,34	41,58	1,54	1,32	1,90
Kalimantan Utara	13,14	36,00	49,04	0,49	0,92	0,41
Sulawesi Utara	13,10	48,94	32,56	1,89	2,06	1,45
Sulawesi Tengah	11,41	32,41	43,57	7,47	2,14	2,99
Sulawesi Selatan	13,32	34,76	44,74	3,26	1,77	2,17
Sulawesi Tenggara	11,29	34,86	45,43	3,25	2,48	2,69
Gorontalo	6,62	41,05	46,85	2,25	1,41	1,82
Sulawesi Barat	9,14	23,50	60,94	1,48	2,10	2,85
Maluku	14,29	30,33	45,16	3,89	2,05	4,27
Maluku Utara	15,49	25,93	48,69	7,39	2,25	0,24
Papua Barat	19,38	22,86	50,02	2,75	1,92	3,07
Papua	23,87	15,33	57,04	1,42	0,63	1,71
<b>Indonesia</b>	<b>12,70</b>	<b>51,59</b>	<b>29,19</b>	<b>2,74</b>	<b>2,04</b>	<b>1,74</b>

Catatan/Note: \* Terdiri dari Poskesdes, Polindes, Posyandu, Balai Pengobatan

\* Consist of Poskesdes, Polindes, Posyandu, Balai Pengobatan or Health Service Centre at Village



## LAMPIRAN 13/APPENDIX 13

[Diolah dari Hasil Pendataan Potensi Desa / Based on Census of Village Potential]

Provinsi Province	Rasio Tenaga Kesehatan per 100 000 Penduduk <sup>r</sup> Ratio of Health Workers per 100 000 Population <sup>r</sup>											
	Dokter <sup>1)</sup> Doctor			Bidan Midwife			Tenaga Kesehatan lain Other Paramedical			Dukun Bayi Traditional Birth Attendant		
	2008	2011	2014	2008	2011	2014	2008	2011	2014	2008	2011	2014
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
Aceh	30	37	39	133	153	188	83	144	221	116	86	74
Sumatera Utara	27	26	27	80	94	112	40	66	83	51	49	45
Sumatera Barat	29	18	33	69	22	120	42	30	90	42	4	46
Riau	24	28	27	46	65	82	42	63	72	92	81	75
Jambi	21	23	22	57	68	91	39	67	101	139	120	108
Sumatera Selatan	16	18	14	56	68	83	33	60	72	97	91	79
Bengkulu	44	28	23	98	110	140	51	87	145	154	144	118
Lampung	12	12	13	41	50	60	27	38	44	86	76	67
Kep. Bangka Belitung	21	22	25	35	45	60	46	84	115	44	40	41
Kepulauan Riau	37	37	46	42	45	59	44	66	71	37	30	29
DKI Jakarta	43	43	39	13	14	13	2	14	12	3	2	0
Jawa Barat	17	16	19	25	27	30	18	26	31	42	37	33
Jawa Tengah	20	21	20	37	45	48	30	51	64	53	48	41
DI Yogyakarta	47	46	46	28	30	27	30	50	57	37	28	21
Jawa Timur	21	21	20	33	37	40	26	43	54	42	36	29
Banten	18	16	17	28	32	33	14	20	25	55	49	43
Bali	41	42	42	43	45	46	42	57	67	7	5	2
Nusa Tenggara Barat	14	14	15	26	40	59	44	66	90	90	77	67
Nusa Tenggara Timur	20	17	15	73	73	97	67	101	132	193	152	139
Kalimantan Barat	15	16	17	34	44	54	47	68	79	163	164	153
Kalimantan Tengah	23	21	35	59	69	88	77	132	128	182	166	154
Kalimantan Selatan	19	19	27	52	57	63	39	58	77	84	74	62
Kalimantan Timur	30	30	36	41	44	61	64	80	95	82	71	62
Sulawesi Utara	56	61	58	63	71	67	92	153	152	71	68	60
Sulawesi Tengah	19	18	19	72	75	102	70	101	143	131	127	114
Sulawesi Selatan	25	26	23	43	57	96	53	93	147	82	77	68
Sulawesi Tenggara	20	21	23	61	81	131	76	129	191	196	167	147
Gorontalo	26	25	28	43	50	70	56	88	93	135	131	118
Sulawesi Barat	22	17	16	40	60	96	55	100	141	148	154	148
Maluku	23	23	26	88	92	101	101	121	145	205	197	195
Maluku Utara	28	26	32	89	93	163	67	110	131	224	215	227
Papua Barat	72	26	28	116	92	105	177	210	193	216	238	309
Papua	26	23	26	68	67	69	102	117	153	159	126	185
<b>Indonesia</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>42</b>	<b>48</b>	<b>60</b>	<b>35</b>	<b>54</b>	<b>71</b>	<b>67</b>	<b>60</b>	<b>55</b>

Catatan/Note: <sup>r</sup> Angka diperbaiki/Revised figures

<sup>1)</sup> Termasuk Dokter Umum dan Spesialis/ Including general practitioner and specialist doctor

## LAMPIRAN 14/APPENDIX 14

[Diolah dari Hasil Susenas KOR 2015/ Based on National Socio Economic Surveys KOR 2015]

Provinsi Province	Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan Penduduk Berumur 10 Tahun Keatas Menurut Jenis Kelamin (%), 2016											
	Population aged 10 Years Old and Over by Educational Attainment and Sex (%), 2016											
	Tidak/ Belum Sekolah No Schooling		Tidak/ Belum Tamat SD Not Completed PS		SD/MI PS		SMP/MTS JHS		SMA/SMK/MA SHS		DI/DII/DIII/ DIV/ Universitas DI/DII/DIII/ DIV/ University	
(1)	L/M	P/F	L/M	P/F	L/M	P/F	L/M	P/F	L/M	P/F	L/M	P/F
Aceh	1,21	3,47	13,59	15,09	31,56	31,49	15,73	13,74	30,22	25,21	7,69	10,98
Sumatera Utara	0,29	0,33	15,79	18,45	26,44	26,77	16,87	17,44	34,44	29,69	6,16	7,33
Sumatera Barat	0,96	1,86	23,08	23,38	26,51	23,59	14,25	16,21	27,92	24,70	7,28	10,26
Riau	1,08	2,57	17,04	18,09	32,21	31,84	15,08	15,38	27,77	22,92	6,81	9,20
Jambi	1,63	3,62	16,55	19,78	36,08	35,14	11,91	13,52	26,29	19,81	7,54	8,12
Sumatera Selatan	0,72	1,81	19,40	21,61	34,87	35,35	15,87	14,9	22,89	19,71	6,25	6,62
Bengkulu	1,02	2,58	19,89	23,14	29,50	27,43	15,14	15,16	26,10	22,27	8,35	9,41
Lampung	1,21	2,82	18,96	20,57	35,45	34,27	18,64	18,07	21,29	18,63	4,46	5,65
Kep. Bangka Belitung	1,22	2,33	22,78	26,39	34,72	32,79	9,34	11,24	26,13	20,09	5,82	7,16
Kepulauan Riau	1,34	1,38	14,65	16,12	22,59	23,47	12,65	11,69	39,93	38,99	8,83	8,34
DKI Jakarta	0,80	2,17	7,88	9,96	14,13	16,61	17,52	20,02	44,66	36,58	15,00	14,65
Jawa Barat	0,92	1,77	15,80	18,11	38,13	39,98	14,34	14,38	24,35	20,13	6,45	5,64
Jawa Tengah	2,13	5,27	18,40	21,38	38,43	36,24	14,23	16,14	21,34	15,42	5,46	5,55
DI Yogyakarta	2,54	7,67	12,61	13,28	22,99	22,36	14,57	13,83	36,09	30,38	11,19	12,49
Jawa Timur	4,65	10,11	15,44	16,79	35,90	34,6	15,31	15,02	22,92	18,15	5,78	5,35
Banten	2,14	4,81	14,54	15,84	31,10	32,63	16,18	17,06	28,41	22,53	7,63	7,13
Bali	3,10	9,15	13,82	16,09	27,21	29,41	12,35	11,66	31,44	24,67	12,07	9,02
Nusa Tenggara Barat	7,17	13,34	21,06	20,18	30,46	31,59	12,52	11,1	20,88	17,22	7,92	6,57
Nusa Tenggara Timur	1,95	2,16	31,92	30,58	33,91	37,58	9,36	8,78	16,46	14,69	6,40	6,21
Kalimantan Barat	3,46	8,01	23,53	24,39	34,89	33,08	13,80	13,38	18,58	15,76	5,74	5,37
Kalimantan Tengah	0,50	0,87	17,88	21,31	36,57	39,57	13,62	12,1	24,00	18,61	7,44	7,55
Kalimantan Selatan	1,00	1,38	22,00	25,43	31,66	32,37	12,54	14,98	25,85	18,66	6,95	7,18
Kalimantan Timur	1,34	2,68	13,07	15,15	26,67	30,09	15,04	14,25	34,81	28,87	9,07	8,96
Kalimantan Utara	0,82	0,27	20,38	22,83	26,01	30,18	11,70	14,83	33,05	23,73	8,03	8,16
Sulawesi Utara	0,74	0,86	19,58	18,39	26,46	26,64	14,86	15,51	31,73	30,04	6,64	8,56
Sulawesi Tengah	0,57	0,47	18,42	20,5	38,24	38,25	10,64	13,01	25,24	20,44	6,87	7,34
Sulawesi Selatan	3,35	5,19	21,50	21,8	32,29	32,2	11,58	11,25	22,35	20,03	8,94	9,53
Sulawesi Tenggara	2,34	5,23	18,03	19,24	33,39	34,04	11,02	10,56	25,29	21,11	9,93	9,82
Gorontalo	1,24	1,61	34,61	26,5	32,12	35,56	10,45	11,17	16,22	17,24	5,38	7,91
Sulawesi Barat	0,70	0,82	29,17	29,33	34,45	36,17	10,83	10,85	18,43	15,87	6,43	6,96
Maluku	0,98	1,84	15,19	16,11	30,23	30,26	11,01	12,51	34,59	29,19	8,01	10,09
Maluku Utara	1,28	2,57	20,14	20,66	31,97	33,68	9,45	12,86	29,52	22,55	7,65	7,67
Papua Barat	3,09	5,32	16,88	19,43	19,89	21,12	16,28	14,45	34,03	30,23	9,83	9,43
Papua	19,26	26,63	19,46	21,41	26,60	25,92	7,72	6,41	20,81	14,65	6,14	4,98
<b>Indonesia</b>	<b>2,27</b>	<b>4,75</b>	<b>17,16</b>	<b>18,95</b>	<b>33,34</b>	<b>33,47</b>	<b>14,48</b>	<b>14,83</b>	<b>25,75</b>	<b>20,97</b>	<b>6,99</b>	<b>7,04</b>

Catatan/Note: L/M: Laki-laki/Male, P/F: Perempuan/Female

## LAMPIRAN 15/APPENDIX 15

[Diolah dari Hasil Susenas KOR 2015/ Based on National Socio Economic Surveys KOR 2015]

