



REPUBLIK INDONESIA

**1** TANPA  
KEMISKINAN



**2** TANPA  
KELAPARAN



**3** KEHIDUPAN SEHAT  
DAN SEJAHTERA



**4** PENDIDIKAN  
BERKUALITAS



**5** KESETARAAN  
GENDER



# METADATA INDIKATOR

TUJUAN PEMBANGUNAN BERKELANJUTAN (TPB)/  
SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS (SDGs) INDONESIA

# PILAR PEMBANGUNAN SOSIAL





REPUBLIK INDONESIA

**1** TANPA  
KEMISKINAN



**2** TANPA  
KELAPARAN



**3** KEHIDUPAN SEHAT  
DAN SEJAHTERA



**4** PENDIDIKAN  
BERKUALITAS



**5** KESETARAAN  
GENDER



# METADATA INDIKATOR

*TUJUAN PEMBANGUNAN BERKELANJUTAN (TPB)/  
SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS (SDGs) INDONESIA*

# PILAR PEMBANGUNAN SOSIAL

**Metadata Indikator Tujuan Pembangunan Berkelanjutan(TPB)/  
*Sustainable Development Goals (SDGs)* Indonesia  
Pilar Pembangunan Sosial**



**ISBN** : 978-602-1154-86-1

**Penyelaras Akhir** : Gellwynn Jusuf, Wahyuningsih Darajati.

**Tim Penyusun** : Kementerian PPN/Bappenas dan Kementerian Lembaga Terkait, Filantropi dan Pelaku Usaha, Akademisi dan Organisasi Kemasyarakatan.

**Penata Isi** : Sekretariat TPB Kementerian PPN/Bappenas.

**Diterbitkan Oleh :**

Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/ Bappenas.

Isi dan materi yang ada dalam buku ini dapat diproduksi dan disebarluaskan dengan tidak mengurangi isi dan arti dari dokumen ini. Diperbolehkan untuk mengutip isi buku ini dengan menyebutkan sumbernya.

# KATA PENGANTAR

Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB)/*Sustainable Development Goals* (SDGs) atau Agenda 2030 telah dideklarasikan pada tanggal 25 September 2015, bertepatan dengan berlangsungnya *United Nations General Assembly* (UNGA) di kantor Perserikatan Bangsa-Bangsa, New York, Amerika Serikat. TPB/ SDGs yang cakupan dan substansinya selaras dengan Nawacita, terdiri atas 17 Tujuan dan 169 Target. Tujuan dan target tersebut menggambarkan visi dan ruang lingkup agenda pembangunan global yang inklusif dan multidimensi, yang akan menjadi panduan bagi komunitas global selama 15 tahun ke depan untuk mewujudkan kesejahteraan masyarakat global.

Perserikatan Bangsa-Bangsa melalui Divisi Statistik UN-DESA telah mengeluarkan metadata 241 indikator (versi Maret 2016) untuk mengukur pencapaian target TPB/ SDGs. Berdasarkan Metadata Indikator SDGs Global tersebut, telah dikembangkan Metadata Indikator TPB/SDGs Indonesia yang meliputi 17 Tujuan, 169 Target dan 319 Indikator. Indikator-indikator SDGs dibagi dalam 3 (tiga) kategori, meliputi “kategori pertama” dengan tanda (\*), adalah indikator yang sesuai dengan indikator global; “kategori kedua,” adalah indikator dengan keterangan huruf (a, b, ...) di belakang nomor merupakan indikator nasional sebagai proksi indikator global; dan “kategori ketiga,” adalah indikator global yang belum didefinisikan dan akan dikembangkan.

Dokumen Metadata Indikator TPB/SDGs Indonesia dibagi dalam 4 (empat) dokumen besar yang tidak terpisahkan, yaitu: (1) dokumen Metadata Indikator SDGs Indonesia untuk **Pilar Pembangunan Sosial** yang mencakup Tujuan 1, 2, 3, 4, dan 5; (2) **Pilar Pembangunan Ekonomi** yang mencakup Tujuan 7, 8, 9, 10, dan 17; (3) **Pilar Pembangunan Lingkungan** yang mencakup Tujuan 6, 11, 12, 13, 14, dan 15; dan (4) **Pilar Pembangunan Hukum dan Tata Kelola** yaitu untuk Tujuan 16.

Metadata Indikator TPB/SDGs Indonesia disusun untuk memberikan pengertian dan pemahaman yang sama atas setiap indikator yang akan digunakan oleh seluruh pemangku kepentingan dalam penyusunan perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi, serta pelaporan TPB/SDGs. Metadata ini juga menjadi acuan untuk mengukur pencapaian TPB/SDGs Indonesia agar dapat dibandingkan dengan negara-negara lain di dunia serta keterbandingan antarprovinsi dan antarakabupaten/kota di Indonesia.

Proses penyusunan Metadata Indikator TPB/SDGs Indonesia untuk setiap Tujuan dilakukan bersama secara inklusif dengan melibatkan 4 (empat) *platform*, yang terdiri atas unsur pemerintah, filantropi dan pelaku usaha, organisasi kemasyarakatan serta akademisi dan pakar, yang dikoordinasikan oleh Kementerian PPN/Bappenas. Proses tersebut dilakukan melalui serangkaian pertemuan dan diskusi serta konsultasi *offline* dan *online* untuk mendapatkan masukan.

Dengan telah selesainya penyusunan Metadata Indikator TPB/SDGs Indonesia, kami mengucapkan terima kasih atas sumbangsih pemikiran kepada seluruh pihak yang terlibat, berperan dan berpartisipasi secara intensif. Semoga dokumen ini bermanfaat untuk memberikan arah yang jelas dalam pencapaian TPB/SDGs Indonesia guna mewujudkan kesejahteraan rakyat Indonesia, yang sekaligus memberikan sumbangan terhadap pencapaian sasaran global.

Jakarta, Juli 2017



**Gellwynn Jusuf**

Deputi Bidang Kemaritiman dan Sumber Daya Alam,  
Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/  
BAPPENAS

# DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR</b> .....	i
<b>DAFTAR ISI</b> .....	iii

<b>TUJUAN 1</b>	<b>MENGAKHIRI KEMISKINAN DALAM SEGALA BENTUK DIMANAPUN</b> .....	<b>1</b>
-----------------	--	----------

INDIKATOR 1.2.1 *	Persentase penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan nasional, menurut jenis kelamin dan kelompok umur. ....	7
INDIKATOR 1.3.1.(a)	Proporsi peserta jaminan kesehatan melalui SJSN Bidang Kesehatan .....	9
INDIKATOR 1.3.1.(b)	Proporsi peserta Program Jaminan Sosial Bidang Ketenagakerjaan.....	11
INDIKATOR 1.3.1.(c)	Persentase penyandang disabilitas yang miskin dan rentan yang terpenuhi hak dasarnya dan inklusivitas .....	13
INDIKATOR 1.3.1.(d)	Jumlah rumah tangga yang mendapatkan bantuan tunai bersyarat/Program Keluarga Harapan.....	15
INDIKATOR 1.4.1.(a)	Persentase perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan ....	17
INDIKATOR 1.4.1.(b)	Persentase anak umur 12-23 bulan yang menerima imunisasi dasar lengkap.....	19
INDIKATOR 1.4.1.(c)	Prevalensi penggunaan metode kontrasepsi (CPR) semua cara pada Pasangan Usia Subur (PUS) usia 15-49 tahun yang berstatus kawin .....	20
INDIKATOR 1.4.1.(d)	Persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap layanan sumber air minum layak dan berkelanjutan.....	22
INDIKATOR 1.4.1.(e)	Persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap layanan sanitasi layak dan berkelanjutan.....	24
INDIKATOR 1.4.1.(f)	Persentase rumah tangga kumuh perkotaan .....	26
INDIKATOR 1.4.1.(g)	Angka Partisipasi Murni (APM) SD/MI/ sederajat.....	28
INDIKATOR 1.4.1.(h)	Angka Partisipasi Murni (APM) SMP/MTs/ sederajat.....	29
INDIKATOR 1.4.1.(i)	Angka Partisipasi Murni (APM) SMA/MA/ sederajat.....	30
INDIKATOR 1.4.1.(j)	Persentase penduduk umur 0-17 tahun dengan kepemilikan akta kelahiran .....	32
INDIKATOR 1.4.1.(k)	Persentase rumah tangga miskin dan rentan yang sumber penerangan utamanya listrik baik dari PLN dan bukan PLN.....	34