Provinsi Province	Pendidikan Tertinggi yang Ditamatkan Penduduk Berumur 10 Tahun Keatas Menurut Daerah Tempat Tinggal (%), 2016 Population aged 10 Years Old and Over by Educational Attainment and Type of Area (%), 2016											
	Tidak/ Belum Sekolah No Schooling		Tidak/ Belum Tamat SD Not Completed PS		SD/MI PS		SMP/MTS JHS		SMA/SMK/MA SHS		DI/DII/DIII/ DIV/ Univer- sitas DI/DII/DIII/ DIV/ University	
	K/U	D/R	K/U	D/R	K/U	D/R	K/U	D/R	K/U	D/R	K/U	D/R
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
Aceh	0,80	2,99	10,34	16,00	23,66	34,77	13,61	15,19	35,21	24,60	16,37	6,46
Sumatera Utara	0,14	0,49	11,94	22,59	22,52	30,89	16,40	17,96	39,82	23,89	9,19	4,18
Sumatera Barat	0,86	1,81	16,02	28,34	19,58	28,89	15,43	15,11	34,28	20,63	13,83	5,21
Riau	0,89	2,41	12,36	20,96	24,62	36,89	13,96	16,06	34,83	19,23	13,35	4,45
Jambi	1,20	3,23	13,12	20,37	26,57	39,67	13,83	12,19	31,43	19,41	13,84	5,12
Sumatera Selatan	0,82	1,50	14,11	24,14	23,99	41,48	16,04	15,02	32,56	14,89	12,48	2,96
Bengkulu	0,61	2,34	13,85	25,07	19,67	32,62	13,41	15,97	34,79	19,25	17,68	4,74
Lampung	1,15	2,30	13,81	21,96	28,12	37,40	16,24	19,16	30,28	16,15	10,40	3,03
Kep. Bangka Belitung	0,79	2,74	17,87	31,39	31,13	36,56	10,72	9,75	30,06	16,16	9,43	3,38
Kepulauan Riau	0,63	5,33	12,59	30,42	20,73	35,43	12,36	11,17	44,05	14,72	9,65	2,94
DKI Jakarta	1,49	-	8,92	-	15,37	-	18,77	-	40,63	-	14,83	-
Jawa Barat	0,89	2,34	15,19	20,82	33,91	50,44	14,71	13,59	27,33	11,01	7,97	1,81
Jawa Tengah	3,13	4,25	16,51	22,93	34,12	40,16	14,71	15,64	23,04	14,17	8,48	2,86
DI Yogyakarta	3,23	9,22	11,21	16,65	19,34	29,74	13,34	16,00	37,84	23,32	15,05	5,07
Jawa Timur	3,83	10,88	13,72	18,43	31,35	38,95	14,31	15,98	28,16	13,15	8,64	2,61
Banten	2,46	5,68	12,23	21,84	26,85	43,13	16,71	16,40	32,17	10,53	9,58	2,42
Bali	3,63	10,31	12,46	19,16	25,68	32,73	11,78	12,39	32,91	19,89	13,54	5,51
Nusa Tenggara Barat	8,91	11,53	17,78	22,79	29,24	32,44	11,84	11,74	23,06	15,80	9,17	5,69
Nusa Tenggara Timur	1,30	2,26	14,65	35,68	25,01	38,66	13,55	7,86	31,66	11,25	13,82	4,29
Kalimantan Barat	3,53	6,70	15,48	27,86	26,05	37,68	15,87	12,55	27,64	12,37	11,43	2,85
Kalimantan Tengah	0,52	0,76	14,60	22,19	28,95	42,92	11,37	13,72	30,16	16,69	14,39	3,72
Kalimantan Selatan	1,21	1,17	18,38	27,79	24,78	37,57	14,42	13,23	29,63	16,65	11,57	3,59
Kalimantan Timur	0,97	3,80	11,58	18,57	24,14	35,85	13,78	16,29	37,78	21,46	11,75	4,02
Kalimantan Utara	0,27	0,95	16,93	27,55	25,79	30,82	13,93	12,17	32,97	23,06	10,11	5,46
Sulawesi Utara	0,87	0,73	14,37	23,08	21,66	30,86	14,49	15,79	38,69	24,02	9,92	5,52
Sulawesi Tengah	0,21	0,63	12,85	21,74	26,51	42,33	13,60	11,18	33,07	19,35	13,76	4,78
Sulawesi Selatan	1,48	6,07	14,90	25,91	25,88	36,25	12,29	10,86	29,48	15,91	15,96	5,00
Sulawesi Tenggara	1,89	4,61	12,61	21,24	23,84	37,99	10,56	10,89	32,38	19,23	18,71	6,05
Gorontalo	1,07	1,63	23,96	34,3	29,71	36,18	10,43	11,02	23,28	13,02	11,56	3,85
Sulawesi Barat	0,78	0,75	23,74	30,68	30,31	36,61	9,69	11,14	22,68	15,71	12,81	5,11
Maluku	0,45	2,07	11,00	18,84	23,59	34,81	11,18	12,15	40,51	25,97	13,27	6,15
Maluku Utara	0,77	2,35	10,65	24,13	24,58	35,95	11,32	11,03	38,44	21,40	14,25	5,14
Papua Barat	1,14	6,07	12,08	21,93	15,27	23,81	16,80	14,53	42,82	25,45	11,88	8,20
Papua	1,35	30,64	11,93	23,51	28,20	25,57	10,35	5,90	33,94	11,97	14,22	2,40
<b>Indonesia</b>	<b>1,98</b>	<b>5,14</b>	<b>13,95</b>	<b>22,45</b>	<b>28,37</b>	<b>38,80</b>	<b>14,82</b>	<b>14,47</b>	<b>30,58</b>	<b>15,64</b>	<b>10,30</b>	<b>3,51</b>

Catatan/Note: K/U: Perkotaan/Urban, D/R: Perdesaan/Rural

## LAMPIRAN 16/APPENDIX 16

[Diolah dari Hasil Susenas KOR 2015 dan 2016/ Based on National Socio Economic Surveys KOR 2015 and 2016]

Provinsi Province	Angka Partisipasi Sekolah (%) School Enrollment Ratio (%)						Angka Partisipasi Murni (%) Net Enrollment Ratio (%)					
	7-12 Years Old		13-15 Years Old		16-18 Years Old		SD/MI PS		SMP/MTS JHS		SMA/SMK/ MA SHS	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
Aceh	99,90	99,82	97,71	97,89	81,43	81,82	97,99	98,16	85,55	85,73	69,82	70,00
Sumatera Utara	99,35	99,42	96,34	96,48	76,23	76,43	96,47	96,57	78,48	78,71	66,69	66,85
Sumatera Barat	99,44	99,43	95,98	96,17	82,53	82,62	98,12	98,23	76,00	76,19	66,90	67,12
Riau	98,79	98,87	94,48	94,62	75,57	75,68	96,63	96,74	78,22	78,53	62,60	62,76
Jambi	99,55	99,57	95,06	95,35	70,75	71,20	97,68	97,81	77,94	78,09	59,41	59,52
Sumatera Selatan	99,53	99,61	93,52	93,68	68,40	68,67	96,41	96,59	76,18	76,43	58,27	58,59
Bengkulu	99,65	99,70	96,83	96,96	78,16	78,37	98,10	98,22	76,88	77,02	64,97	65,29
Lampung	99,62	99,63	94,24	94,32	69,04	69,31	98,32	98,46	78,20	78,34	58,39	58,85
Kep. Bangka Belitung	99,22	99,25	91,82	92,03	66,17	66,35	96,66	96,75	72,42	72,75	57,02	57,22
Kepulauan Riau	99,34	99,33	98,67	98,78	81,84	82,04	98,68	98,83	83,77	84,06	71,23	71,58
DKI Jakarta	99,56	99,61	97,19	97,47	70,73	70,83	96,91	97,01	80,20	80,35	59,04	59,30
Jawa Barat	99,57	99,54	93,19	93,41	65,72	65,82	97,68	97,82	79,55	79,76	56,73	56,92
Jawa Tengah	99,56	99,58	95,30	95,41	67,66	67,95	96,57	96,64	78,66	78,89	58,27	58,49
DI Yogyakarta	99,89	99,84	99,68	99,62	86,78	87,20	99,23	99,21	82,86	83,05	68,60	68,96
Jawa Timur	99,45	99,46	96,53	96,69	70,44	70,54	97,38	97,49	81,16	81,35	60,31	60,76
Banten	99,41	99,43	95,29	95,59	66,73	67,00	96,98	97,22	79,84	79,93	57,04	57,21
Bali	99,41	99,35	97,41	97,55	81,69	81,98	95,64	95,75	84,78	84,99	71,53	71,71
Nusa Tenggara Barat	99,48	99,42	97,44	97,60	75,86	76,24	97,80	97,90	82,83	83,17	64,97	65,19
Nusa Tenggara Timur	98,13	98,24	94,39	94,60	74,25	74,56	94,95	95,24	66,32	66,56	52,51	52,87
Kalimantan Barat	98,27	98,39	91,91	92,12	66,83	67,16	96,09	96,22	64,55	64,69	50,32	50,43
Kalimantan Tengah	99,54	99,49	93,13	93,25	66,00	66,12	98,54	98,67	75,76	75,92	52,36	52,50
Kalimantan Selatan	99,43	99,48	91,91	92,21	67,49	67,91	97,75	98,05	72,51	72,70	55,58	55,91
Kalimantan Timur	99,63	99,54	97,92	98,18	80,68	80,81	97,00	97,13	79,06	79,20	67,78	67,92
Kalimantan Utara	98,39	98,45	93,55	93,79	74,41	74,72	91,83	92,18	77,24	77,46	62,34	62,80
Sulawesi Utara	99,33	99,36	94,59	94,89	72,22	72,57	93,97	94,12	73,02	73,14	62,23	62,50
Sulawesi Tengah	98,02	98,00	91,80	92,08	73,80	73,96	92,35	92,48	71,10	71,25	63,32	63,61
Sulawesi Selatan	99,03	99,12	92,66	92,85	69,66	70,09	96,84	96,99	73,51	73,67	59,47	59,62
Sulawesi Tenggara	99,30	99,28	93,67	93,94	72,42	72,67	96,15	96,27	75,43	75,54	62,23	62,63
Gorontalo	98,69	98,71	90,75	91,01	69,03	69,12	97,09	97,23	68,71	68,89	56,25	56,37
Sulawesi Barat	98,00	98,08	89,84	89,93	67,14	67,34	95,29	95,41	68,92	69,10	56,78	57,08
Maluku	99,38	99,39	96,44	96,60	77,87	78,19	94,34	94,50	73,29	73,40	63,07	63,49
Maluku Utara	99,08	99,14	96,68	96,90	75,16	75,58	96,65	96,75	75,38	75,68	63,20	63,47
Papua Barat	96,74	96,85	96,58	96,86	79,99	80,28	92,90	93,06	68,29	68,59	62,40	62,62
Papua	81,04	81,11	78,14	78,86	61,96	62,07	78,56	78,66	54,21	54,26	43,22	43,27
<b>Indonesia</b>	<b>99,09</b>	<b>99,09</b>	<b>94,72</b>	<b>94,88</b>	<b>70,61</b>	<b>70,83</b>	<b>96,70</b>	<b>96,82</b>	<b>77,82</b>	<b>77,95</b>	<b>59,71</b>	<b>59,95</b>

Catatan : Termasuk pendidikan non-formal (Paket A, Paket B dan Paket C)

Note : Including nonformal education (Package A, Package B and Package C)

## LAMPIRAN 17/APPENDIX 17

Provinsi Province	Rasio Siswa-Guru Student - Teacher Ratio						Rasio Siswa-Kelas Student - Classroom Ratio					
	SD/PS		SLTP/JHS		SM/SHS		SD/PS		SLTP/JHS		SM/SHS	
	2015/ 2016	2016/ 2017	2015/ 2016	2016/ 2017	2015/ 2016	2016/ 2017	2015/ 2016	2016/ 2017	2015/ 2016	2016/ 2017	2015/ 2016	2016/ 2017
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
Aceh	9	10	9	9	9	10	20	20	25	24	25	25
Sumatera Utara	15	17	15	17	16	17	24	24	31	31	31	31
Sumatera Barat	13	15	12	12	12	12	22	21	27	27	27	28
Riau	15	16	13	15	14	14	24	24	28	28	27	28
Jambi	13	14	12	13	13	14	22	21	26	26	27	28
Sumatera Selatan	15	16	14	15	14	16	24	24	31	31	30	31
Bengkulu	13	15	12	13	12	13	21	21	26	26	26	26
Lampung	14	15	14	15	14	16	23	23	29	29	29	29
Kep. Bangka Belitung	16	19	18	20	16	16	25	25	31	31	29	29
Kepulauan Riau	16	18	15	18	15	16	25	25	30	30	26	27
DKI Jakarta	20	23	18	21	17	19	29	29	31	31	29	30
Jawa Barat	19	21	20	22	19	22	29	28	33	33	31	32
Jawa Tengah	14	16	16	17	16	17	23	23	30	30	30	30
DI Yogyakarta	13	15	13	15	12	13	22	22	28	28	26	26
Jawa Timur	12	14	15	16	16	17	22	21	29	29	30	30
Banten	19	21	19	22	20	22	29	29	33	32	31	31
Bali	14	16	16	17	16	16	24	24	32	32	31	31
Nusa Tenggara Barat	12	13	10	11	11	12	23	23	26	26	28	28
Nusa Tenggara Timur	14	16	13	15	12	14	22	22	27	27	26	27
Kalimantan Barat	14	16	15	17	16	19	20	20	29	29	30	30
Kalimantan Tengah	11	12	11	13	12	13	17	17	24	24	24	25
Kalimantan Selatan	11	13	12	13	15	15	19	19	26	26	28	29
Kalimantan Timur	15	17	15	16	15	16	24	24	29	29	27	28
Kalimantan Utara	13	14	13	14	13	14	21	21	27	27	27	28
Sulawesi Utara	12	14	12	14	14	14	18	18	25	25	23	23
Sulawesi Tengah	12	13	12	14	14	15	20	19	24	24	26	26
Sulawesi Selatan	12	14	13	14	15	15	21	21	27	26	28	28
Sulawesi Tenggara	13	14	11	13	12	13	21	20	24	24	24	25
Gorontalo	14	15	12	13	15	14	22	21	24	24	26	26
Sulawesi Barat	12	13	13	14	14	14	19	19	27	26	26	27
Maluku	12	14	11	13	11	12	20	20	24	24	23	24
Maluku Utara	14	16	11	13	11	12	20	20	24	24	22	23
Papua Barat	16	19	12	15	11	13	20	20	25	26	23	24
Papua	22	27	15	18	12	14	26	26	29	29	24	26
<b>Indonesia</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>29</b>

Catatan/Note: \* SM meliputi SMA dan SMK/SHS include General High School and Vocational High School  
 Sumber/Source : Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (data diolah) / Ministry of Education and Culture, data was processed

## LAMPIRAN 18/APPENDIX 18

Provinsi Province	Rasio Guru <sup>1</sup> - Sekolah Teachers <sup>1</sup> - School Ratio						Kepala Sekolah/Guru yang Memiliki Ijazah S1 Keatas Menurut Tempat Mengajar (%) Headmasters/Teachers With Educational Attainment S1 Degree and Above by Level of Teaching (%)					
	SD/PS		SMP/JHS		SM <sup>2</sup> /SHS <sup>2</sup>		SD/PS		SMP/JHS		SM <sup>2</sup> /SHS <sup>2</sup>	
	2015/ 2016	2016/ 2017	2015/ 2016	2016/ 2017	2015/ 2016	2016/ 2017	2015/ 2016	2016/ 2017	2015/ 2016	2016/ 2017	2015/ 2016	2016/ 2017
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
Aceh	16	14	22	20	20	28	72,88	76,76	86,03	90,80	94,54	96,52
Sumatera Utara	13	11	18	16	19	19	71,67	75,78	85,46	90,00	92,73	94,03
Sumatera Barat	12	11	24	22	17	36	87,05	89,68	86,09	90,42	95,98	97,02
Riau	15	14	18	16	29	24	80,19	83,33	85,49	89,56	94,06	95,26
Jambi	13	11	17	15	30	23	72,37	75,17	87,73	91,82	95,52	96,49
Sumatera Selatan	14	13	20	18	23	23	75,38	78,71	86,23	90,79	94,54	95,29
Bengkulu	13	11	18	16	28	26	78,78	81,41	87,99	92,55	95,75	96,13
Lampung	13	12	18	16	37	19	75,79	79,50	82,90	87,29	92,01	93,03
Kep. Bangka Belitung	12	11	16	14	36	24	77,20	80,82	86,00	90,40	91,29	93,00
Kepulauan Riau	15	14	16	14	24	20	82,99	86,60	86,73	91,45	93,31	95,28
DKI Jakarta	16	14	19	16	20	19	85,08	91,80	86,74	94,80	95,38	96,73
Jawa Barat	12	11	19	17	23	18	89,74	92,06	87,87	93,47	92,33	94,40
Jawa Tengah	12	10	24	22	23	28	89,93	92,05	91,64	94,87	94,53	95,92
DI Yogyakarta	13	11	22	20	23	29	87,48	90,39	87,79	92,09	94,46	95,98
Jawa Timur	12	11	20	18	27	21	89,92	91,80	91,27	95,57	95,16	96,32
Banten	14	12	17	15	21	16	86,12	89,38	85,64	93,26	93,91	94,60
Bali	12	10	31	29	17	32	89,79	92,36	87,55	94,79	94,34	96,10
Nusa Tenggara Barat	14	12	21	20	18	25	79,77	82,29	87,35	94,48	95,05	96,85
Nusa Tenggara Timur	12	10	16	14	24	23	59,89	67,12	80,30	85,94	92,55	94,43
Kalimantan Barat	10	9	12	11	21	16	68,98	71,93	81,61	85,93	92,24	93,77
Kalimantan Tengah	11	9	12	11	22	19	75,67	80,24	89,12	92,12	95,39	96,17
Kalimantan Selatan	12	10	17	15	19	25	83,43	85,81	91,16	94,62	95,65	96,46
Kalimantan Timur	15	13	17	16	27	21	79,20	83,17	88,84	93,53	93,37	94,83
Kalimantan Utara	14	12	16	13	20	21	66,29	72,17	87,24	93,19	94,17	96,58
Sulawesi Utara	10	8	14	12	24	19	68,44	73,42	79,07	84,61	93,37	95,62
Sulawesi Tengah	11	9	14	12	18	20	63,37	66,52	88,29	91,44	93,54	95,04
Sulawesi Selatan	13	11	19	17	23	24	84,12	86,78	89,72	94,78	95,54	97,25
Sulawesi Tenggara	12	10	16	14	21	22	74,18	77,75	89,65	92,68	95,44	96,75
Gorontalo	11	9	13	12	15	29	82,34	84,67	88,10	91,33	95,14	96,03
Sulawesi Barat	11	10	15	13	32	18	65,12	66,76	82,28	87,39	93,12	93,71
Maluku	11	10	14	13	26	21	56,01	62,13	69,79	76,91	91,19	93,25
Maluku Utara	9	8	12	11	24	15	46,62	50,75	80,41	84,84	92,30	93,52
Papua Barat	8	7	13	11	19	17	63,36	72,06	88,48	93,34	94,28	96,01
Papua	8	7	13	11	19	18	47,50	54,94	79,20	84,36	93,78	94,71
<b>Indonesia</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>81,05</b>	<b>84,21</b>	<b>87,25</b>	<b>92,11</b>	<b>94,03</b>	<b>95,47</b>

Catatan/Note: <sup>1</sup> Meliputi Kepala Sekolah dan Guru / Headmaster and Teacher Teachers

<sup>2</sup> SM meliputi SMA dan SMK/SHS Include General High School and Vocational High School

Sumber/Source : Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (data diolah)

Ministry of Education and Culture, data was processed



## LAMPIRAN 19/APPENDIX 19

[Diolah dari Hasil Sakernas/ Based on National Labor Force Surveys]

Provinsi Province	TPAK / LFPR (%)				TPT / OUR (%)			
	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Aceh	63,44	64,24	64,26	65,59	9,93	8,13	7,57	7,39
Sumatera Utara	67,28	68,87	65,99	69,13	6,71	6,49	5,84	6,41
Sumatera Barat	64,56	70,34	67,08	70,42	6,89	5,81	5,09	5,80
Riau	63,22	67,01	66,25	68,42	7,83	5,94	7,43	5,76
Jambi	66,14	68,53	67,54	70,84	4,34	4,66	4,00	3,67
Sumatera Selatan	68,53	70,01	71,59	72,12	6,07	3,94	4,31	3,80
Bengkulu	70,67	73,59	72,69	74,59	4,91	3,84	3,30	2,81
Lampung	65,60	68,63	69,61	71,63	5,14	4,54	4,62	4,43
Kep. Bangka Belitung	66,71	68,06	68,93	70,35	6,29	6,17	2,60	4,46
Kepulauan Riau	65,07	65,58	65,93	73,47	6,20	9,03	7,69	6,44
DKI Jakarta	66,39	68,79	66,91	70,18	7,23	5,77	6,12	5,36
Jawa Barat	60,34	64,43	60,65	64,60	8,72	8,57	8,89	8,49
Jawa Tengah	67,86	69,89	67,15	70,20	4,99	4,20	4,63	4,15
DI Yogyakarta	68,38	72,20	71,96	72,00	4,07	2,81	2,72	2,84
Jawa Timur	67,84	68,27	66,14	68,93	4,47	4,14	4,21	4,10
Banten	62,24	65,56	63,66	67,23	9,55	7,95	8,92	7,75
Bali	75,51	75,28	77,24	76,87	1,99	2,12	1,89	1,28
Nusa Tenggara Barat	66,54	69,71	71,57	72,62	5,69	3,66	3,94	3,86
Nusa Tenggara Timur	69,25	72,63	69,18	72,82	3,83	3,59	3,25	3,21
Kalimantan Barat	69,68	70,75	69,32	72,03	5,15	4,58	4,23	4,22
Kalimantan Tengah	71,11	70,97	71,30	73,64	4,54	3,67	4,82	3,13
Kalimantan Selatan	69,73	71,30	71,57	73,41	4,92	3,63	5,45	3,53
Kalimantan Timur	62,39	66,06	67,79	65,45	7,50	8,86	7,95	8,55
Kalimantan Utara	63,45	62,96	62,40	68,33	5,68	3,92	5,23	5,17
Sulawesi Utara	61,28	65,55	65,11	68,78	9,03	7,82	6,18	6,12
Sulawesi Tengah	67,51	72,20	72,28	73,87	4,10	3,46	3,29	2,97
Sulawesi Selatan	60,94	61,64	62,92	64,28	5,95	5,11	4,80	4,77
Sulawesi Tenggara	68,35	71,92	73,47	73,05	5,55	3,78	2,72	3,14
Gorontalo	63,65	68,60	67,89	70,44	4,65	3,88	2,76	3,65
Sulawesi Barat	70,27	72,30	71,90	70,68	3,35	2,72	3,33	2,98
Maluku	64,47	64,33	64,51	66,08	9,93	6,98	7,05	7,77
Maluku Utara	66,43	67,83	66,19	69,48	6,05	3,43	4,01	4,82
Papua Barat	68,68	71,50	70,05	70,20	8,08	5,73	7,46	7,52
Papua	79,57	78,77	76,70	77,30	3,99	2,97	3,35	3,96
<b>Indonesia</b>	<b>65,76</b>	<b>68,06</b>	<b>66,34</b>	<b>69,02</b>	<b>6,18</b>	<b>5,50</b>	<b>5,61</b>	<b>5,33</b>

## LAMPIRAN 20/APPENDIX 20

[Diolah dari Hasil Sakernas/ Based on National Labor Force Surveys]

Provinsi Province	Pekerja Anak (Usia 10-17 Tahun) terhadap Total Anak (Usia 10-17 Tahun) Menurut Daerah Tempat Tinggal (%)											
	Working Children (Aged 10-17 Years) to Total Population, aged 10-17 by Type of Area (%)											
	Perkotaan / Urban				Perdesaan / Rural				Perkotaan+Perdesaan / Urban+Rural			
	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)	2015 (Agt)	2016 (Feb)	2016 (Agt)	2017 (Feb)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
Aceh	2,33	4,59	4,43	6,50	4,02	4,22	6,53	9,95	3,52	4,32	5,91	8,91
Sumatera Utara	4,84	7,78	8,50	9,88	15,33	17,24	18,15	26,62	10,11	12,52	13,27	18,08
Sumatera Barat	3,52	3,87	9,81	10,37	7,05	10,52	8,96	14,29	5,51	7,63	9,34	12,49
Riau	3,98	7,35	6,65	7,92	6,26	7,49	6,31	12,63	5,38	7,44	6,44	10,81
Jambi	3,62	3,94	7,25	8,57	6,67	8,94	7,02	8,60	5,74	7,36	7,09	8,59
Sumatera Selatan	3,90	2,84	4,07	8,05	5,62	10,49	8,11	11,54	5,01	7,78	6,62	10,27
Bengkulu	5,09	10,79	8,55	5,86	5,78	11,43	8,94	11,69	5,56	11,23	8,81	9,71
Lampung	5,83	4,29	6,79	4,79	6,87	11,74	9,15	13,92	6,57	9,59	8,49	11,20
Kep. Bangka Belitung	5,38	3,75	10,76	5,75	7,59	9,39	11,72	18,80	6,44	6,41	11,20	11,75
Kepulauan Riau	1,31	0,90	1,84	8,13	5,40	5,93	1,25	15,79	2,05	1,70	1,74	9,26
DKI Jakarta	3,05	5,81	2,92	5,22	-	-	-	-	3,05	5,81	2,92	5,22
Jawa Barat	2,66	4,43	2,74	6,57	3,28	6,98	4,27	8,82	2,84	5,13	3,15	7,16
Jawa Tengah	4,72	4,26	5,51	5,07	5,81	7,43	4,51	8,19	5,29	5,88	5,00	6,64
DI Yogyakarta	4,66	2,45	3,52	4,39	6,34	8,74	6,28	18,44	5,17	4,25	4,29	8,32
Jawa Timur	4,53	3,80	3,96	4,75	5,90	7,11	6,76	10,01	5,22	5,42	5,32	7,30
Banten	2,62	2,32	4,72	6,81	3,66	6,29	5,64	8,07	2,98	3,65	5,03	7,24
Bali	6,27	13,00	9,33	12,22	15,37	18,95	23,22	26,77	9,57	15,07	13,98	17,13
Nusa Tenggara Barat	5,57	5,79	9,95	14,36	9,45	13,68	15,61	26,88	7,70	10,09	13,02	21,08
Nusa Tenggara Timur	3,05	3,36	5,25	10,54	13,68	13,53	7,84	19,05	11,49	11,39	7,28	17,20
Kalimantan Barat	4,11	4,90	5,87	9,48	7,39	8,32	8,44	12,80	6,33	7,23	7,59	11,66
Kalimantan Tengah	5,52	8,81	7,37	6,78	10,25	11,10	9,31	14,54	8,52	10,25	8,59	11,41
Kalimantan Selatan	7,14	6,71	4,30	9,50	8,57	7,53	10,14	12,53	7,95	7,17	7,50	11,14
Kalimantan Timur	2,88	8,46	4,04	6,03	2,42	3,47	6,73	7,03	2,72	6,80	4,95	6,35
Kalimantan Utara	2,03	6,45	2,12	7,82	4,14	9,87	8,05	21,45	2,90	7,87	4,59	13,31
Sulawesi Utara	2,95	5,73	6,56	10,77	4,88	8,41	9,91	8,43	3,95	7,05	8,23	9,61
Sulawesi Tengah	7,87	14,36	11,58	15,01	13,14	17,28	18,61	20,78	11,73	16,46	16,71	19,10
Sulawesi Selatan	6,36	6,52	8,73	11,04	13,38	14,87	15,82	20,20	10,58	11,47	12,93	16,36
Sulawesi Tenggara	8,36	13,41	18,28	15,23	16,32	19,85	22,55	19,68	13,88	17,94	21,19	18,22
Gorontalo	8,95	12,19	3,63	12,68	9,56	11,93	13,77	16,03	9,33	12,03	9,84	14,76
Sulawesi Barat	6,39	15,05	19,48	19,40	16,24	19,49	20,14	16,67	14,21	18,52	20,00	17,29
Maluku	3,52	2,82	6,51	5,41	6,86	6,80	4,70	8,92	5,61	5,26	5,42	7,49
Maluku Utara	4,12	8,29	10,01	9,79	10,97	11,94	10,26	11,75	9,24	10,99	10,20	11,24
Papua Barat	2,38	16,51	5,06	7,62	10,63	13,27	9,47	10,38	7,56	14,24	8,11	9,50
Papua	2,82	2,03	2,97	4,27	30,33	25,01	20,02	22,72	23,95	19,78	16,06	18,28
<b>Indonesia</b>	<b>3,92</b>	<b>5,02</b>	<b>5,02</b>	<b>7,07</b>	<b>8,17</b>	<b>10,25</b>	<b>9,13</b>	<b>13,57</b>	<b>5,99</b>	<b>7,54</b>	<b>6,99</b>	<b>10,14</b>

## LAMPIRAN 21/APPENDIX 21

[Diolah dari Hasil Susenas Maret 2014 dan 2015 / Based on March 2014 and 2015 Susenas]