INDIKATOR 2.2.2.(c)	Kualitas konsumsi pangan yang diindikasikan oleh skor Pola Pangan Harapan (PPH) mencapai; dan tingkat konsumsi ikan .....	87
INDIKATOR 2.3.1*	Nilai Tambah Pertanian dibagi jumlah tenaga kerja di sektor pertanian (rupiah per tenaga kerja).....	90
INDIKATOR 2.5.1*	Jumlah varietas unggul tanaman dan hewan untuk pangan yang dilepas .....	91
INDIKATOR 2.5.2*	Proporsi hewan ternak dan sejenisnya, diklasifikasikan menurut tingkat risiko kepunahan: berisiko, tidak berisiko, dan risiko yang tidak diketahui .....	93

### **TUJUAN 3**

### **MENJAMIN KEHIDUPAN YANG SEHAT DAN MENINGKATKAN KESEJAHTERAAN SELURUH PENDUDUK SEMUA USIA ..... 97**

INDIKATOR 3.1.1*	Angka Kematian Ibu (AKI) .....	103
INDIKATOR 3.1.2*	Proporsi perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih .....	105
INDIKATOR 3.1.2.(a)	Persentase perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan ..	107
INDIKATOR 3.2.1*	Angka Kematian Balita (AKBa) per 1.000 kelahiran hidup.....	109
INDIKATOR 3.2.2*	Angka Kematian Neonatal (AKN) per 1.000 kelahiran hidup.....	110
INDIKATOR 3.2.2.(a)	Angka kematian bayi (AKB) per 1.000 kelahiran hidup .....	112
INDIKATOR 3.2.2.(b)	Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap pada bayi.....	114
INDIKATOR 3.3.1.(a)	Prevalensi HIV pada populasi dewasa.....	116
INDIKATOR 3.3.2.(a)	Insidens Tuberkulosis (ITB) per 100.000 penduduk.....	118
INDIKATOR 3.3.3*	Kejadian Malaria per 1.000 orang. ....	119
INDIKATOR 3.3.3.(a)	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria....	121
INDIKATOR 3.3.4.(a)	Persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini untuk infeksi hepatitis B.....	122
INDIKATOR 3.3.5*	Jumlah orang yang memerlukan intervensi terhadap penyakit tropis yang terabaikan (Filariasis dan Kusta) .....	124
INDIKATOR 3.3.5.(a)	Jumlah provinsi dengan Eliminasi Kusta .....	128
INDIKATOR 3.3.5.(b)	Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi filariasis (berhasil lolos dalam survei penilaian transmisi tahap I) .....	129
INDIKATOR 3.4.1.(a)	Persentase merokok pada penduduk umur $\leq 18$ tahun .....	131
INDIKATOR 3.4.1.(b)	Prevalensi tekanan darah tinggi .....	132
INDIKATOR 3.4.1.(c)	Prevalensi obesitas pada penduduk umur $\geq 18$ tahun .....	134

INDIKATOR 3.4.2*	Angka kematian (insidens rate) akibat bunuh diri.....	136
INDIKATOR 3.4.2.(a)	Jumlah kabupaten/kota yang memiliki puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa .....	138
INDIKATOR 3.5.1.(a)	Jumlah penyalah guna narkotika dan pengguna alkohol yang merugikan, yang mengakses layanan rehabilitasi medis .....	140
INDIKATOR 3.5.1.(b)	Jumlah yang mengakses layanan pascarehabilitasi .....	142
INDIKATOR 3.5.1.(c)	Jumlah korban penyalahgunaan NAPZA yang mendapatkan rehabilitasi sosial di dalam panti sesuai standar pelayanan .....	143
INDIKATOR 3.5.1.(d)	Jumlah Lembaga Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan NAPZA yang telah dikembangkan/dibantu .....	144
INDIKATOR 3.5.1.(e)	Prevalensi penyalahgunaan narkoba .....	145
INDIKATOR 3.5.2*	Konsumsi alkohol (liter per kapita) oleh penduduk umur $\geq 15$ tahun dalam satu tahun terakhir .....	147
INDIKATOR 3.7.1 *	Proporsi perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya yang memiliki kebutuhan keluarga berencana dan menggunakan alat kontrasepsi metode modern .....	148
INDIKATOR 3.7.1.(a)	Angka prevalensi penggunaan metode kontrasepsi (CPR) semua cara pada Pasangan Usia Subur (PUS) usia 15-49 tahun yang berstatus kawin.....	150
INDIKATOR 3.7.1.(b)	Angka penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) cara modern.....	152
INDIKATOR 3.7.2*	Angka kelahiran pada perempuan umur 15-19 tahun (Age Specific Fertility Rate/ ASFR) .....	153
INDIKATOR 3.7.2.(a)	Total Fertility Rate (TFR) .....	155
INDIKATOR 3.8.1.(a)	Unmet Need Pelayanan Kesehatan.....	157
INDIKATOR 3.8.2*	Jumlah penduduk yang dicakup asuransi kesehatan atau sistem kesehatan masyarakat per 1.000 penduduk .....	158
INDIKATOR 3.8.2.(a)	Cakupan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).....	160
INDIKATOR 3.9.3.(a)	Proporsi Kematian Akibat Keracunan .....	162
INDIKATOR 3.a.1 *	Persentase merokok pada penduduk umur $\geq 15$ tahun .....	164
INDIKATOR 3.b.1.(a)	Persentase ketersediaan obat dan vaksin di Puskesmas .....	166
INDIKATOR 3.c.1 *	Kepadatan dan distribusi tenaga kesehatan.....	168

## TUJUAN 4

## **MENJAMIN KUALITAS PENDIDIKAN YANG INSKLUSIF DAN MERATA SERTA MENINGKATKAN KESEMPATAN BELAJAR SEPANJANG HAYAT UNTUK SEMUA..... 171**

INDIKATOR 4.1.1 *	Proporsi anak-anak dan remaja: (a) pada kelas 4, (b) tingkat akhir SD/kelas 6, (c) tingkat akhir SMP/kelas 9 yang
-------------------	---

	mencapai standar kemampuan minimum dalam:	
	(i) membaca, (ii) matematika .....	175
INDIKATOR 4.1.1.(a)	Persentase SD/MI berakreditasi minimal B .....	177
INDIKATOR 4.1.1.(b)	Persentase SD/MI berakreditasi minimal B .....	179
INDIKATOR 4.1.1.(c)	Persentase SMA/MA berakreditasi minimal B.....	181
INDIKATOR 4.1.1.(d)	Angka Partisipasi Kasar (APK) SD/MI/ sederajat .....	183
INDIKATOR 4.1.1.(e)	Angka Partisipasi Kasar (APK) SMP/MTs/ sederajat.....	185
INDIKATOR 4.1.1.(f)	Angka Partisipasi Kasar (APK) SMA/SMK/MA /sederajat .....	186
INDIKATOR 4.1.1.(g)	Rata-rata lama sekolah penduduk umur ≥15 tahun.....	188
INDIKATOR 4.2.2.(a)	Angka Partisipasi Kasar (APK) Pendidikan Anak Usia dini (PAUD) .....	190
INDIKATOR 4.3.1.(a)	Angka Partisipasi Kasar (APK) SMA/SMK/MA/ sederajat .....	192
INDIKATOR 4.3.1.(b)	Angka Partisipasi Kasar (APK) Perguruan Tinggi (PT).....	193
INDIKATOR 4.4.1 *	Proporsi remaja dan dewasa dengan keterampilan teknologi informasi dan komunikasi (TIK).....	195
INDIKATOR 4.5.1 *	Rasio Angka Partisipasi Murni (APM) perempuan/laki-laki di (1) SD/MI/ sederajat; (2) SMP/MTs/ sederajat; (3) SMA/SMK/MA/ sederajat; dan Rasio Angka Partisipasi Kasar (APK) perempuan/laki-laki di (4) Perguruan Tinggi.....	197
INDIKATOR 4.6.1.(a)	Persentase Angka melek aksara penduduk umur ≥15 tahun .....	202
INDIKATOR 4.6.1.(b)	Persentase Angka Melek Aksara (AMH) penduduk umur 15-24 tahun dan umur 15-59 tahun .....	203
INDIKATOR 4.a.1 *	Proporsi sekolah dengan akses terhadap: (a) listrik (b) internet untuk tujuan pengajaran, (c) komputer untuk tujuan pengajaran, (d) infrastruktur dan materi memadai bagi siswa disabilitas, (e) air minum layak, (f) fasilitas sanitasi dasar per jenis kelamin, (g) fasilitas cuci tangan (terdiri air, sanitasi, dan higienis bagi semua (WASH) .....	205
INDIKATOR 4.b.1 *	Jumlah bantuan resmi Pemri kepada Mahasiswa Asing Penerima Beasiswa Kemitraan Negara Berkembang.....	208
INDIKATOR 4.c.1 *	Persentase guru TK, SD, SMP, SMA, SMK, dan PLB yang bersertifikat pendidik .....	209