Provinsi Province	Rata-Rata Pengeluaran per Kapita per Bulan Menurut Kelompok Jenis Pengeluaran (rupiah) Average per Capita Monthly Expenditure by Type of Expenditure (rupiahs)					
	Makanan Food		Bukan Makanan Non Food		Makanan + Bukan Makanan Food + Non Food	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Aceh	415 354	451 952	336 764	356 142	752 118	808 094
Sumatera Utara	414 566	472 220	360 624	381 537	775 189	853 756
Sumatera Barat	472 428	537 236	422 275	447 789	894 703	985 025
Riau	495 322	556 747	510 187	528 018	1 005 509	1 084 765
Jambi	428 457	464 381	412 239	439 908	840 696	904 289
Sumatera Selatan	379 945	446 364	351 483	393 348	731 429	839 712
Bengkulu	413 263	447 384	397 815	447 410	811 077	894 794
Lampung	382 368	412 617	358 838	376 444	741 206	789 061
Kep. Bangka Belitung	578 812	596 381	539 290	615 498	1 118 101	1 211 879
Kepulauan Riau	602 071	681 525	742 641	783 597	1 344 712	1 465 121
DKI Jakarta	615 486	692 207	1 157 945	1 184 441	1 773 431	1 876 648
Jawa Barat	425 883	477 814	471 012	506 063	896 895	983 877
Jawa Tengah	330 646	371 605	365 211	385 115	695 856	756 720
DI Yogyakarta	365 012	434 004	563 591	636 958	928 602	1 070 962
Jawa Timur	380 993	427 191	449 479	443 221	830 472	870 412
Banten	483 956	532 389	548 390	602 867	1 032 346	1 135 256
Bali	421 577	465 993	623 568	633 569	1 045 145	1 099 561
Nusa Tenggara Barat	355 034	410 112	313 465	350 529	668 499	760 641
Nusa Tenggara Timur	298 180	312 312	235 710	264 315	533 891	576 627
Kalimantan Barat	426 381	451 222	356 668	409 006	783 050	860 227
Kalimantan Tengah	494 858	546 306	425 928	498 164	920 786	1 044 770
Kalimantan Selatan	470 450	531 127	485 707	516 120	956 156	1 047 247
Kalimantan Timur	549 351	587 920	644 291	709 006	1 193 642	1 296 926
Kalimantan Utara	511 272	549 467	533 332	608 307	1 044 605	1 157 774
Sulawesi Utara	426 278	484 938	394 149	472 520	820 425	957 458
Sulawesi Tengah	383 546	420 182	377 066	422 730	760 612	842 912
Sulawesi Selatan	359 187	407 389	387 580	452 140	746 767	859 529
Sulawesi Barat	329 208	371 733	344 281	434 835	673 488	806 568
Gorontalo	326 512	380 934	340 889	393 591	667 401	774 525
Sulawesi Tenggara	330 890	357 586	284 601	328 356	615 491	685 941
Maluku	420 732	431 484	373 623	414 623	794 355	846 106
Maluku Utara	421 216	413 580	368 679	395 791	789 896	809 371
Papua Barat	512 796	482 624	517 436	526 777	1 030 232	1 009 401
Papua	473 382	524 592	356 371	411 795	829 753	936 387
<b>Indonesia</b>	<b>415 462</b>	<b>460 639</b>	<b>456 361</b>	<b>485 619</b>	<b>868 823</b>	<b>946 258</b>

## LAMPIRAN 22/APPENDIX 22

[Diolah dari Hasil Susenas Maret 2015 dan 2016 / Based on March 2015 and 2016 Susenas]

Provinsi Provinsi	Pengeluaran per Kapita per Bulan Menurut Jenis Pengeluaran (%) Per Capita Monthly Expenditure by Type of Expenditure (%)			
	Makanan Food		Bukan Makanan Non Food	
	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Aceh	55,22	55,93	44,78	44,07
Sumatera Utara	53,48	55,31	46,52	44,69
Sumatera Barat	52,80	54,54	47,20	45,46
Riau	49,26	51,32	50,74	48,68
Jambi	50,96	51,35	49,04	48,65
Sumatera Selatan	51,95	53,16	48,05	46,84
Bengkulu	50,95	50,00	49,05	50,00
Lampung	51,59	52,29	48,41	47,71
Kep. Bangka Belitung	51,77	49,21	48,23	50,79
Kepulauan Riau	44,77	46,52	55,23	53,48
DKI Jakarta	34,71	36,89	65,29	63,11
Jawa Barat	47,48	48,56	52,52	51,44
Jawa Tengah	47,52	49,11	52,48	50,89
DI Yogyakarta	39,31	40,52	60,69	59,48
Jawa Timur	45,88	49,08	54,12	50,92
Banten	46,88	46,90	53,12	53,10
Bali	40,34	42,38	59,66	57,62
Nusa Tenggara Barat	53,11	53,92	46,89	46,08
Nusa Tenggara Timur	55,85	54,16	44,15	45,84
Kalimantan Barat	54,45	52,45	45,55	47,55
Kalimantan Tengah	53,74	52,29	46,26	47,71
Kalimantan Selatan	49,20	50,72	50,80	49,28
Kalimantan Timur	46,02	45,33	53,98	54,67
Kalimantan Utara	48,94	47,46	51,06	52,54
Sulawesi Utara	51,96	50,65	48,04	49,35
Sulawesi Tengah	50,43	49,85	49,57	50,15
Sulawesi Selatan	48,10	47,40	51,90	52,60
Sulawesi Tenggara	48,88	46,09	51,12	53,91
Gorontalo	48,92	49,18	51,08	50,82
Sulawesi Barat	53,76	52,13	46,24	47,87
Maluku	52,97	51,00	47,03	49,00
Maluku Utara	53,33	51,10	46,67	48,90
Papua Barat	49,77	47,81	50,23	52,19
Papua	57,05	56,02	42,95	43,98
<b>Indonesia</b>	<b>47,47</b>	<b>48,68</b>	<b>52,53</b>	<b>51,32</b>

## LAMPIRAN 23/APPENDIX 23

[Diolah dari Hasil Susenas Maret 2015 dan 2016 / Based on March 2015 and 2016 Susenas]

Provinsi Province	Pembagian Total Pengeluaran per Kapita Menurut Kelompok Pengeluaran (%) Distribution of Total Expenditure by Group of Expenditure (%)						Indeks Gini Gini Index	
	40 % Rendah 40% Lowest		40 % Sedang 40% Middle		20 % Tinggi 20 % Highest		2015	2016
	2015	2016	2015	2016	2015	2016		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Aceh	21,09	20,63	36,07	37,40	42,84	41,96	0,33	0,33
Sumatera Utara	20,85	21,13	36,47	38,05	42,68	40,82	0,34	0,32
Sumatera Barat	20,50	20,82	36,18	36,86	43,33	42,32	0,34	0,33
Riau	19,42	19,57	35,56	37,39	45,03	43,04	0,36	0,35
Jambi	19,70	19,89	35,64	36,53	44,66	43,57	0,36	0,35
Sumatera Selatan	19,27	18,86	36,29	38,64	44,44	42,50	0,36	0,35
Bengkulu	18,88	19,07	34,90	37,43	46,22	43,49	0,38	0,36
Lampung	19,31	19,64	34,02	34,93	46,67	45,43	0,38	0,36
Kep. Bangka Belitung	23,13	23,43	38,72	39,11	38,16	37,46	0,28	0,28
Kepulauan Riau	18,28	18,57	37,83	38,32	43,89	43,11	0,36	0,35
DKI Jakarta	16,02	16,03	33,61	36,28	50,38	47,69	0,43	0,41
Jawa Barat	16,77	16,36	34,27	35,71	48,96	47,93	0,42	0,41
Jawa Tengah	18,64	18,42	34,82	37,46	46,54	44,11	0,38	0,37
D I Yogyakarta	15,65	15,08	34,08	37,13	50,26	47,79	0,43	0,42
Jawa Timur	16,61	16,85	34,52	35,83	48,87	47,32	0,42	0,40
Banten	17,34	17,55	34,85	35,34	47,81	47,11	0,40	0,39
Bali	17,84	18,07	37,35	37,96	44,81	43,96	0,38	0,37
Nusa Tenggara Barat	19,25	18,26	35,42	38,74	45,33	43,00	0,37	0,36
Nusa Tenggara Timur	20,61	20,51	36,30	36,88	43,09	42,61	0,34	0,34
Kalimantan Barat	20,39	20,10	37,35	36,92	42,26	42,99	0,33	0,34
Kalimantan Tengah	20,60	19,70	38,45	39,93	40,96	40,37	0,33	0,33
Kalimantan Selatan	19,53	20,04	36,89	38,30	43,58	41,65	0,35	0,33
Kalimantan Timur	21,03	21,05	38,71	38,85	40,26	40,09	0,32	0,32
Kalimantan Utara	22,71	22,12	38,05	38,35	39,24	39,53	0,29	0,30
Sulawesi Utara	18,37	16,91	37,32	38,06	44,30	45,03	0,37	0,39
Sulawesi Tengah	18,96	19,05	35,12	36,49	45,93	44,45	0,37	0,36
Sulawesi Selatan	16,17	15,40	34,20	35,17	49,62	49,43	0,42	0,43
Sulawesi Tenggara	17,20	15,45	35,35	38,90	47,45	45,65	0,40	0,40
Gorontalo	16,17	15,09	34,75	37,51	49,08	47,40	0,42	0,42
Sulawesi Barat	19,32	19,10	35,64	36,07	45,04	44,83	0,36	0,36
Maluku	19,99	19,51	37,57	37,15	42,45	43,34	0,34	0,35
Maluku Utara	22,52	22,83	40,20	38,71	37,28	38,46	0,28	0,29
Papua Barat	15,13	16,36	34,83	40,69	50,03	42,94	0,44	0,37
Papua	15,41	14,36	36,36	42,38	48,24	43,26	0,42	0,39
<b>Indonesia</b>	<b>17,10</b>	<b>17,86</b>	<b>34,65</b>	<b>36,76</b>	<b>48,25</b>	<b>45,38</b>	<b>0,41</b>	<b>0,40</b>

## LAMPIRAN 24/APPENDIX 24

[Diolah dari Hasil Susenas Maret 2015 dan 2016 / Based on March 2015 and 2016 Susenas]

Provinsi Province	Konsumsi Energi per Kapita per Hari (kilo kalori) Energy Consumption per Capita per Day (kilo calories)					
	Perkotaan Urban		Perdesaan Rural		Perkotaan + Perdesaan Urban + Rural	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Aceh	1 949,63	2 012,60	2 005,46	2 024,56	1 989,61	2 021,08
Sumatera Utara	1 919,34	1 900,21	2 100,89	2 101,30	2 010,98	1 999,99
Sumatera Barat	1 975,35	2 088,96	2 167,98	2 214,00	2 091,49	2 162,82
Riau	1 976,56	2 010,10	2 115,09	2 048,61	2 061,26	2 033,47
Jambi	1 881,50	1 967,45	2 032,27	1 997,49	1 986,49	1 988,23
Sumatera Selatan	1 963,69	1 956,22	2 117,88	2 071,65	2 062,86	2 029,93
Bengkulu	2 032,02	1 978,49	2 091,30	2 156,19	2 072,90	2 099,87
Lampung	1 871,07	1 860,25	1 955,73	1 986,21	1 933,47	1 952,08
Kep. Bangka Belitung	2 069,69	2 022,72	2 079,26	2 098,25	2 074,55	2 060,02
Kepulauan Riau	2 099,17	2 170,19	2 050,36	2 089,18	2 091,16	2 157,61
DKI Jakarta	1 948,93	1 982,28	-	-	1 948,93	1 982,28
Jawa Barat	2 027,85	2 114,89	2 078,14	2 152,14	2 044,29	2 126,43
Jawa Tengah	1 932,45	1 952,48	1 939,50	1 974,22	1 936,26	1 964,01
DI Yogyakarta	1 939,13	2 069,77	1 940,33	2 049,84	1 939,53	2 063,40
Jawa Timur	1 960,76	2 032,05	1 984,22	2 044,65	1 972,96	2 038,48
Banten	2 078,56	2 119,28	2 043,45	2 170,27	2 067,41	2 135,13
Bali	2 169,59	2 169,10	2 204,63	2 295,24	2 183,09	2 215,85
Nusa Tenggara Barat	2 013,39	2 053,60	2 001,48	2 092,48	2 006,52	2 075,62
Nusa Tenggara Timur	1 795,56	1 923,94	1 770,12	1 880,82	1 775,22	1 889,63
Kalimantan Barat	1 898,67	1 938,02	1 952,30	1 962,99	1 935,91	1 955,17
Kalimantan Tengah	1 995,99	2 033,90	2 114,46	2 153,31	2 073,94	2 111,25
Kalimantan Selatan	2 080,30	2 116,88	2 149,11	2 165,83	2 119,95	2 144,62
Kalimantan Timur	1 875,92	1 926,92	1 855,04	1 879,13	1 868,19	1 909,87
Kalimantan Utara	1 700,52	1 787,33	1 745,14	1 889,20	1 720,20	1 831,17
Sulawesi Utara	2 045,05	2 124,80	2 039,21	2 031,11	2 041,87	2 074,83
Sulawesi Tengah	1 893,65	1 944,69	2 016,14	2 005,77	1 985,74	1 990,21
Sulawesi Selatan	2 025,40	2 090,12	1 976,87	2 010,16	1 995,0	2 040,92
Sulawesi Tenggara	2 013,30	2 092,05	1 984,66	2 009,59	1 992,91	2 034,18
Gorontalo	2 135,22	2 115,56	2 032,98	1 986,59	2 068,46	2 033,02
Sulawesi Barat	2 077,92	2 134,35	1 956,22	2 043,06	1 980,70	2 061,73
Maluku	1 798,03	1 880,90	1 736,71	1 808,31	1 760,56	1 837,22
Maluku Utara	1 715,18	1 703,72	1 678,30	1 726,59	1 688,34	1 720,41
Papua Barat	1 879,50	1 887,35	1 804,69	1 791,79	1 832,98	1 828,53
Papua	1 937,54	1 832,18	1 760,86	1 740,80	1 807,66	1 764,80
<b>Indonesia</b>	<b>1 982,41</b>	<b>2 034,01</b>	<b>2 003,15</b>	<b>2 040,98</b>	<b>1 992,69</b>	<b>2 037,40</b>



## LAMPIRAN 25/APPENDIX 25

[Diolah dari Hasil Susenas Maret 2015 dan 2016 / Based on March 2015 and 2016 Susenas]