## **TUJUAN 5**

## **MENCAPAI KESETARAAN GENDER DAN MEMBERDAYAKAN PEREMPUAN ..... 213**

INDIKATOR 5.1.1 *	Jumlah kebijakan yang responsif gender mendukung pemberdayaan perempuan .....	217
INDIKATOR 5.2.1 *	Proporsi perempuan dewasa dan anak perempuan	

	(umur 15-64 tahun) mengalami kekerasan (fisik, seksual, atau emosional) oleh pasangan atau mantan pasangan dalam 12 bulan terakhir.....	219
INDIKATOR 5.2.1.(a)	Prevalensi kekerasan terhadap anak perempuan .....	224
INDIKATOR 5.2.2*	Proporsi perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) mengalami kekerasan seksual oleh orang lain selain pasangan dalam 12 bulan terakhir .....	227
INDIKATOR 5.2.2.(a)	Persentase kekerasan terhadap perempuan yang mendapat layanan komprehensif .....	229
INDIKATOR 5.3.1*	Proporsi perempuan umur 20-24 tahun yang berstatus kawin atau berstatus hidup bersama sebelum umur 15 tahun dan sebelum umur 18 tahun.....	232
INDIKATOR 5.3.1.(a)	Median usia kawin pertama perempuan pernah kawin umur 25-49 tahun .....	234
INDIKATOR 5.3.1.(b)	Angka kelahiran pada perempuan umur 15-19 tahun (Age Specific Fertility Rate/ASFR). .....	235
INDIKATOR 5.3.1.(c)	Angka Partisipasi Kasar (APK)SMA/SMK/MA/ sederajat. ....	237
INDIKATOR 5.5.1*	Proporsi kursi yang diduduki perempuan di parlemen tingkat pusat, parlemen daerah dan pemerintah daerah.....	239
INDIKATOR 5.5.2*	Proporsi perempuan yang berada di posisi managerial.....	241
INDIKATOR 5.6.1*	Proporsi perempuan umur 15-49 tahun yang membuat keputusan sendiri terkait hubungan seksual, penggunaan kontrasepsi, dan layanan kesehatan reproduksi.....	244
INDIKATOR 5.6.1.(a)	Unmet need KB (Kebutuhan Keluarga Berencana/KB yang tidak terpenuhi). .....	246
INDIKATOR 5.6.1.(b)	Pengetahuan dan pemahaman Pasangan Usia Subur (PUS) tentang metode kontrasepsi modern. ....	247
INDIKATOR 5.6.2*	Undang-undang atau Peraturan Pemerintah (PP) yang menjamin perempuan untuk mendapatkan pelayanan, informasi dan pendidikan terkait kesehatan seksual dan reproduksi. ....	249
INDIKATOR 5.b.1*	Proporsi individu yang menguasai/memiliki telepon genggam.....	250

# 1 TANPA KEMISKINAN



## TUJUAN 1

### MENGAKHIRI KEMISKINAN DALAM SEGALA BENTUK DIMANAPUN

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
1.1 Pada tahun 2030, mengentaskan kemiskinan ekstrim bagi semua orang yang saat ini berpendapatan kurang dari 1,25 dolar Amerika per hari.	1.1.1	Tingkat kemiskinan ekstrim.	Indikator global yang akan dikembangkan.
1.2 Pada tahun 2030, mengurangi setidaknya setengah proporsi laki-laki, perempuan dan anak-anak dari semua usia, yang hidup dalam kemiskinan di semua dimensi, sesuai dengan definisi nasional.	1.2.1 *	Persentase penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan nasional, menurut jenis kelamin dan kelompok umur.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	1.2.2	Persentase laki-laki, perempuan dan anak-anak dari semua usia, yang hidup dalam kemiskinan dalam berbagai dimensi, sesuai dengan definisi nasional.	Indikator global yang akan dikembangkan.
1.3 Menerapkan secara nasional sistem dan upaya perlindungan sosial yang tepat bagi semua, termasuk kelompok yang paling miskin, dan pada tahun 2030 mencapai cakupan substansial bagi kelompok miskin dan rentan.	1.3.1	Proporsi penduduk yang menerima program perlindungan sosial, menurut jenis kelamin, untuk kategori kelompok anak berkebutuhan khusus, pengangguran, lansia, penyandang difabilitas, ibu hamil/melahirkan, korban kecelakaan kerja, kelompok miskin dan rentan.	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan.

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
	1.3.1.(a)	Proporsi peserta jaminan kesehatan melalui SJSN Bidang Kesehatan.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	1.3.1.(b)	Proporsi peserta Program Jaminan Sosial Bidang Ketenagakerjaan.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	1.3.1.(c)	Persentase penyandang disabilitas yang miskin dan rentan yang terpenuhi hak dasarnya dan inklusivitas.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	1.3.1.(d)	Jumlah rumah tangga yang mendapatkan bantuan tunai bersyarat/Program Keluarga Harapan.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
1.4 Pada tahun 2030, menjamin bahwa semua laki-laki dan perempuan, khususnya masyarakat miskin dan rentan, memiliki hak yang sama terhadap sumber daya ekonomi, serta akses terhadap pelayanan dasar, kepemilikan dan kontrol atas tanah dan bentuk kepemilikan lain, warisan, sumber daya alam, teknologi baru, dan jasa keuangan yang tepat, termasuk keuangan mikro.	1.4.1	Proporsi penduduk/rumah tangga dengan akses terhadap pelayanan dasar.	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan
	1.4.1.(a)	Persentase perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	1.4.1.(b)	Persentase anak umur 12-23 bulan yang menerima imunisasi dasar lengkap.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	1.4.1.(c)	Prevalensi penggunaan metode kontrasepsi (CPR) semua cara pada Pasangan Usia Subur (PUS) usia 15-49 tahun yang berstatus kawin.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	1.4.1.(d)	Persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap layanan sumber air minum layak dan berkelanjutan.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	1.4.1.(e)	Persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap layanan sanitasi layak dan berkelanjutan.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	1.4.1.(f)	Persentase rumah tangga kumuh perkotaan.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
	1.4.1.(g)	Angka Partisipasi Murni (APM) SD/MI/ sederajat.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	1.4.1.(h)	Angka Partisipasi Murni (APM) SMP/MTs/ sederajat.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	1.4.1.(i)	Angka Partisipasi Murni (APM) SMA/MA/ sederajat.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	1.4.1.(j)	Persentase penduduk umur 0-17 tahun dengan kepemilikan akta kelahiran.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	1.4.1.(k)	Persentase rumah tangga miskin dan rentan yang sumber penerangan utamanya listrik baik dari PLN dan bukan PLN.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	1.4.2	Proporsi dari penduduk dewasa yang mendapatkan hak atas tanah yang didasari oleh dokumen hukum dan yang memiliki hak atas tanah berdasarkan jenis kelamin dan tipe kepemilikan.	Indikator global yang akan dikembangkan.
1.5 Pada tahun 2030, membangun ketahanan masyarakat miskin dan mereka yang berada dalam kondisi rentan, dan mengurangi kerentanan mereka terhadap kejadian ekstrim terkait iklim dan guncangan ekonomi, sosial, lingkungan, dan bencana	1.5.1 *	Jumlah korban meninggal, hilang, dan terkena dampak bencana per 100.000 orang.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	1.5.1.(a)	Jumlah lokasi penguatan pengurangan risiko bencana daerah.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	1.5.1.(b)	Pemenuhan kebutuhan dasar korban bencana sosial.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	1.5.1.(c)	Pendampingan psikososial korban bencana sosial.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	1.5.1.(d)	Jumlah daerah bencana alam/ bencana sosial yang mendapat pendidikan layanan khusus.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
	1.5.1.(e)	Indeks risiko bencana pada pusat-pusat pertumbuhan yang berisiko tinggi.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	1.5.2	Jumlah kerugian ekonomi langsung akibat bencana terhadap GDP global.	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan.
	1.5.2.(a)	Jumlah kerugian ekonomi langsung akibat bencana.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	1.5.3*	Dokumen strategi pengurangan risiko bencana (PRB) tingkat nasional dan daerah.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
1.a Menjamin mobilisasi yang signifikan terkait sumber daya dari berbagai sumber, termasuk melalui kerjasama pembangunan yang lebih baik, untuk menyediakan sarana yang memadai dan terjangkau bagi negara berkembang, khususnya negara kurang berkembang untuk melaksanakan program dan kebijakan mengakhiri kemiskinan di semua dimensi.	1.a.1 *	Proporsi sumber daya yang dialokasikan oleh pemerintah secara langsung untuk program pemberantasan kemiskinan.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	1.a.2 *	Pengeluaran untuk layanan pokok (pendidikan, kesehatan dan perlindungan sosial) sebagai persentase dari total belanja pemerintah.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).



TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
1.b Membuat kerangka kebijakan yang kuat di tingkat nasional, regional dan internasional, berdasarkan strategi pembangunan yang memihak pada kelompok miskin dan peka terhadap isu gender untuk mendukung investasi yang cepat dalam tindakan pemberantasan kemiskinan.	1.b.1	Proporsi pengeluaran rutin dan pembangunan pada sektor-sektor yang memberi manfaat pada kelompok perempuan, kelompok miskin dan rentan.	Indikator global yang akan dikembangkan.



# 1 TANPA KEMISKINAN



## TUJUAN 1

### MENGAKHIRI KEMISKINAN DALAM SEGALA BENTUK DIMANAPUN

## TARGET 1.2

Pada tahun 2030, mengurangi setidaknya setengah proporsi laki-laki, perempuan dan anak-anak dari semua usia, yang hidup dalam kemiskinan di semua dimensi, sesuai dengan definisi nasional.

## INDIKATOR

### 1.2.1\*

Persentase penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan nasional, menurut jenis kelamin dan kelompok umur.

## KONSEP DAN DEFINISI

Persentase penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan nasional adalah banyaknya penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan nasional dibagi dengan jumlah penduduk pada periode waktu yang sama dinyatakan dalam satuan persen (%). Garis kemiskinan merupakan representasi dari jumlah rupiah minimum yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan pokok minimum makanan yang setara dengan 2100 kkal/kapita/hari dan kebutuhan pokok bukan makanan.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan:

Jumlah penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan pada waktu tertentu dibagi dengan jumlah penduduk seluruhnya pada periode waktu yang sama dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$P\ PM = \frac{JPM}{JP} \times 100\%$$

### Keterangan:

P PM : Persentase penduduk yang hidup di bawah garis kemiskinan nasional

JPM : Jumlah penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan nasional pada waktu tertentu

JP : Jumlah penduduk pada periode waktu yang sama

## MANFAAT

---

Kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan (diukur dari sisi pengeluaran).

Dengan mengkombinasikan status kemiskinan dengan status pekerja, konsep dari pekerja miskin tergambarkan. Hal ini bertujuan untuk mengukur berapa bekerja dan tidak bekerja yang hidup dalam kemiskinan.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah Administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota.
2. Jenis kelamin
3. Kelompok umur
4. Status pekerja

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

1. Semesteran (untuk agregasi tingkat provinsi)
2. Tahunan (untuk agregasi tingkat kabupaten/kota).

## TARGET 1.3

---

Menerapkan secara nasional sistem dan upaya perlindungan sosial yang tepat bagi semua, termasuk kelompok yang paling miskin, dan pada tahun 2030 mencapai cakupan substansial bagi kelompok miskin dan rentan.

## INDIKATOR

### 1.3.1.(a)

Proporsi peserta jaminan kesehatan melalui SJSN Bidang Kesehatan.

## KONSEP DAN DEFINISI

Proporsi peserta jaminan kesehatan melalui SJSN Bidang Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial/BPJS) dibandingkan dengan jumlah penduduk miskin dan rentan (penduduk 40% terbawah/pendapatan terendah).

Penerima Bantuan Iuran (PBI) adalah peserta jaminan kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan dalam UU Sistem jaminan sosial nasional yang iurannya dibayar oleh pemerintah sebagai peserta program jaminan kesehatan.

Perlindungan sosial meliputi:

- 1) Jumlah alokasi dana yang dikeluarkan pemerintah untuk kesehatan melalui jaminan sosial (PBI); dibagi dengan total APBN
- 2) Jumlah alokasi dana yang dikeluarkan pemerintah untuk bantuan sosial (PKH, Program Indonesia Pintar/PIP, Raskin/Raskin/bantuan pangan non tunai, KPS) dibagi dengan total APBN

Alokasi dan realisasi dana tersebut datanya diperoleh dari DJA Kementerian keuangan web: [anggaran.depkeu.go.id](http://anggaran.depkeu.go.id)

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan:

Peserta jaminan kesehatan melalui SJSN Bidang Kesehatan (BPJS) dibagi dengan jumlah penduduk miskin dan rentan (penduduk 40% terbawah/pendapatan terendah) dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$P \text{ BPJS} = \frac{JBPJS}{JP \text{ 40\%}} \times 100\%$$

### Keterangan:

P BPJS : Proporsi peserta jaminan kesehatan melalui SJSN Bidang Kesehatan (BPJS)

JBPJS : Jumlah peserta jaminan kesehatan melalui SJSN Bidang Kesehatan (BPJS)

JP40% : Jumlah penduduk miskin dan rentan (penduduk 40% terbawah/pendapatan terendah)

## **MANFAAT**

---

Penduduk miskin sangat rentan terhadap terjadinya risiko gangguan kesehatan sehingga perlu dilindungi sistem pembiayaannya. Pemerintah memberikan subsidi bantuan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin dan rentan/tidak mampu (penduduk 40% terbawah/pendapatan terendah), baik pada tingkat pelayanan primer, sekunder, maupun tersier.

## **SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

---

1. BPS : Basis Data Terpadu (BDT)
2. BPJS Kesehatan : Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)- data penerima bantuan iuran (PBI)
3. Data dihitung dan dikoordinasikan oleh:
  - a. Direktorat Jenderal Penanganan Fakir Miskin, Kementerian Sosial
  - b. Direktorat Penanggulangan Kemiskinan dan Kesejahteraan Sosial, Kementerian PPN/ Bappenas.
  - c. Pokja data dari kelompok kerja terpadu dari penanganan kemiskinan

## **DISAGREGASI**

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Jenis kelamin
3. Kelompok umur

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 1.3.1.(b)

Proporsi peserta Program Jaminan Sosial Bidang Ketenagakerjaan.

## KONSEP DAN DEFINISI

Jaminan Sosial Bidang Ketenagakerjaan merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi sosial yang bersifat wajib berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Jaminan Sosial Bidang Ketenagakerjaan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak kepada setiap orang yang telah membayar iuran apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan karena menderita sakit, mengalami kecelakaan kerja, memasuki usia lanjut/pensiun, atau meninggal dunia.

Program-program Jaminan Sosial Bidang Ketenagakerjaan terdiri atas

1. Jaminan Kecelakaan Kerja (JKK): Manfaat berupa uang tunai dan/atau pelayanan kesehatan yang diberikan pada saat peserta mengalami kecelakaan kerja atau penyakit yang disebabkan oleh lingkungan kerja.
2. Jaminan Hari Tua (JHT): Manfaat uang tunai yang dibayarkan sekaligus pada saat peserta memasuki usia pensiun, meninggal dunia, atau mengalami cacat total tetap.
3. Jaminan Pensiun (JP): Bertujuan untuk mempertahankan derajat kehidupan yang layak bagi peserta dan/atau ahli warisnya dengan memberikan penghasilan setelah mereka memasuki usia pensiun, mengalami cacat total tetap, atau meninggal dunia.
4. Jaminan Kematian (JKm): Manfaat uang tunai yang diberikan kepada ahli waris ketika peserta meninggal dunia bukan akibat kecelakaan kerja.

Seluruh pekerja di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia wajib menjadi peserta Program Jaminan Sosial Bidang Ketenagakerjaan yang dikelola oleh BPJS Ketenagakerjaan, termasuk orang asing yang telah bekerja paling singkat enam bulan di Indonesia dan telah membayar iuran.

Proporsi peserta Program Jaminan Sosial Bidang Ketenagakerjaan adalah banyaknya pekerja yang telah membayar iuran (Pasal 1 angka 8 UU SJSN), yang memiliki jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan:

Jumlah pekerja yang memiliki jaminan sosial bidang ketenagakerjaan pada periode waktu tertentu dibagi dengan jumlah seluruh pekerja pada periode waktu yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$PSJSN-K = \frac{JPSJSN-K}{JP} \times 100\%$$

### Keterangan:

PSJSN-K : Proporsi peserta Program SJSN Ketenagakerjaan

JPSJSN-K : Jumlah pekerja yang memiliki jaminan sosial bidang ketenagakerjaan pada periode waktu tertentu

JP : Jumlah seluruh pekerja pada periode yang sama

## MANFAAT

Menunjukkan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan karena menderita sakit, mengalami kecelakaan kerja, memasuki usia lanjut/ pensiun, atau meninggal dunia.



## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

1. BPJS Ketenagakerjaan: untuk data jumlah pekerja yang memiliki jaminan sosial bidang ketenagakerjaan
2. BPS: Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) untuk data estimasi populasi jumlah pekerja dari sampel

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Jenis kelamin
3. Kelompok umur
4. Status pekerja: formal dan informal

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR 1.3.1.(c)

---

Persentase penyandang disabilitas yang miskin dan rentan yang terpenuhi hak dasarnya dan inklusivitas.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Penyandang Disabilitas (menurut UU N0.8/2016) adalah setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak.

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara perhitungan:

Jumlah penyandang disabilitas penerima program rehabilitasi sosial di bagi dengan jumlah populasi penyandang disabilitas.

### Rumus:

$$P \text{ DMMR} = \frac{JPRS}{JPPD} \times 100\%$$

**Keterangan:**

P DMMR : Persentase penyandang disabilitas yang miskin dan rentan

JPRS : Jumlah penyandang disabilitas penerima program rehabilitasi sosial

JPPD : Jumlah populasi penyandang disabilitas

## MANFAAT

---

Penyandang disabilitas mendapatkan rehabilitasi sosial agar terpenuhi hak dasarnya.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

Kementerian Sosial: Pemutakhiran Basis Data Terpadu (PBDT) dan sinergi dengan data Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS).

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional
2. Jenis kelamin
3. Kelompok umur

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 1.3.1.(d)

Jumlah rumah tangga yang mendapatkan bantuan tunai bersyarat/ Program Keluarga Harapan.

## KONSEP DAN DEFINISI

Program Keluarga Harapan (PKH) adalah program asistensi sosial kepada rumah tangga yang memenuhi kualifikasi tertentu dengan memberlakukan persyaratan dalam rangka untuk mengubah perilaku miskin. PKH juga sebagai sarana untuk mengembangkan sistem jaminan sosial bagi masyarakat sangat miskin. Program serupa ini di negara lain dikenal dengan istilah Conditional Cash Transfers (CCT) atau Bantuan Tunai Bersyarat.

PKH diperuntukan bagi rumah tangga/keluarga miskin, namun diutamakan bagi rumah tangga/keluarga sangat miskin yang memiliki ibu hamil/menyusui, dan anak umur 0-15 tahun, atau anak umur 15-18 tahun yang belum menyelesaikan pendidikan dasarnya, lansia dan penyandang disabilitas. Mulai tahun 2016, target yang menjadi penerima bantuan tunai bersyarat adalah keluarga miskin.

PKH adalah program yang memberikan bantuan tunai kepada rumah tangga/keluarga miskin dan rumah tangga/keluarga sangat miskin. Sebagai bantuan tunai bersyarat imbalannya rumah tangga/keluarga miskin dan rumah tangga/keluarga sangat miskin diwajibkan memenuhi persyaratan yang terkait dengan upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia melalui aspek pendidikan dan kesehatan.

**Jumlah keluarga miskin yang mendapatkan bantuan tunai bersyarat/Program Keluarga Harapan** adalah banyaknya keluarga miskin dan rentan (40% berpendapatan terendah) yang menjadi peserta Program Keluarga Harapan oleh Kementerian Sosial.

Catatan: rumah tangga yang dimaksud adalah keluarga miskin menurut data Pemutakhiran Basis Data Terpadu (PBDT) Kementerian Sosial sebagai validasi tahunan

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara perhitungan:

Jumlah keluarga miskin dan rentan yang menjadi peserta Program Keluarga Harapan.

### Rumus:

## MANFAAT

---

Memantau upaya pemerintah dalam mengurangi kemiskinan dan meningkatkan kualitas sumber daya manusia terutama kelompok masyarakat miskin. Secara jangka panjang, untuk memutus mata rantai kemiskinan rumah tangga/keluarga miskin dan rumah tangga/keluarga sangat miskin melalui peningkatan kualitas kesehatan/nutrisi, pendidikan, dan kapasitas pendapatan anak (price effect) serta memberikan kepastian akan masa depan anak (insurance effect) dan mengubah perilaku (behaviour effect) keluarga miskin

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

Kementerian Sosial: laporan administratif tahunan dan Pemutakhiran Basis Data Terpadu (PBDT) melalui sinergi dengan data Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS).

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Jenis kelamin kepala rumah tangga

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## TARGET 1.4

Pada tahun 2030, menjamin bahwa semua laki-laki dan perempuan, khususnya masyarakat miskin dan rentan, memiliki hak yang sama terhadap sumber daya ekonomi, serta akses terhadap pelayanan dasar, kepemilikan dan kontrol atas tanah dan bentuk kepemilikan lain, warisan, sumber daya alam, teknologi baru, dan jasa keuangan yang tepat, termasuk keuangan mikro.

### INDIKATOR

#### 1.4.1.(a)

Persentase perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan.

### KONSEP DAN DEFINISI

Persentase perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan adalah perbandingan antara banyaknya perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan, dinyatakan dengan persentase. Fasilitas kesehatan seperti; Rumah Sakit/Rumah Sakit Bersalin, Klinik/Bidan/Praktek Dokter, Puskesmas/Pustu/Polindes. Perhitungan indikator ini difokuskan pada penduduk 40% terbawah yaitu tingkat pendapatan rendah (kuintil 1 dan kuintil 2).

### METODE PERHITUNGAN

#### Cara perhitungan:

Jumlah melahirkan terakhir pada perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan dibagi jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun pada periode waktu sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

#### Rumus:

$$P \text{ Salifaskes} = \frac{JPSalifaskes}{JP15-49} \times 100\%$$

#### Keterangan:

P Salifaskes : Persentase perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan

JPSalifaskes: Jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di

fasilitas kesehatan (penduduk 40% terbawah/berpendapatan rendah)

JP15-49 : Jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melakukan persalinan (penduduk 40% terbawah/berpendapatan rendah)

## **MANFAAT**

---

Pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan (Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Rumah Sakit) menunjukkan kualitas terhadap pelayanan kesehatan, sehingga risiko kematian ibu melahirkan menjadi rendah

## **SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

---

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## **DISAGREGASI**

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota.
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Kelompok pendapatan (pengeluaran)

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 1.4.1.(b)

Persentase anak umur 12-23 bulan yang menerima imunisasi dasar lengkap

## KONSEP DAN DEFINISI

Persentase anak umur 12-23 bulan yang menerima imunisasi dasar lengkap adalah perbandingan antara banyaknya anak umur 12-23 bulan yang telah menerima imunisasi dasar lengkap berupa DPT (3 kali), Polio (4 kali), campak (1 kali), BCG (1 kali), dan hepatitis B (4 kali) terhadap jumlah anak umur 12-23 bulan seluruhnya pada periode yang sama. Perhitungan indikator ini difokuskan pada penduduk 40% terbawah yaitu tingkat pendapatan rendah (kuintil 1 dan kuintil 2).

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan:

Jumlah anak umur 12-23 bulan yang mendapatkan imunisasi dasar lengkap yaitu DPT (3 kali), Polio (4 kali), campak (1 kali), BCG (1 kali), dan hepatitis B (4 kali) pada waktu tertentu dibagi jumlah anak umur 12-23 bulan pada periode yang sama dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$PIDL = \frac{JAIDL}{JA12-23bln} \times 100\%$$

### Keterangan:

- PIDL : Persentase anak umur 12-23 bulan yang menerima imunisasi dasar lengkap
- JAIDL : Banyaknya anak umur 12-23 bulan yang telah menerima imunisasi dasar lengkap pada periode waktu tertentu (penduduk 40% terbawah/ berpendapatan terendah)
- JA12-23bln : Jumlah anak umur 12-23 bulan pada periode waktu yang sama (penduduk 40% terbawah/ berpendapatan terendah)

## MANFAAT

Ukuran pemantauan untuk cakupan imunisasi dasar. Karena imunisasi campak diberikan pada umur 9-11 bulan sehingga dapat menunjukkan kelengkapan imunisasi anak. Disamping itu imunisasi campak yang diberikan kepada anak dapat memberikan

perlindungan terhadap penyakit campak yang dapat memberikan dampak terhadap penurunan angka kematian balita.

## **SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

---

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerja sama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

## **DISAGREGASI**

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

Lima (5) tahunan.

## **INDIKATOR**

### **1.4.1.(c)**

---

Prevalensi penggunaan metode kontrasepsi (CPR) semua cara pada Pasangan Usia Subur (PUS) usia 15-49 tahun yang berstatus kawin.