Provinsi <i>Province</i>	Konsumsi Protein per Kapita per Hari (gram) <i>Protein Consumption per Capita per Day (gram)</i>					
	Perkotaan <i>Urban</i>		Perdesaan <i>Rural</i>		Perkotaan + Perdesaan <i>Urban + Rural</i>	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Aceh	55,97	57,76	53,33	54,04	54,08	55,12
Sumatera Utara	54,12	54,50	55,18	55,37	54,66	54,93
Sumatera Barat	53,64	58,04	53,71	55,79	53,68	56,71
Riau	56,12	58,08	53,81	52,73	54,71	54,84
Jambi	52,07	55,79	50,98	50,16	51,31	51,89
Sumatera Selatan	56,09	56,80	54,93	53,47	55,35	54,67
Bengkulu	57,12	55,64	53,06	54,47	54,32	54,84
Lampung	52,33	51,49	49,65	51,02	50,35	51,15
Kep. Bangka Belitung	62,31	60,16	58,54	58,07	60,39	59,13
Kepulauan Riau	63,80	66,18	56,41	55,73	62,59	64,55
DKI Jakarta	58,39	60,30	-	-	58,39	60,30
Jawa Barat	57,88	60,86	56,23	59,46	57,34	60,43
Jawa Tengah	55,68	56,0	52,13	53,02	53,76	54,42
DI Yogyakarta	60,08	64,54	52,33	55,68	57,48	61,71
Jawa Timur	56,68	58,42	53,86	55,04	55,21	56,70
Banten	61,17	63,10	53,20	58,19	58,64	61,58
Bali	62,78	62,92	59,70	61,20	61,60	62,28
Nusa Tenggara Barat	56,11	57,27	52,70	55,78	54,15	56,43
Nusa Tenggara Timur	52,32	54,96	44,75	47,97	46,27	49,40
Kalimantan Barat	55,74	57,25	50,29	50,76	51,95	52,79
Kalimantan Tengah	57,40	60,20	55,61	56,97	56,23	58,11
Kalimantan Selatan	61,18	62,34	57,93	58,97	59,31	60,43
Kalimantan Timur	56,76	57,80	52,05	51,82	55,02	55,67
Kalimantan Timur	51,60	55,67	48,29	51,98	50,14	54,08
Sulawesi Utara	60,74	63,54	55,51	54,40	57,90	58,66
Sulawesi Tengah	56,83	56,97	52,21	52,12	53,36	53,36
Sulawesi Selatan	59,88	62,14	52,40	53,72	55,20	56,96
Sulawesi Tenggara	61,00	62,43	53,61	54,65	55,74	56,97
Gorontalo	63,25	61,35	53,97	51,96	57,19	55,34
Sulawesi Barat	58,45	60,79	51,72	54,65	53,07	55,91
Maluku	53,49	54,98	43,85	46,83	47,60	50,07
Maluku Utara	51,48	49,14	42,76	45,62	45,13	46,57
Papua Barat	53,85	53,97	47,16	47,52	49,69	50,00
Papua	55,16	53,83	33,84	32,91	39,48	38,40
<b>Indonesia</b>	57,36	59,14	52,82	54,05	55,11	56,67

## LAMPIRAN 26/APPENDIX 26

[Diolah dari Hasil Susenas KOR 2015 dan 2016/ Based on National Socio Economic Surveys KOR 2015 and 2016]

Provinsi Province	Rumah Tangga Menurut Beberapa Indikator Kualitas Perumahan (%) Households With Some Indicator Housing Quality (%)					
	Lantai Bukan Tanah Non Earth Floor		Atap Beton, genteng, sirap, seng, asbes Concrete, tile, wood, zinc and asbestos Roof		Dinding tembok dan kayu Brick and wood wall	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Aceh	93,82	95,12	92,77	94,05	96,26	97,28
Sumatera Utara	97,48	97,73	96,98	97,19	94,11	96,00
Sumatera Barat	99,09	99,34	99,15	99,38	97,62	97,96
R i a u	98,78	98,99	97,51	97,77	98,81	99,46
J a m b i	97,52	98,29	99,00	99,28	98,73	99,12
Sumatera Selatan	96,05	96,69	97,91	98,50	98,08	98,16
Bengkulu	96,84	97,34	99,68	99,90	97,79	97,81
Lampung	90,96	92,56	99,82	99,90	90,11	92,31
Kep, Bangka Belitung	99,90	99,95	98,99	98,90	98,35	99,11
Kepulauan Riau	99,86	99,67	98,10	99,18	98,71	97,44
DKI Jakarta	99,65	99,78	99,86	99,96	98,64	99,61
Jawa Barat	97,40	97,67	99,86	99,80	84,72	86,69
Jawa Tengah	84,17	84,55	99,95	99,94	93,84	94,63
DI Yogyakarta	94,68	94,98	99,91	99,98	95,45	94,82
Jawa Timur	88,10	88,77	99,97	99,92	92,67	93,70
Banten	96,12	96,42	97,93	98,81	87,59	89,07
B a l i	98,30	98,78	99,74	99,88	97,44	98,55
Nusa Tenggara Barat	96,24	97,97	96,95	99,47	88,67	90,00
Nusa Tenggara Timur	72,54	74,07	86,65	88,41	48,56	49,77
Kalimantan Barat	99,60	99,69	95,83	96,95	98,26	99,15
Kalimantan Tengah	99,09	99,11	97,46	98,46	98,02	99,55
Kalimantan Selatan	99,34	99,40	93,69	94,46	98,17	98,68
Kalimantan Timur	99,21	99,24	98,98	99,54	98,56	99,33
Kalimantan Utara	99,40	99,56	99,81	99,85	99,01	98,77
Sulawesi Utara	95,18	96,22	97,88	98,27	94,12	96,03
Sulawesi Tengah	96,25	96,75	87,86	88,69	97,13	97,78
Sulawesi Selatan	98,36	98,71	96,50	97,15	81,22	81,01
Sulawesi Tenggara	96,34	97,07	90,26	91,46	97,21	98,44
Gorontalo	97,56	97,86	93,22	96,30	88,65	91,09
Sulawesi Barat	96,21	96,37	89,23	90,25	88,50	90,95
M a l u k u	92,07	93,64	90,85	91,30	95,72	97,11
Maluku Utara	91,05	91,08	92,45	93,96	97,74	97,93
Papua Barat	97,96	97,99	97,79	98,33	96,65	97,78
Papua	77,31	76,30	66,71	63,80	93,81	98,29
<b>Indonesia</b>	<b>93,23</b>	<b>93,71</b>	<b>98,00</b>	<b>98,26</b>	<b>91,38</b>	<b>92,59</b>

## LAMPIRAN 27/APPENDIX 27

[Diolah dari Hasil Susenas KOR 2015 dan 2016/ Based on National Socio Economic Surveys KOR 2015 and 2016]

Provinsi Province	Rata-Rata Luas Lantai per Kapita Rumah Tinggal Menurut Daerah Tempat Tinggal (m <sup>2</sup> ) Means of per Capita Floor Area of Households by Type of Area (m <sup>2</sup> )					
	Perkotaan Urban		Perdesaan Rural		Perkotaan+Perdesaan Urban + Rural	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Aceh	22,25	23,01	17,86	18,17	19,09	19,56
Sumatera Utara	22,93	23,27	18,59	18,88	20,71	21,08
Sumatera Barat	23,77	23,15	20,10	20,73	21,55	21,71
R i a u	23,57	23,52	19,37	20,24	21,01	21,51
J a m b i	24,01	23,15	20,43	21,01	21,47	21,64
Sumatera Selatan	19,47	19,57	17,89	17,80	18,43	18,41
Bengkulu	23,07	23,08	17,28	18,08	19,02	19,63
Lampung	23,92	23,19	22,94	24,58	23,18	24,23
Kep. Bangka Belitung	23,62	25,05	23,53	24,34	23,57	24,70
Kepulauan Riau	20,08	21,24	21,31	22,65	20,28	21,45
DKI Jakarta	20,47	20,04	-	-	20,47	20,04
Jawa Barat	21,48	22,59	20,03	20,64	20,98	21,96
Jawa Tengah	31,73	30,67	31,22	30,84	31,45	30,76
DI Yogyakarta	31,62	31,42	34,53	37,27	32,54	33,17
Jawa Timur	27,02	28,64	27,88	27,75	27,47	28,18
Banten	20,77	21,94	18,24	19,32	19,97	21,14
B a l i	21,82	21,31	21,03	22,07	21,52	21,59
Nusa Tenggara Barat	17,83	18,12	15,80	16,51	16,65	17,20
Nusa Tenggara Timur	18,04	17,66	14,58	15,39	15,29	15,85
Kalimantan Barat	23,64	26,18	17,19	17,96	19,09	20,46
Kalimantan Tengah	22,50	23,00	18,51	18,30	19,85	19,95
Kalimantan Selatan	22,45	23,17	21,22	21,83	21,74	22,41
Kalimantan Timur	23,22	23,87	20,19	20,59	22,09	22,69
Kalimantan Utara	21,30	23,30	21,31	20,09	21,30	21,94
Sulawesi Utara	24,06	24,39	18,59	20,05	21,11	22,08
Sulawesi Tengah	22,58	23,29	18,93	19,11	19,81	20,17
Sulawesi Selatan	24,91	25,66	23,52	23,79	24,02	24,48
Sulawesi Tenggara	22,25	23,03	19,74	20,53	20,46	21,28
Gorontalo	23,45	23,33	17,91	17,40	19,83	19,56
Sulawesi Barat	22,21	22,25	18,00	19,00	18,80	19,63
M a l u k u	18,18	17,64	16,88	17,15	17,40	17,35
Maluku Utara	22,66	23,53	18,12	18,49	19,36	19,89
Papua Barat	16,65	17,18	17,54	17,04	17,21	17,10
Papua	17,49	16,96	10,25	10,11	12,03	11,79
<b>Indonesia</b>	<b>23,93</b>	<b>24,43</b>	<b>22,63</b>	<b>22,95</b>	<b>23,28</b>	<b>23,71</b>

## LAMPIRAN 28/APPENDIX 28

[Diolah dari Hasil Susenas KOR 2015 dan 2016/ Based on National Socio Economic Surveys KOR 2015 and 2016]

Provinsi Province	Rumah Tangga dengan Sumber Air Minum Bersih <sup>1)</sup> (%) Household with Clean Drinking Water (%) <sup>1)</sup>		Rumah Tangga dengan Jamban Milik Sendiri dilengkapi Tangki Septik (%) Households Using Private Toilet Completed by Septic Tank as Final Disposal of Feces (%)		Rumah Tangga dengan Sumber Penerangan Listrik (%) Household with Electricity As Source of Lighting (%)	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Aceh	63,81	65,39	51,12	62,87	98,44	98,74
Sumatera Utara	71,10	70,05	65,28	71,14	96,81	96,84
Sumatera Barat	69,42	70,81	41,21	49,55	96,17	97,02
R i a u	64,80	65,17	49,52	69,19	95,52	96,57
J a m b i	56,90	58,36	55,02	64,24	94,86	96,52
Sumatera Selatan	64,47	63,24	56,58	62,63	97,45	97,64
Bengkulu	43,61	41,53	36,99	49,17	96,91	96,89
Lampung	57,20	55,42	42,20	57,28	98,44	98,50
Kep. Bangka Belitung	80,22	79,17	78,48	82,79	98,57	98,80
Kepulauan Riau	88,10	89,08	69,21	77,68	98,96	99,10
DKI Jakarta	93,65	93,05	77,75	77,37	99,94	99,90
Jawa Barat	68,30	68,81	55,29	60,09	99,83	99,85
Jawa Tengah	73,30	75,88	59,92	65,72	99,92	99,88
DI Yogyakarta	76,67	76,54	73,05	68,04	99,82	99,93
Jawa Timur	75,57	75,45	57,50	62,41	99,87	99,85
Banten	69,35	68,78	63,70	69,41	99,74	99,72
B a l i	88,00	84,71	69,35	79,98	99,67	99,73
Nusa Tenggara Barat	70,49	73,62	50,39	59,67	99,05	99,39
Nusa Tenggara Timur	57,96	55,77	21,46	40,65	73,91	72,14
Kalimantan Barat	31,57	30,39	38,59	51,50	88,29	89,17
Kalimantan Tengah	56,41	63,72	34,30	51,20	92,45	93,99
Kalimantan Selatan	66,61	67,33	53,95	62,30	98,50	98,74
Kalimantan Timur	87,36	90,63	66,48	72,27	98,73	98,67
Kalimantan Utara	67,31	75,67	47,38	63,46	95,98	98,00
Sulawesi Utara	73,97	73,26	58,84	67,56	99,13	99,36
Sulawesi Tengah	62,30	63,69	49,94	57,15	92,35	92,79
Sulawesi Selatan	71,85	73,52	65,00	70,90	97,33	97,58
Sulawesi Tenggara	75,33	75,84	56,17	65,12	93,45	94,11
Gorontalo	67,49	72,51	40,87	51,61	92,76	95,05
Sulawesi Barat	54,17	56,69	42,53	57,77	91,39	94,25
M a l u k u	62,48	65,01	56,39	65,27	88,07	88,14
Maluku Utara	58,04	60,76	50,60	65,06	88,36	89,99
Papua Barat	60,47	62,39	54,40	59,85	88,88	86,39
Papua	37,42	38,47	25,98	29,50	53,17	50,90
<b>Indonesia</b>	<b>70,08</b>	<b>70,63</b>	<b>56,56</b>	<b>63,32</b>	<b>97,54</b>	<b>97,62</b>