## **KONSEP DAN DEFINISI**

---

Prevalensi penggunaan metode kontrasepsi (CPR) semua cara pada Pasangan Usia Subur (PUS) usia 15-49 tahun yang berstatus kawin adalah perbandingan antara Pasangan Usia Subur (PUS) yang menjadi peserta KB aktif (peserta KB yang saat ini menggunakan salah satu alat kontrasepsi) dengan jumlah seluruh PUS pada periode yang sama, dinyatakan dalam satuan persen (%).

Pertanyaan mengenai penggunaan alat/cara kontrasepsi baik modern maupun tradisional ditanyakan pada perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan anak lahir hidup dalam dua tahun terakhir. Perhitungan indikator ini difokuskan pada penduduk 40% terbawah yaitu tingkat pendapatan rendah (kuintil 1 dan kuintil 2).



## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan:

Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) umur 15-49 tahun yang menjadi peserta KB aktif (peserta KB yang saat ini menggunakan alat kontrasepsi) dibagi jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) umur 15-49 tahun berstatus kawin, yang dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$\text{CPR-SC} = \frac{\text{JPUS-CPRSC}}{\text{JPUS15-49}} \times 100\%$$

### Keterangan:

CPR-SC : Pemakaian kontrasepsi (CPR) semua cara pada Pasangan Usia Subur (PUS) umur 15-49 tahun yang berstatus kawin

JPUS-CPRSC : Jumlah PUS umur 15-49 tahun peserta KB aktif yang menggunakan alat kontrasepsi semua cara pada periode waktu tertentu (penduduk 40% terbawah/berpendapatan terendah)

JPUS15-49 : Jumlah PUS umur 15-49 tahun pada periode waktu yang sama (penduduk 40% terbawah/berpendapatan terendah)

## MANFAAT

Indikator ini berguna untuk mengukur perbaikan kesehatan ibu melalui pengaturan kelahiran. Indikator ini juga digunakan sebagai proksi untuk mengukur akses terhadap pelayanan reproduksi kesehatan yang sangat esensial. Untuk menetapkan kebijakan pengendalian kependudukan, penyediaan pelayanan KB serta sterilisasi, pemasangan IUD, persiapan alat dan obat, serta pelayanan konseling untuk menampung kebutuhan dan menanggapi keluhan pemakaian kontrasepsi.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Lima (5) tahunan.

## INDIKATOR

### 1.4.1.(d)

---

Persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap layanan sumber air minum layak dan berkelanjutan.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Air minum adalah air yang melalui proses pengolahan atau tanpa proses pengolahan yang memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum (Permenkes No. 492/Menkes/PER/IV/2010 tentang Persyaratan Kualitas Air Minum)

Air minum yang layak adalah air minum yang terlindung meliputi air ledeng (keran), keran umum, hydrant umum, terminal air, penampungan air hujan (PAH) atau mata air dan sumur terlindung, sumur bor atau sumur pompa, yang jaraknya minimal 10 m dari pembuangan kotoran, penampungan limbah dan pembuangan sampah. Tidak termasuk air kemasan, air dari penjual keliling, air yang dijual melalui tanki, air sumur dan mata air tidak terlindung.

Persentase rumah tangga dengan akses berkelanjutan terhadap air minum layak adalah perbandingan antara rumah tangga dengan akses terhadap sumber air minum layak dengan rumah tangga seluruhnya, dinyatakan dalam satuan persen (%). Perhitungan indikator ini difokuskan pada penduduk 40% terbawah yaitu tingkat pendapatan rendah (kuintil 1 dan kuintil 2).

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan:

Jumlah rumah tangga dengan akses terhadap sumber air minum berkualitas (layak) pada waktu tertentu dibagi dengan jumlah rumah tangga seluruhnya pada periode yang sama dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$P\ AML = \frac{JRTML}{JRTS} \times 100\%$$

### Keterangan:

P AML : Persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap layanan sumber air minum layak dan berkelanjutan.

JRTML : Jumlah rumah tangga dengan akses terhadap sumber air minum berkualitas (layak).

JRTS : Jumlah rumah tangga seluruhnya. (penduduk 40% terbawah/berpendapatan terendah)

## MANFAAT

Memantau rumah tangga terhadap sumber air minum layak berdasarkan asumsi bahwa sumber air berkualitas menyediakan air yang aman untuk diminum bagi masyarakat. Air yang tidak layak adalah penyebab langsung berbagai sumber penyakit. Untuk akses terhadap air minum yang aman membutuhkan pemeriksaan biologis, fisika, kimia. Indonesia akan mengarah ke akses air minum yang aman secara bertahap sampai dengan akhir tahun 2030.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin kepala rumah tangga

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 1.4.1.(e)

---

Persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap layanan sanitasi layak dan berkelanjutan.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Fasilitas sanitasi layak adalah fasilitas sanitasi yang memenuhi syarat kesehatan, antara lain klosetnya menggunakan leher angsa atau plengsengan dengan tutup, tempat pembuangan akhir tinjanya menggunakan tanki septik (septic tank) atau Sistem Pengolahan Air Limbah (SPAL), dan fasilitas sanitasi tersebut digunakan oleh rumah tangga sendiri.

Sanitasi layak dan berkelanjutan meliputi 5 (lima) kriteria yaitu (1) stop buang air besar sembarangan; (2) cuci tangan pakai sabun; (3) pengelolaan air minum dan makanan rumah tangga; (4) pengelolaan sampah rumah tangga dengan aman; dan (5) pengelolaan limbah cair rumah tangga dengan aman.

Persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap layanan sanitasi layak adalah jumlah rumah tangga yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak dibagi dengan rumah tangga seluruhnya, dinyatakan dalam satuan persen (%). Perhitungan indikator ini difokuskan pada penduduk 40% terbawah yaitu tingkat pendapatan rendah (kuintil 1 dan kuintil 2).

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan:

Jumlah rumah tangga yang memiliki akses terhadap fasilitas sanitasi yang layak pada waktu tertentu dibagi dengan rumah tangga pada periode waktu yang sama, dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$P\ LSL = \frac{JRTML}{JRTS} \times 100\%$$

### Keterangan:

P LSL : Persentase rumah tangga yang memiliki akses terhadap layanan sanitasi layak dan berkelanjutan

JRTSL : Jumlah rumah tangga dengan akses terhadap fasilitas sanitasi layak

JRTS : Jumlah rumah tangga seluruhnya (40% berpendapatan terendah)

## MANFAAT

Fasilitas sanitasi yang layak sangat penting untuk mengukur rumah tangga baik yang memiliki akses terhadap layanan sanitasi layak baik yang ada di daerah perkotaan maupun perdesaan. Indikator ini menggambarkan tingkat kesejahteraan rakyat dari aspek kesehatan.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin kepala rumah tangga

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 1.4.1.(f)

---

Persentase rumah tangga kumuh perkotaan.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Daerah kumuh adalah daerah atau kawasan tempat tinggal (hunian) yang dihuni sekelompok orang yang menempati bangunan sementara, tidak ada akses air yang aman untuk diminum, tidak ada fasilitas sanitasi yang layak, dan kondisi lingkungan yang tidak memadai. Persentase rumah tangga kumuh adalah perbandingan antara banyaknya rumah tangga kumuh dengan jumlah rumah tangga seluruhnya, dinyatakan dalam satuan persen (%).

Rumah tangga kumuh didefinisikan sebagai rumah tangga yang tidak memiliki akses terhadap sumber air minum layak, sanitasi layak, luas lantai > 7, 2 m<sup>2</sup> per kapita, kondisi atap, lantai, dan dinding yang layak. Dihitung dengan menggunakan pembobot untuk masing-masing indikator, dikatakan kumuh jika rumah tangga memiliki nilai kategori > 35%. Perhitungan indikator ini difokuskan pada penduduk 40% terbawah yaitu tingkat pendapatan rendah (kuintil 1 dan kuintil 2).

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara perhitungan:

Jumlah rumah tangga kumuh di perkotaan dibagi dengan jumlah rumah tangga di perkotaan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$P \text{ RTKP} = \frac{JRTKP}{J RTP} \times 100\%$$

**Keterangan:**

P RTKP : Persentase rumah tangga kumuh perkotaan

JRTKP : Jumlah rumah tangga kumuh di perkotaan pada waktu tertentu (penduduk 40% terbawah/berpendapatan terendah)

J RTP : Jumlah rumah tangga di perkotaan pada periode waktu yang sama (penduduk 40% terbawah/berpendapatan terendah)

## MANFAAT

Memberikan gambaran tentang tingkat kesejahteraan dan permasalahan kemiskinan akibat ketimpangan pembangunan yang tidak merata

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin kepala rumah tangga

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

## INDIKATOR

### 1.4.1.(g)

Angka Partisipasi Murni (APM) SD/MI/ sederajat.