Catatan :<sup>1)</sup> Air yang bersumber dari ledeng, air kemasan, serta pompa, sumur terlindung dan mata air terlindung yang jarak

ke tempat pembuangan limbah (tangki septik) > 10 m /  
Note : <sup>1)</sup> The sources of water are tap water, packaged water, water pumps, protected wheels, or protected springs with

distance to septic is more than 10 meters,

## LAMPIRAN 29/APPENDIX 29

[Diolah dari Hasil Susenas KOR 2016/ Based on National Socio Economic Surveys KOR 2016]

Provinsi Province	Rumah Tangga Menurut Status Kepemilikan Rumah Tinggal, 2016 Households by Housing Ownership Status (%), 2016				
	Milik Sendiri Own	Kontrak/Sewa Lease/Rent	Bebas Sewa Rent Free	Rumah Dinas Official	Lainnya Others
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Aceh	81,66	6,26	10,44	1,49	0,16
Sumatera Utara	69,95	12,75	12,34	4,55	0,40
Sumatera Barat	72,89	10,55	14,06	2,01	0,49
R i a u	71,53	15,39	7,57	5,34	0,17
J a m b i	84,13	6,29	8,21	1,24	0,13
Sumatera Selatan	83,09	6,18	9,63	0,82	0,28
Bengkulu	84,27	6,86	7,13	1,71	0,03
Lampung	90,71	3,21	5,06	0,91	0,12
Kep, Bangka Belitung	87,59	5,47	5,66	1,09	0,20
Kepulauan Riau	68,99	24,44	4,32	1,41	0,84
DKI Jakarta	50,16	36,76	11,44	1,43	0,20
Jawa Barat	81,58	8,71	9,04	0,31	0,37
Jawa Tengah	90,77	2,36	6,35	0,24	0,28
DI Yogyakarta	77,40	14,07	7,92	0,45	0,16
Jawa Timur	90,76	4,32	4,25	0,36	0,31
Banten	81,52	13,13	4,97	0,05	0,33
B a l i	74,05	19,69	5,81	0,44	0,00
Nusa Tenggara Barat	88,30	2,78	8,15	0,35	0,42
Nusa Tenggara Timur	88,53	4,81	5,36	0,95	0,34
Kalimantan Barat	89,06	3,84	4,94	1,49	0,67
Kalimantan Tengah	75,74	7,69	8,52	7,99	0,06
Kalimantan Selatan	79,84	9,85	8,17	1,99	0,15
Kalimantan Timur	71,12	17,86	8,02	2,61	0,39
Kalimantan Utara	70,02	18,88	8,47	2,54	0,08
Sulawesi Utara	79,77	4,85	14,15	0,89	0,34
Sulawesi Tengah	85,37	5,22	7,81	1,39	0,21
Sulawesi Selatan	85,72	5,55	7,30	1,21	0,21
Sulawesi Tenggara	86,37	6,09	6,63	0,81	0,09
Gorontalo	82,93	2,79	13,19	0,90	0,18
Sulawesi Barat	90,99	2,36	5,46	1,16	0,03
M a l u k u	80,48	6,93	9,60	2,73	0,26
Maluku Utara	87,65	5,59	5,36	1,31	0,09
Papua Barat	72,50	13,28	9,75	4,37	0,10
Papua	85,16	6,96	4,70	3,02	0,16
<b>Indonesia</b>	<b>82,58</b>	<b>8,51</b>	<b>7,52</b>	<b>1,09</b>	<b>0,29</b>

### LAMPIRAN 30/APPENDIX 30

[Diolah dari Hasil Susenas KOR 2015 dan 2016/ Based on National Socio Economic Surveys KOR 2015 and 2016]

Provinsi Province	Penduduk yang Melakukan Perjalanan Wisata Menurut Daerah Tempat Tinggal (%) Population Who Made Recreational Trip During The Reference Period by Type of Area (%)					
	Perkotaan Urban		Perdesaan Rural		Perkotaan+Perdesaan Urban + Rural	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Aceh	3,75	5,51	1,64	2,09	2,24	3,08
Sumatera Utara	6,53	7,44	2,32	2,88	4,40	5,18
Sumatera Barat	9,88	10,33	3,49	4,40	6,03	6,83
R i a u	5,41	6,81	2,56	2,41	3,66	4,14
J a m b i	4,02	4,77	2,10	2,16	2,68	2,97
Sumatera Selatan	3,38	4,30	1,39	2,22	2,10	2,97
Bengkulu	4,42	11,21	2,76	4,35	3,28	6,52
Lampung	4,86	2,89	1,41	2,33	2,32	2,48
Kep. Bangka Belitung	20,71	16,72	11,08	10,33	15,82	13,57
Kepulauan Riau	6,00	7,50	3,24	4,10	5,55	6,97
DKI Jakarta	8,91	11,78	-	-	8,91	11,78
Jawa Barat	8,35	9,32	3,27	4,50	6,69	7,82
Jawa Tengah	7,98	9,18	4,76	4,96	6,24	6,94
DI Yogyakarta	14,98	18,64	8,39	10,08	12,77	15,90
Jawa Timur	8,03	10,18	3,47	4,70	5,66	7,38
Banten	7,41	10,52	2,49	3,48	5,84	8,34
B a l i	4,79	7,23	2,93	3,81	4,07	5,96
Nusa Tenggara Barat	8,11	7,13	2,24	3,30	4,72	4,96
Nusa Tenggara Timur	3,34	3,61	0,40	0,42	0,99	1,07
Kalimantan Barat	5,72	6,12	1,16	1,29	2,55	2,80
Kalimantan Tengah	3,94	5,71	2,67	2,63	3,11	3,72
Kalimantan Selatan	5,19	7,20	2,12	3,85	3,42	5,30
Kalimantan Timur	4,41	6,06	1,38	2,44	3,29	4,76
Kalimantan Utara	1,04	2,52	1,01	1,40	1,03	2,04
Sulawesi Utara	2,49	3,54	2,16	2,76	2,31	3,13
Sulawesi Tengah	3,44	3,05	1,44	1,58	1,94	1,95
Sulawesi Selatan	4,53	5,36	2,22	2,56	3,08	3,64
Sulawesi Tenggara	6,96	8,43	2,39	2,52	3,71	4,28
Gorontalo	7,61	8,29	3,24	4,95	4,76	6,15
Sulawesi Barat	5,32	6,01	1,38	1,59	2,17	2,49
M a l u k u	8,70	7,10	1,45	1,28	4,27	3,60
Maluku Utara	2,51	3,70	1,33	1,02	1,65	1,74
Papua Barat	4,12	1,04	1,56	1,80	2,53	1,51
Papua	2,99	6,00	0,58	1,05	1,22	2,35
<b>Indonesia</b>	<b>7,46</b>	<b>8,91</b>	<b>2,85</b>	<b>3,53</b>	<b>5,17</b>	<b>6,30</b>

Catatan/Note : ' Angka diperbaiki/Revised figures



## LAMPIRAN 31/APPENDIX 31

[Diolah dari Hasil Susenas / Based on National Socio Economic Survey]

Provinsi Province	Penduduk Berumur 10 Tahun ke Atas Menurut Jenis Kegiatan dan Daerah Tempat Tinggal (%), 2012								
	Population Aged 10 Years and Over by Types of Activity and Type of Area (%), 2012								
	Mendengarkan Radio Listening Radio			Menonton TV Watching Television			Membaca Surat Kabar/ Majalah Reading Newspaper		
	Perkotaan Urban	Perdesaan Rural	Jumlah Total	Perkotaan Urban	Perdesaan Rural	Jumlah Total	Perkotaan Urban	Perdesaan Rural	Jumlah Total
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
Aceh	21,23	13,42	15,57	94,44	87,01	89,06	42,75	27,04	31,38
Sumatera Utara	23,69	14,52	19,07	97,52	85,13	91,27	27,17	13,89	20,47
Sumatera Barat	17,20	12,41	14,21	93,95	87,76	90,09	29,39	12,04	18,46
R i a u	21,25	16,77	18,53	96,48	90,99	93,14	33,76	10,93	19,88
J a m b i	8,09	6,02	6,61	97,54	93,20	94,44	29,59	7,21	13,62
Sumatera Selatan	21,61	10,14	14,35	96,97	88,70	91,74	37,87	10,19	20,35
Bengkulu	20,51	9,49	12,92	97,67	87,88	90,92	38,32	11,40	19,77
Lampung	13,37	11,78	12,20	97,65	92,43	93,80	28,29	5,55	11,48
Kep. Bangka Belitung	22,52	20,52	21,52	97,84	93,19	95,52	37,71	9,87	23,84
Kepulauan Riau	20,21	25,19	21,16	97,42	94,32	96,83	47,16	14,69	40,98
DKI Jakarta	24,66	-	24,66	94,58	-	94,58	40,68	-	40,68
Jawa Barat	18,37	13,86	16,81	96,76	89,77	94,33	20,46	6,98	15,78
Jawa Tengah	25,34	21,56	23,30	94,90	92,87	93,80	20,76	8,35	14,05
DI Yogyakarta	33,49	37,80	34,92	95,26	90,02	93,52	41,48	21,56	34,89
Jawa Timur	24,41	21,41	22,85	96,07	92,20	94,06	25,26	7,75	16,16
Banten	18,64	15,52	17,63	96,42	90,90	94,62	25,12	6,46	19,04
B a l i	37,27	27,42	33,28	95,17	91,42	93,65	27,64	11,14	20,96
Nusa Tenggara Barat	12,26	6,30	8,75	91,65	81,59	85,73	15,75	5,26	9,57
Nusa Tenggara Timur	22,26	7,99	10,77	87,76	43,81	52,38	27,98	6,66	10,82
Kalimantan Barat	13,79	12,14	12,64	93,55	88,86	90,26	28,72	6,56	13,07
Kalimantan Tengah	12,32	10,77	11,28	97,22	84,76	88,84	31,00	5,73	14,01
Kalimantan Selatan	18,75	16,52	17,46	96,76	90,04	92,87	27,86	7,59	16,12
Kalimantan Timur	17,06	8,14	13,48	97,74	89,12	94,28	38,31	11,81	27,68
Sulawesi Utara	20,37	8,99	13,50	96,72	86,49	90,55	29,17	15,32	20,81
Sulawesi Tengah	14,06	6,74	8,47	97,23	85,95	88,61	26,82	5,17	10,28
Sulawesi Selatan	19,96	13,90	16,12	94,00	84,22	87,81	34,39	10,37	19,12
Sulawesi Tenggara	12,49	8,45	9,58	96,94	87,73	90,31	32,63	11,12	17,15
Gorontalo	31,98	33,16	32,77	90,15	76,82	81,25	16,09	8,40	10,88
Sulawesi Barat	13,68	9,99	10,84	94,63	81,96	84,88	29,49	10,54	14,90
M a l u k u	12,30	4,61	7,67	91,54	70,85	79,09	26,28	3,52	12,58
Maluku Utara	12,70	4,63	6,98	92,88	83,09	85,94	29,54	5,84	12,73
Papua Barat	26,76	13,77	17,76	93,75	61,43	71,35	36,60	8,22	16,93
Papua	32,21	7,41	14,37	87,37	20,65	39,38	22,72	4,34	9,50
<b>Indonesia</b>	<b>21,66</b>	<b>15,63</b>	<b>18,63</b>	<b>95,80</b>	<b>86,83</b>	<b>91,30</b>	<b>26,82</b>	<b>8,98</b>	<b>17,84</b>

## LAMPIRAN 32/APPENDIX 32

[Diolah dari Hasil Susenas KOR 2015 dan 2016/ Based on National Socio Economic Surveys KOR 2015 and 2016]

Provinsi Province	Rumah Tangga yang Mempunyai Akses Teknologi Informasi dan Komunikasi Menurut Jenis Alat Komunikasi dan Informasi (%) Household With Access to Communication and Information Technologies by Com- munication and Information Good (%)							
	Telepon Telephone		Telepon Seluler Mobile Cel- lular		Komputer Computer		Internet Internet	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Aceh	0,62	0,52	87,05	88,17	16,81	17,48	31,07	35,23
Sumatera Utara	2,30	1,65	90,63	90,96	14,22	14,97	35,23	40,44
Sumatera Barat	2,85	2,38	89,94	90,57	21,90	21,00	44,65	48,19
Riau	2,47	1,54	95,59	95,63	21,33	21,51	44,43	49,23
Jambi	2,53	1,90	92,12	91,72	18,02	17,81	39,44	42,81
Sumatera Selatan	3,44	2,83	90,56	91,05	14,48	15,10	35,74	39,10
Bengkulu	2,61	1,84	90,16	88,24	20,23	19,48	38,19	40,80
Lampung	1,77	1,11	89,87	90,82	11,68	11,48	27,66	33,61
Kep. Bangka Belitung	2,53	1,85	92,61	92,45	18,26	20,82	39,75	45,51
Kepulauan Riau	4,16	3,55	97,92	97,92	28,54	30,19	60,53	65,86
DKI Jakarta	18,36	15,46	98,04	97,68	36,95	35,66	74,32	76,96
Jawa Barat	4,18	3,75	87,65	88,27	17,33	17,93	44,67	49,43
Jawa Tengah	3,48	3,02	86,32	86,54	15,27	15,57	41,42	46,93
DI Yogyakarta	6,99	6,70	89,83	89,92	34,73	34,18	61,18	65,36
Jawa Timur	3,70	3,52	85,94	87,08	17,59	18,19	40,46	46,11
Banten	5,40	4,96	92,04	92,30	22,36	22,53	48,15	55,43
Bali	8,34	7,47	92,64	92,36	27,79	29,15	53,64	60,65
Nusa Tenggara Barat	1,05	0,92	80,86	83,52	12,58	13,46	27,76	34,59
Nusa Tenggara Timur	1,33	1,00	75,84	77,53	11,52	12,03	21,68	27,26
Kalimantan Barat	2,15	2,12	85,68	87,77	15,60	16,20	31,41	37,62
Kalimantan Tengah	1,76	1,99	92,41	92,05	19,64	21,84	38,17	42,95
Kalimantan Selatan	2,43	2,09	91,47	91,71	21,66	21,93	44,99	50,26
Kalimantan Timur	6,67	4,97	96,72	97,10	33,46	34,67	55,03	62,68
Kalimantan Utara	3,38	2,47	96,47	96,84	29,99	31,76	47,63	58,32
Sulawesi Utara	2,86	1,79	90,73	91,36	21,81	21,67	45,32	52,41
Sulawesi Tengah	1,87	1,25	84,53	84,48	16,88	16,80	32,31	35,55
Sulawesi Selatan	2,72	2,92	91,14	92,50	23,20	23,36	41,47	47,14
Sulawesi Tenggara	1,13	1,51	90,99	91,32	19,63	22,71	35,76	41,90
Gorontalo	1,03	0,86	88,13	89,51	16,71	17,63	37,92	45,92
Sulawesi Barat	0,58	0,18	79,36	84,59	14,68	16,04	26,81	33,71
Maluku	1,85	1,22	81,84	84,04	19,72	18,99	34,82	42,66
Maluku Utara	1,07	0,91	80,46	83,93	17,16	17,27	25,34	30,18
Papua Barat	1,22	0,82	81,86	83,33	21,66	21,01	34,61	39,39
Papua	1,18	0,60	47,27	50,60	11,49	11,60	16,28	19,26
<b>Indonesia</b>	<b>4,01</b>	<b>3,49</b>	<b>88,04</b>	<b>88,71</b>	<b>18,71</b>	<b>19,14</b>	<b>41,98</b>	<b>47,22</b>