## KONSEP DAN DEFINISI

APM SD/MI/ sederajat adalah proporsi penduduk pada kelompok umur 7-12 tahun yang masih bersekolah pada jenjang pendidikan SD/MI/ sederajat terhadap penduduk kelompok umur 7-12 tahun. Pendidikan NonFormal (Paket A) turut diperhitungkan. Perhitungan indikator ini difokuskan pada penduduk 40% terbawah yaitu tingkat pendapatan rendah (kuintil 1 dan kuintil 2).

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan:

Jumlah rumah tangga kumuh di perkotaan dibagi dengan jumlah rumah tangga di perkotaan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus APM:

$$\text{APM SD} = \frac{\text{JMSD}}{\text{JP7-12}} \times 100\%$$

### Keterangan:

- APM SD : Angka Partisipasi Murni (APM) di SD/MI/ sederajat
- JMSD : Jumlah murid tingkat SD/MI/ sederajat umur 7-12 tahun (penduduk 40% terbawah/berpendapatan terendah)
- JP7-12 : Jumlah penduduk umur 7-12 tahun (penduduk 40% terbawah/berpendapatan terendah)

## MANFAAT

Indikator ini untuk mengukur daya serap sistem pendidikan terhadap penduduk usia sekolah. APM menunjukkan seberapa banyak penduduk usia sekolah yang sudah dapat memanfaatkan fasilitas pendidikan sesuai pada jenjang pendidikannya. Jika APM = 100, berarti seluruh anak usia sekolah dapat bersekolah tepat waktu.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.



## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

### INDIKATOR 1.4.1.(h)

---

Angka Partisipasi Murni (APM) SMP/MTs/ sederajat.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

APM SMP/MTs/sederajat adalah proporsi penduduk pada kelompok umur 13-15 tahun yang masih bersekolah pada jenjang pendidikan SMP/MTs/ sederajat terhadap penduduk kelompok umur 13-15 tahun. Pendidikan NonFormal (Paket B) turut diperhitungkan. Perhitungan indikator ini difokuskan pada penduduk 40% terbawah yaitu tingkat pendapatan rendah (kuintil 1 dan kuintil 2).

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara perhitungan:

APM: Jumlah murid umur 13-15 tahun yang bersekolah di tingkat SMP/MTs/sederajat dibagi jumlah penduduk umur 13-15 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus APM:

$$\text{APM SMP} = \frac{\text{JMSMP}}{\text{JP13-15}} \times 100\%$$

### Keterangan:

APM SMP : Angka Partisipasi Murni (APM) di SMP/MTs/ sederajat

JMSMP : Jumlah murid tingkat SMP/MTs/sederajat umur 13-15 tahun (penduduk 40% terbawah/ berpendapatan terendah)

JP13-15 : Jumlah penduduk umur 13-15 tahun (penduduk 40% terbawah/berpendapatan terendah)

## MANFAAT

---

Indikator ini untuk mengukur daya serap sistem pendidikan terhadap penduduk usia sekolah. APM menunjukkan seberapa banyak penduduk usia sekolah yang sudah dapat memanfaatkan fasilitas pendidikan sesuai pada jenjang pendidikannya. Jika  $APM = 100$ , berarti seluruh anak usia sekolah dapat bersekolah tepat waktu

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, kabupaten/kota,
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 1.4.1.(i)

---

Angka Partisipasi Murni (APM) SMA/MA/ sederajat.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

APM SMA/MA/sederajat adalah proporsi penduduk pada kelompok umur 16-18 tahun yang masih bersekolah pada jenjang pendidikan SMA/MA/ sederajat terhadap penduduk kelompok umur 16-18 tahun. Pendidikan NonFormal (Paket C) turut diperhitungkan. Perhitungan indikator ini difokuskan pada penduduk 40% terbawah yaitu tingkat pendapatan rendah (kuintil 1 dan kuintil 2).

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan:

APM: Jumlah murid umur 16-18 tahun yang bersekolah di tingkat SMA/MA/ sederajat dibagi jumlah penduduk umur 16-18 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus APM:

$$\text{APM SMA} = \frac{\text{JMSMA}}{\text{JP16-18}} \times 100\%$$

### Keterangan:

APM SMA : Angka Partisipasi Murni (APM) di SMA/MA/ sederajat

JMSMA : Jumlah murid tingkat SMA/MA/ sederajat umur 16-18 tahun (penduduk 40% terbawah/ berpendapatan terendah)

JP16-18 : Jumlah penduduk umur 16-18 tahun (penduduk 40% terbawah/berpendapatan terendah)

## MANFAAT

Indikator ini untuk mengukur daya serap sistem pendidikan terhadap penduduk usia sekolah. APM menunjukkan seberapa banyak penduduk usia sekolah yang sudah dapat memanfaatkan fasilitas pendidikan sesuai pada jenjang pendidikannya. Jika APM = 100, berarti seluruh anak usia sekolah dapat bersekolah tepat waktu.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, kabupaten/ kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

### INDIKATOR

#### 1.4.1.(j)

Persentase penduduk umur 0-17 tahun dengan kepemilikan akta kelahiran.

### KONSEP DAN DEFINISI

Akta kelahiran adalah surat tanda bukti kelahiran yang dikeluarkan oleh kantor catatan sipil tiap daerah, bukan surat keterangan lahir dari rumah sakit/dokter/bidan/kelurahan. Akta kelahiran merupakan dokumen resmi yang dikeluarkan oleh negara bagi individu yang baru lahir.

Berdasarkan Undang-undang No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, yang dimaksud dengan anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan.

### METODE PERHITUNGAN

#### Cara perhitungan:

Jumlah penduduk umur 0-17 tahun yang memiliki akta kelahiran dibagi dengan jumlah penduduk pada kelompok umur 0-17 tahun, dinyatakan dalam satuan persen (%).

#### Rumus APM:

$$PKAL = \frac{JPKAL}{JP0-17} \times 100\%$$

#### Keterangan:

- PKAL : Persentase penduduk umur 0-17 tahun dengan kepemilikan akta kelahiran
- JPKAL : Jumlah penduduk umur 0-17 tahun yang memiliki akta kelahiran pada waktu tertentu (penduduk 40% terbawah/berpendapatan terendah)
- JP0-17 : Jumlah penduduk umur 0-17 tahun pada periode waktu yang sama (penduduk 40% terbawah/berpendapatan terendah)

## MANFAAT

---

Untuk mengukur banyaknya anak yang memiliki akta kelahiran sebelum melewati masa umur yang dianggap sebagai anak dan dapat memasuki dunia kerja maupun usia pernikahan.

Kepemilikan akta tersebut menjadi salah satu identitas diri dan akan terdaftar dalam Kartu Keluarga (KK) serta diberikan Nomor Induk Kependudukan (NIK) sebagai dasar untuk mengakses layanan dan jaminan social serta pelayanan masyarakat.

Pengukuran indikator ini didasari oleh pemikiran bahwa pencatatan kelahiran anak dalam bentuk akta kelahiran adalah langkah awal dalam menjamin pengakuan anak di hadapan hukum, melindungi hak-haknya, dan memastikan bahwa kelalaian dalam hak ini tidak terjadi. Anak tanpa dokumen identifikasi resmi akan ditolak mendapatkan layanan kesehatan dan pendidikan. Lebih jauh, anak dapat memasuki pernikahan atau dunia kerja, dipaksa masuk dalam militer sebelum usia legal yang ditentukan ketika tidak memiliki akta kelahiran. Ketika sudah dewasa, akta kelahiran diperlukan untuk mendapat jaminan sosial atau pekerjaan di sektor formal, pembelian properti atau lahan, hak memilih dan mendapatkan paspor.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

1. BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.
2. Kementerian Dalam Negeri: Data catatan sipil.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok umur

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

### INDIKATOR

#### 1.4.1.(k)

Persentase rumah tangga miskin dan rentan yang sumber penerangan utamanya listrik baik dari PLN dan bukan PLN

### KONSEP DAN DEFINISI

Persentase rumah tangga miskin dan rentan yang sumber penerangan utamanya listrik baik dari PLN dan bukan PLN adalah Jumlah Rumah Tangga Miskin dan rentan yang sumber penerangan utamanya dari listrik baik PLN dan bukan PLN dibagi dengan jumlah Rumah tangga yang miskin dan rentan dinyatakan dalam satuan persen (%).