### LAMPIRAN 33/APPENDIX 33

[Diolah dari Hasil Susenas KOR 2015 dan 2016/ Based on National Socio Economic Surveys KOR 2015 and 2016]

Provinsi Province	Rumah Tangga Penerima Kredit Usaha (%) Households Obtaining Loan (%)		Rumah Tangga Penerima Jaminan Pelayanan Kesehatan (%) * Households Receiving Health Security Services (%)	
	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Aceh	9,76	9,04	89,94	90,99
Sumatera Utara	10,38	10,62	47,61	54,54
Sumatera Barat	17,31	20,42	58,36	61,24
R i a u	11,25	10,30	54,58	58,77
J a m b i	10,26	11,61	38,92	44,97
Sumatera Selatan	8,04	7,74	81,62	91,10
Bengkulu	18,10	18,04	51,71	55,17
Lampung	9,82	10,33	45,99	50,90
Kep. Bangka Belitung	6,66	8,04	53,97	63,53
Kepulauan Riau	3,96	4,59	70,32	72,17
DKI Jakarta	4,44	3,84	67,47	74,48
Jawa Barat	11,80	15,14	52,62	58,37
Jawa Tengah	19,59	21,54	56,99	62,13
DI Yogyakarta	20,12	21,99	76,76	78,98
Jawa Timur	14,26	15,60	47,33	51,28
Banten	7,11	7,85	55,02	58,42
B a l i	19,87	23,03	85,99	84,03
Nusa Tenggara Barat	14,73	15,76	53,40	60,71
Nusa Tenggara Timur	14,56	18,29	70,25	72,25
Kalimantan Barat	8,99	10,26	38,12	41,84
Kalimantan Tengah	8,93	11,82	45,82	54,95
Kalimantan Selatan	8,31	9,89	59,16	67,91
Kalimantan Timur	7,36	8,97	76,01	79,17
Kalimantan Utara	6,59	7,01	63,16	65,03
Sulawesi Utara	12,90	10,86	58,66	60,68
Sulawesi Tengah	16,76	16,02	59,95	63,24
Sulawesi Selatan	11,47	12,65	78,68	66,99
Sulawesi Tenggara	11,74	11,94	64,05	63,17
Gorontalo	23,71	23,63	76,71	79,81
Sulawesi Barat	10,65	13,27	66,56	79,18
M a l u k u	4,67	5,49	58,05	61,82
Maluku Utara	5,39	5,72	63,23	63,95
Papua Barat	7,89	7,04	76,97	85,86
Papua	7,66	5,16	66,02	76,60
<b>Indonesia</b>	<b>12,66</b>	<b>14,10</b>	<b>57,12</b>	<b>61,62</b>

Catatan : \* Rumah tangga dikatakan Penerima Jaminan Pelayanan Kesehatan Gratis jika minimal ada satu

anggota rumah tangga yang menerima jaminan pelayanan kesehatan kesehatan

Note : \*A household is recorded as Receiving Free Health Services if used at least by one of the household member,

## LAMPIRAN 34/APPENDIX 34

[Diolah dari Hasil Susenas KOR 2015 dan 2016/ Based on National Socio Economic Surveys KOR 2015 and 2016

Provinsi Province	Penduduk yang Pernah Menjadi Korban Kejahatan Menurut Daerah Tempat Tinggal (%) Population Who Ever Became the Victim of Criminal Acts by Type of Area (%)					
	Perkotaan Urban		Perdesaan Rural		Perkotaan+Perdesaan Urban + Rural	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Aceh	1,06	1,01	0,50	0,52	0,66	0,66
Sumatera Utara	1,07	1,14	0,59	0,75	0,83	0,94
Sumatera Barat	1,23	1,20	0,53	0,69	0,81	0,90
R i a u	1,58	1,42	0,83	1,03	1,12	1,18
J a m b i	1,14	0,87	0,88	0,97	0,96	0,94
Sumatera Selatan	1,36	1,25	1,19	0,99	1,25	1,08
Bengkulu	1,51	1,62	1,16	1,06	1,27	1,24
Lampung	1,35	1,05	1,33	1,12	1,34	1,10
Kep. Bangka Belitung	0,90	0,65	1,14	0,55	1,03	0,60
Kepulauan Riau	0,87	0,93	0,35	0,24	0,79	0,82
DKI Jakarta	1,27	1,38	-	-	1,27	1,38
Jawa Barat	1,10	0,91	0,80	0,87	1,00	0,90
Jawa Tengah	1,07	1,05	0,78	0,61	0,91	0,82
DI Yogyakarta	1,91	1,48	0,37	0,50	1,39	1,17
Jawa Timur	1,11	0,93	0,86	0,67	0,98	0,80
Banten	0,97	1,09	0,77	0,54	0,91	0,92
B a l i	0,80	0,81	0,63	0,49	0,74	0,69
Nusa Tenggara Barat	1,79	1,35	1,80	1,61	1,80	1,50
Nusa Tenggara Timur	0,90	1,23	0,94	1,07	0,93	1,10
Kalimantan Barat	1,19	1,04	0,33	0,31	0,60	0,54
Kalimantan Tengah	0,92	1,12	0,55	0,46	0,68	0,69
Kalimantan Selatan	1,17	1,12	0,83	0,82	0,97	0,95
Kalimantan Timur	0,82	1,24	0,24	0,56	0,61	1,00
Kalimantan Utara	1,46	1,56	0,30	0,61	0,95	1,15
Sulawesi Utara	1,28	1,28	1,04	0,88	1,15	1,07
Sulawesi Tengah	2,15	2,47	1,00	0,97	1,29	1,35
Sulawesi Selatan	1,03	1,24	0,73	0,62	0,84	0,86
Sulawesi Tenggara	2,32	2,32	0,98	0,78	1,37	1,24
Gorontalo	1,79	0,77	0,69	1,09	1,07	0,97
Sulawesi Barat	0,68	1,20	0,66	0,69	0,66	0,80
M a l u k u	1,42	1,29	0,71	0,73	0,99	0,95
Maluku Utara	1,32	1,57	0,48	0,76	0,71	0,98
Papua Barat	1,77	1,31	1,10	0,84	1,36	1,02
Papua	1,64	1,01	1,23	1,28	1,34	1,21
<b>Indonesia</b>	<b>1,16</b>	<b>1,08</b>	<b>0,83</b>	<b>0,78</b>	<b>1,00</b>	<b>0,93</b>

## ISTILAH TEKNIS/TECHNICAL NOTES

### **Air Minum Bersih**

Air yang bersumber dari ledeng, air kemasan, serta pompa, sumur terlindung dan mata air terlindung yang jarak ke tempat pembuangan limbah (septic tank) > 10 meter.

### **Safe Drinking Water**

*The drinking water sourced from piped water, packaged water, pump, protected well, and protected spring with the distance to septic tank more than 10 meters.*

### **Angka Beban Tanggungan**

Angka yang menyatakan perbandingan antara penduduk usia tidak produktif (di bawah 15 tahun dan 65 tahun ke atas) dengan penduduk usia produktif (antara 15 sampai 64 tahun) dikalikan 100.

### **Dependency Ratio**

*Ratio of population aged under 15 and 65 years and over (unproductive age) to population aged between 15 - 64 years (productive age), multiplied by 100.*

### **Angka Harapan Hidup pada waktu Lahir**

Perkiraan lama hidup rata-rata penduduk dengan asumsi tidak ada perubahan pola mortalitas menurut umur.

### **Life Expectancy at Birth**

*Average number of years that a member of a "cohort" of births would be expected to live if the cohort were subject to the mortality conditions expressed by a particular set of "age-specific mortality rates".*

### **Angka Kematian Bayi**

Probabilitas bayi meninggal sebelum mencapai usia satu tahun (dinyatakan dengan per seribu kelahiran hidup).

### **Infant Mortality Rate**

*Probability of infants dying before reaching exact age of one (represented in per one thousand life births).*

### **Angka Kelahiran Menurut Umur (ASFR)**

Banyaknya kelahiran per seribu wanita dari golongan umur 15-49 tahun yang terjadi pada waktu tertentu.

### **Age Specific Fertility Rate (ASFR)**

*The number of births occur during a specified period to women of specific age or age group (15-49 yers old).*

### **Angka Kelahiran Total**

Banyaknya anak yang diperkirakan dilahirkan oleh wanita selama masa reproduksi dengan anggapan bahwa perilaku kelahirannya mengikuti pola kelahiran tertentu tanpa memperhitungkan angka kelangsungan hidup wanita.

### **Total Fertility Rate (TFR)**

*The average number of children that would be born per woman if all women lived to the end of their child bearing years and bore children according to a give set of "age specific fertility rate" also referred to as total fertility.*

### **Angka Kelahiran Kasar**

Angka yang menunjukkan banyaknya kelahiran untuk setiap seribu penduduk yang terjadi di suatu daerah pada waktu tertentu.

### **Crude Birth Rate (CBR)**

*The rate showing the number of births per 1,000 population in a region at given period.*

### **Angka Kesakitan**

Persentase penduduk yang mengalami keluhan kesehatan hingga mengganggu aktivitas sehari-hari.

### **Morbidity**

*Percentage of population experiencing health complaint disturbing their daily activities.*

**Angka Melek Huruf**

Proporsi penduduk usia 15 tahun ke atas yang dapat membaca dan menulis dalam huruf latin atau lainnya.

**Angka Partisipasi Sekolah**

Rasio anak yang sekolah pada kelompok umur tertentu terhadap jumlah penduduk pada kelompok umur yang sama.

**Angka Putus Sekolah**

Proporsi anak usia sekolah yang sudah tidak bersekolah lagi atau yang tidak menamatkan suatu jenjang pendidikan tertentu.

**Angka Partisipasi Murni**

Proporsi anak sekolah pada satu kelompok umur tertentu yang bersekolah tepat pada tingkat yang sesuai dengan kelompok umurnya.

**Angkatan Kerja**

Penduduk usia kerja (15 tahun ke atas) yang bekerja, atau punya pekerjaan namun sementara tidak bekerja, dan yang mencari pekerjaan.

**Bekerja**

Melakukan kegiatan/pekerjaan dengan maksud untuk memperoleh atau membantu memperoleh pendapatan atau keuntungan dan lamanya bekerja paling sedikit satu jam terus-menerus dalam seminggu yang lalu (termasuk pekerja keluarga tanpa upah yang membantu dalam suatu usaha/kegiatan ekonomi). Mereka yang mempunyai pekerjaan tetap tetapi sementara tidak bekerja dianggap sebagai bekerja.

**Indeks Gini**

Ukuran pemerataan pendapatan yang dihitung berdasarkan kelas pendapatan. Nilai Koefisien Gini terletak antara nol yang mencerminkan pemerataan sempurna dan satu yang menggambarkan ketidakmerataan sempurna.

**Jumlah Jam Kerja Seluruhnya**

Jumlah jam kerja yang digunakan untuk bekerja (tidak termasuk jam kerja istirahat resmi dan jam kerja yang digunakan untuk hal-hal diluar pekerjaan).

**Literacy Rate**

*Proportion of population aged 15 years and over who are able to read and write in Roman alphabet or others.*

**School Enrollment Ratio**

*Ratio between children at certain age and the schooling-age population at the same age.*

**Drop-Out Rate**

*Proportion of schooling-age population who were not attending school anymore or did not complete their last educational level.*

**Net Enrollment Ratio**

*Ratio between children at certain age in level education and schooling-age population at the same level.*

**Labour Force**

*Population aged 15 years and over who were working, or had a job but temporarily absent from work, and those who were looking for work.*

**Working**

*Persons who worked at least one hour continously during the reference week to earn income or profit, or who had a job but temporarily out of work.*

**Gini Index**

*The measure of income distribution calculated based on income classes. Gini ratio lies between null (zero), reflects 'perfect equality' to one (1) which reflects 'perfect inequality'.*

**Total Working Hours**

*Total working hours is the total hours taken by an employment to do a certain job in all industries (excluding the time use for other activities which are not classified as work).*

**Kepadatan Penduduk**

Rata-rata banyaknya penduduk per kilometer persegi.

**Population Density**

Average number of people per square kilometer.

**Lapangan Usaha**

Bidang kegiatan dari pekerjaan/tempat bekerja dimana seseorang bekerja. Kegiatan ini mengacu pada Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) dalam satu digit.

**Main Industry**

It is a main industry of field of work of a person's activity or establishment. This activity is classified according to Indonesia Standard Industrial Classification (KBLI) in one digit.

**Masih Bersekolah**

Sedang mengikuti pendidikan di pendidikan dasar, menengah atau tinggi.

**Attending School**

Attending School is when someone currently attending primary, high school and college .

**Penduduk Usia Kerja**

Penduduk yang berumur 15 tahun ke atas.

**Working Age Population**

The population aged 15 years and over.

**Penganggur**

Mereka yang termasuk dalam angkatan kerja dan tidak bekerja tetapi mencari pekerjaan.

**Unemployed**

Population in the labor force who do not have jobs, and are looking for job.

**Pengangguran Terbuka**

Mereka yang termasuk pengangguran terbuka adalah :

**Open Unemployment**

According to ILO concept of Unemployment, it consist of :

- yang mencari pekerjaan
- yang mempersiapkan usaha
- yang tidak mencari pekerjaan, karena merasa tidak mungkin mendapatkan pekerjaan
- yang sudah mempunyai pekerjaan tetapi belum mulai bekerja.

- People without work but looking for work
- People without work who have established a new business/firm
- People without work who were not looking for work, because they do not expect to find work
- People who have made arrangements to start work on a date subsequent to the reference period (future start).

**Pengeluaran**

Pengeluaran untuk makanan dan bukan makanan. Makanan mencakup seluruh jenis makanan termasuk makanan jadi, minuman, tembakau dan sirih. Bukan makanan mencakup perumahan, sandang, biaya kesehatan, sekolah, dan sebagainya.

**Expenditure**

The expenditure for food, and non-food commodities. Food covers all kinds of food including prepared food, beverages, tobacco, and betel vine. Non-food commodities include housing, clothes, health expense, school, tuition and fees.

**Pekerja Tidak Dibayar**

seseorang yang bekerja membantu usaha untuk memperoleh penghasilan/keuntungan yang dilakukan oleh salah seorang anggota rumah tangga atau bukan anggota rumah tangga tanpa mendapat gaji

**Unpaid Worker**

People who work without pay in an establishment run by other members of the family, relatives or neighbours.



### **Perjalanan**

Melakukan perjalanan pergi pulang (PP) sejauh minimal 100 Kilometer dan tidak dalam rangka mencari nafkah dan tidak dilakukan secara rutin

### **Perkotaan**

Karakteristik sosial ekonomi dari wilayah administratif terkecil. Wilayah ini dikatakan sebagai perkotaan jika memenuhi persyaratan tertentu dalam hal kepadatan penduduk, lapangan kegiatan ekonomi utama, fasilitas-fasilitas perkotaan (jalan raya, sarana pendidikan formal, sarana kesehatan umum, dan sebagainya). Secara operasional penentuan daerah perkotaan dibuat dengan sistim skoring tertentu. Prosedur penentuan daerah perkotaan berlaku sejak tahun 1980 dan masih berlaku hingga saat ini.

### **Peserta Keluarga Berencana (Akseptor)**

Orang yang mempraktekkan salah satu metode kontrasepsi.

### **Rasio Jenis Kelamin**

Perbandingan antara jumlah penduduk laki-laki dan perempuan di suatu daerah pada waktu tertentu.

### **Rata-Rata Lama Sekolah**

Rata-rata jumlah tahun yang dihabiskan oleh penduduk berusia 15 tahun ke atas untuk menempuh semua jenis pendidikan formal yang pernah dijalani.

### **Status Gizi**

Keadaan tubuh anak atau bayi dilihat dari berat badan menurut umur. Kategori status gizi ini dibuat berdasarkan Standar WHO/NCHS.

### **Status Pekerjaan**

kedudukan seseorang dalam unit usaha/kegiatan dalam melakukan pekerjaan.

### **Tamat Sekolah**

Menyelesaikan pelajaran pada kelas atau tingkat terakhir suatu jenjang sekolah di sekolah negeri maupun swasta dengan

### **Travelling**

*Return trip that passing through at least 100 kilometres to a place for the purpose of not doing work and not done regularly.*

### **Urban**

*Socio economic characteristics of the smallest unit of an administrative area. An area is defined as urban if it satisfies certain criteria in terms of population density, percentage of agricultural households, urban facilities (road, formal educational facilities, public health service, etc.). Operationally, an urban area is determined based on a certain scoring system of which CBS has been using since 1980.*

### **Family Planning Acceptor**

*A person who practices one or more contraceptive methods.*

### **Sex Ratio**

*The ratio of male population to female population in a region at given period.*

### **Means Years of Schooling**

*The estimated average (mean) years of completed schooling for the total population aged 15 or over who have any status of educational attainment.*

### **Nutritional Status**

*The physical condition of children or infants as measured by weight per age. WHO-NCHS standards are used as measurement references.*

### **Employment Status**

*The employment status of a person at his place of work or establishment where he was employed.*

### **Completed School**

*Completed school is when someone completed study program at one level of education in*

mendapatkan tanda tamat ijazah. Orang yang belum mengikuti pelajaran pada kelas tertinggi tetapi telah mengikuti ujian dan lulus dianggap tamat sekolah.

*private or public school by owning certificate.*

**Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja**

Persentase angkatan kerja terhadap penduduk usia kerja.

***Labor Force Participation Rate***

*Labor force as a percentage of the working age population.*

**Tingkat Pertumbuhan Penduduk**

Angka yang menunjukkan tingkat pertambahan penduduk per tahun dalam jangka waktu tertentu. Angka ini dinyatakan sebagai persentase.

***Rate of Population Growth***

*The rate at which a population is increasing (or decreasing) in a given year and expressed as a percentage of the base population.*

<https://www.bps.go.id>

## SUMBER DATA/SOURCES OF DATA

### Sensus Penduduk

sensus Penduduk (SP) diselenggarakan tiap 10 tahun untuk mengumpulkan data dasar penduduk dan rumah tangga di seluruh wilayah geografis Indonesia. Sejak era kemerdekaan Indonesia telah menyelenggarakan 6 kali sensus penduduk yaitu pada tahun 1961, 1971, 1980, 1990, 2000 dan 2010.

SP menggunakan dua tahap pencacahan; yaitu, pencacahan lengkap dan pencacahan secara sampel. Pencacahan lengkap meliputi semua orang yang berada di wilayah geografis Indonesia, baik Warga Negara Indonesia maupun Warga Negara Asing (kecuali anggota Korps Diplomatik beserta keluarganya), awak kapal berbendera Indonesia dalam perairan Indonesia, maupun para tuna wisma (gelandangan) yang tidak mempunyai tempat tinggal tetap. Pencacahan sampel mencakup semua penduduk yang bertempat tinggal di blok-blok sensus/wilayah pencacahan yang terpilih secara acak dan mencakup sekitar 5 persen rumah tangga.

### Survei Sosial Ekonomi Nasional

Kegiatan Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) dimulai pada tahun 1963. Sampai dengan tahun 2015 telah diadakan 45 kali survei. Susenas mengumpulkan data kependudukan, pendidikan, kesehatan/gizi, perumahan/lingkungan hidup, kegiatan sosial budaya, konsumsi dan pendapatan rumah tangga, dan perjalanan. Karakteristik sosial ekonomi penduduk yang umum dikumpulkan melalui pertanyaan kor (pokok) setiap tahun. Karakteristik sosial ekonomi penduduk yang lebih spesifik, dikumpulkan melalui pertanyaan modul setiap tiga tahun. Pertanyaan-pertanyaan yang dikumpulkan secara berkala dalam pertanyaan modul adalah:

- (a) Konsumsi/Pengeluaran

### Population Census

*In Indonesia population censuses were carried out in 1961, 1971, 1980, 1990 and 2000.*

*Every census employs two enumeration methods: complete enumeration and sample enumeration. The complete enumeration counts every person residing in the geographic area of the country at the census date except to the diplomatic corps and their families. A few simple questions with respect to basic personal characteristics are asked during the complete enumeration by trained interviewers. The sample enumeration collects relatively detailed information of households and individuals in selected households with sample size about 5 percent of the total households.*

### National Socioeconomic Survey

*Since 1963 the National Socioeconomic Survey (Susenas) has been a major source of households information on social and economic characteristics in Indonesia. Susenas has been carried out 45 times including Susenas 2015. The survey collects information on population, health and nutrition, education, household expenditure, housing and environment, and recreational trips. Basic data on individual and household characteristics are collected annually using core questionnaire. The much more detailed information of households or their members are collected using "module" questionnaire. The same module questions are asked in every three year. The most frequent Susenas module are:*

- (a) Consumption/Expenditure,

- (b) Kesehatan, Perumahan dan Pemukiman
- (c) Sosial Budaya dan Pendidikan.

- (b) *Health, Housing, and Environment,*
- (c) *Socio Culture, and Education.*

Sampai tahun 1991 ukuran sampel Susenas beragam dari 25 ribu sampai 100 ribu rumah tangga. Pada tahun 1992, sistem pengumpulan data Susenas diperbaharui, yaitu informasi yang digunakan untuk menyusun Inkesra yang terdapat dalam modul (keterangan yang dikumpulkan tiga tahun sekali) ditarik ke dalam kor (kelompok keterangan yang dikumpulkan tiap tahun). Pada tahun 1993 ukuran sampelnya menjadi sekitar 205 ribu rumah tangga. Seiring dengan bertambahnya jumlah penduduk, jumlah sampel rumah tangga juga meningkat. Pada tahun 2010, jumlah sampel rumah tangga mencapai lebih dari 300 ribu rumah tangga tepatnya sekitar 304.368 rumah tangga. Peningkatan jumlah sampel tersebut akan memungkinkan dilakukan penyajian data sampai tingkat kabupaten/kotamadya. Dengan adanya peningkatan jumlah sampel tersebut BPS melibatkan mitra statistik selain mantri statistik dalam pelaksanaan pengumpulan data di lapangan. Mulai tahun 2011 Susenas dilaksanakan secara Triwulan yaitu Triwulan I dilaksanakan bulan Maret, Triwulan II dilaksanakan bulan Juni, Triwulan III dilaksanakan bulan September, dan Triwulan IV dilaksanakan bulan Desember. Setiap Triwulan didistribusikan sampel sebanyak 75.000 rumah tangga.

*Until 1991 the sample size of Susenas varied accross periods (years) ranging from 25 000 to 100 000 households. Since 1993 the sample size of Susenas was around 205 000 households, so that data at Regency/Municipality level can be produced. In line with the increase of population, the sample size has also increased. In the 2010 Susenas, the sample size was more than 300,000 households, exactly at 304,368 households. Starting 2011 Susenas implemented in quarterly i.e. The First Quarter of 2011 Susenas held in March, the Second Quarter held in June, the Third Quarter held in September, and the Fourth Quarter held in December. Each quarter distribute about 75,000 households sample.*

Susenas 2015 dilaksanakan di seluruh provinsi di Indonesia (34 provinsi) dengan ukuran sampel 300.000 rumah tangga yang tersebar di 511 kabupaten/kota di Indonesia. Sampel tidak termasuk rumah tangga yang tinggal dalam blok sensus khusus dan rumah tangga khusus seperti asrama, penjara, dan sejenisnya tetapi rumah tangga yang berada di blok sensus biasa.

*Susenas 2015 was carried out in all Indonesia's provinces (34 provinces) with a sample size 300 000 households in 511 district/ municipalities, excluding households belonging to specific census block and specific households such as orphanage, residence hall, dormitory, hostel, prison, military barracks, and the like even if they are located in ordinary block census.*

### **Survei Angkatan Kerja Nasional**

Kegiatan Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) pertama kali dilakukan pada tahun 1976 untuk melengkapi data kependudukan

### **National Labor Force Survey**

*The first three National Labor Force Survey (Sakernas) were conducted in 1976, 1978, and 1982. During 1986 - 1993 Sakernas had been*

khususnya ketenagakerjaan. Sejak tahun 1986-1993, pelaksanaan Sakernas dilakukan 4 kali dalam setahun pada bulan-bulan Februari, Mei, Agustus, dan November. Tetapi mulai 1994-2001 pelaksanaannya dilakukan sekali dalam setahun yaitu sekitar bulan Agustus dengan sampel sekitar 65.000 rumah tangga. Selama periode tahun 2002-2004, Sakernas selain dilakukan secara triwulanan juga dilakukan secara tahunan. Pada tahun 2005 - 2016 Sakernas dilakukan semesteran. Untuk tahun 2005, Sakernas dilakukan pada bulan Februari dan November, sedangkan pada tahun 2006 - 2016 dilakukan pada bulan Februari dan Agustus.

### **Sumber Data Lainnya**

Selain dari sensus dan survei, Publikasi Indikator Kesejahteraan Rakyat juga menggunakan data yang berasal dari catatan administrasi Kementerian/Instansi Pemerintah di luar BPS sebagai sumber data sekunder yaitu dari Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan dan Kementerian Kesehatan.

*carried out quarterly in February, May, August, and November. However, since 1994 it has been carried out once a year with sample size of about 65 000 households. During 2002-2004 the survey had been carried out quarterly again, but in 2005 it was carried out in February and November. Meanwhile, during the period 2006-2016 it was carried out every February and August. The objective of Sakernas is to collect data on employment through household approach.*

### **Other Data Sources**

*This publication also utilized secondary data from the Ministry of Education and Culture, and Ministry of Health.*

# DATA

## MENCERDASKAN BANGSA



**Badan Pusat Statistik**

Jln. dr Sutomo No. 6-8 Jakarta 10710

Telp: (021) 3841195, 3842508, 3810291, Fax: (021) 3857046

Email: [bpsdq@bps.go.id](mailto:bpsdq@bps.go.id) Homepage: <http://www.bps.go.id>

ISSN 0215-4641



9 770215 464003