Sumber listrik bukan PLN meliputi sumber penerangan listrik yang dikelola oleh instansi atau oleh pihak lain selain PLN termasuk yang menggunakan sumber penerangan dari AKI, generator, PLT surya (solar cell).

### METODE PERHITUNGAN

#### Cara perhitungan:

Jumlah rumah tangga miskin dan rentan yang sumber penerangan utamanya dari PLN dan bukan PLN dibagi dengan jumlah total rumah tangga yang miskin dan rentan, dinyatakan dalam satuan persen (%)

#### Rumus:

$$PSPU = \frac{JRTSPU}{JRTS} \times 100\%$$

#### Keterangan:

PSPU : Persentase rumah tangga miskin dan rentan yang sumber penerangan utamanya listrik baik dari PLN dan bukan PLN

JRTSPU: Jumlah rumah tangga miskin dan rentan yang sumber penerangan utamanya dari PLN dan bukan PLN (penduduk 40% terbawah/berpendapatan terendah)

JRTS : Jumlah total rumah tangga yang miskin dan rentan (penduduk 40% penduduk terbawah/berpendapatan terendah)

## MANFAAT

---

Penyediaan ketenagalistrikan bertujuan untuk menjamin tersedianya tenaga listrik dalam jumlah cukup, kualitas yang baik, dan harga yang wajar untuk meningkatkan kesejahteraan dan kemakmuran rakyat secara adil dan merata serta mendorong peningkatan kegiatan ekonomi yang berkelanjutan.

Indikator ini diperlukan untuk memantau kecenderungan rumah tangga miskin yang memiliki akses terhadap listrik penerangan. Diharapkan dengan adanya akses terhadap listrik maka keluarga tersebut mempunyai kesempatan untuk meningkatkan produktivitas, pendidikan, kesehatan dan akses terhadap informasi.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin kepala rumah tangga

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## TARGET 1.5

---

Pada tahun 2030, membangun ketahanan masyarakat miskin dan mereka yang berada dalam kondisi rentan, dan mengurangi kerentanan mereka terhadap kejadian ekstrim terkait iklim dan guncangan ekonomi, sosial, lingkungan, dan bencana.

### INDIKATOR

#### 1.5.1\*)

---

Jumlah korban meninggal, hilang, dan terkena dampak bencana per 100.000 orang

### KONSEP DAN DEFINISI

---

**Bencana** adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis (UU No. 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana).

**Jumlah korban meninggal** adalah jumlah orang yang dilaporkan tewas atau meninggal dunia akibat bencana.

**Jumlah korban hilang** adalah jumlah orang yang dilaporkan hilang atau tidak ditemukan atau tidak diketahui keberadaannya setelah terjadi bencana.

**Jumlah korban terdampak** (luka dan pengungsi) adalah jumlah orang atau sekelompok orang yang menderita akibat dampak buruk bencana, seperti kerusakan dan/atau kerugian harta benda, namun masih dapat menempati tempat tinggalnya.

Korban terdampak yang dihitung merupakan korban terdampak langsung yang terdiri atas korban terluka/sakit dan pengungsi. Korban luka/sakit adalah orang yang mengalami luka-luka atau sakit, dalam keadaan luka ringan, maupun luka parah/berat, baik yang berobat jalan maupun rawat inap. Pengungsi adalah orang/sekelompok orang yang terpaksa atau dipaksa keluar dari tempat tinggalnya ke tempat yang lebih aman dalam upaya menyelamatkan diri/jiwa untuk jangka waktu yang belum pasti sebagai akibat dampak buruk bencana.



## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan Korban Meninggal:

Jumlah korban meninggal akibat bencana dibagi jumlah penduduk pada periode yang sama dikali 100.000 dan dinyatakan dengan satuan orang.

Rumus Korban Meninggal:

$$JKM_{SR} = \left( \frac{JKM}{JP} \right) \times "100.000"$$

#### Keterangan:

$JKM_{SR}$  : Jumlah korban meninggal per 100.000 orang

$JKM$  : Jumlah korban meninggal akibat bencana

$JP$  : Jumlah penduduk

### Cara Perhitungan Korban Hilang:

Jumlah korban hilang akibat bencana dibagi jumlah penduduk pada periode yang sama dikali 100.000 dan dinyatakan dengan satuan orang.

#### Rumus Korban Hilang:

$$JKH_{SR} = \left( \frac{JKH}{JP} \right) \times "100.000"$$

#### Keterangan:

$JKH_{SR}$  : Jumlah korban hilang per 100.000 orang

$JKH$  : Jumlah korban hilang akibat bencana

$JP$  : Jumlah penduduk

### Cara Perhitungan Korban Terluka:

Jumlah korban terluka akibat bencana dibagi jumlah penduduk pada periode yang sama dikali 100.000 dan dinyatakan dengan satuan orang.

### Rumus Korban Terluka:

$$JKL_{SR} = \left( \frac{JKL}{JP} \right) \times "100.000"$$

#### Keterangan:

$JKL_{SR}$  : Jumlah korban terluka per 100.000 orang

JKL : Jumlah korban terluka akibat bencana

JP : Jumlah penduduk

### Cara Perhitungan Korban Mengungsi:

Jumlah korban hilang akibat bencana dibagi jumlah penduduk pada periode yang sama dikali 100.000 dan dinyatakan dengan satuan orang.

#### Rumus Korban Mengungsi:

$$JKU_{SR} = \left( \frac{JKU}{JP} \right) \times "100.000"$$

#### Keterangan:

$JKU_{SR}$  : Jumlah korban mengungsi per 100.000 orang

JKU : Jumlah korban mengungsi akibat bencana

JP : Jumlah penduduk

## MANFAAT

Memantau jumlah korban meninggal, hilang, terluka dan mengungsi akibat bencana dari waktu ke waktu serta mengevaluasi capaian pelaksanaan strategi dan implementasi pengurangan risiko bencana.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB):  
Data dan Informasi Bencana Indonesia (DIBI).

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Jenis bencana

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

### INDIKATOR 1.5.1.(a)

---

Jumlah lokasi penguatan pengurangan risiko bencana daerah.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis. (UU No.24/2007 tentang Penanggulangan Bencana)

Jumlah lokasi penguatan pengurangan risiko bencana daerah adalah daerah yang mendapatkan fasilitasi peningkatan kapasitas dalam hal penguatan pengurangan risiko bencana daerah.

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara Perhitungan:

Jumlah absolut daerah yang mendapatkan fasilitasi peningkatan kapasitas dalam hal penguatan pengurangan risiko bencana daerah.

**Rumus :**

## MANFAAT

---

Sebagai salah satu indikator yang bermanfaat bagi penyusunan kebijakan umum, rencana dan pelaksanaan serta pemantauan, evaluasi dan analisis pelaporan di bidang pengurangan risiko bencana.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

Badan Penanggulangan Bencana Nasional (BNPB):  
Laporan administratif tahunan.

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 1.5.1.(b)

---

Pemenuhan kebutuhan dasar korban bencana sosial.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis. (UU No.24/2007 tentang Penanggulangan Bencana)

Bencana alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain berupa gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor. (UU No.24/2007 tentang Penanggulangan Bencana).

Bencana sosial adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antarkelompok atau antarkomunitas masyarakat, dan teror. (UU No.24/2007 tentang Penanggulangan Bencana)

Data ini dihasilkan oleh Kementerian Sosial sebagai salah satu Program Perlindungan dan Jaminan Sosial dan dilaksanakan dalam bentuk kegiatan Perlindungan Sosial Korban Bencana Alam dan Perlindungan Sosial Korban Bencana Sosial.

## **METODE PERHITUNGAN**

---

### **Cara Perhitungan:**

Jumlah absolut pemberian bantuan kebutuhan dasar bagi korban bencana sosial, termasuk bagi anak, penyandang disabilitas dan lanjut usia.

### **Rumus :**

## **MANFAAT**

---

Masyarakat korban bencana dapat terpenuhi kebutuhan dasarnya, korban bencana yang mengalami psikososial dapat didampingi aktifitasnya, wilayah bencana alam/sosial dapat diidentifikasi, sehingga dapat dilakukan mitigasi bencana.

## **SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

---

1. Kementerian Sosial: laporan administratif tahunan
2. Badan Penanggulangan Bencana Nasional (BNPB): Laporan Indeks Resiko Bencana

## **DISAGREGASI**

---

Wilayah administrasi: nasional.

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 1.5.1.(c)

Pendampingan psikososial korban bencana sosial.

## KONSEP DAN DEFINISI

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor nonalam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis. (UU No.24/2007 tentang Penanggulangan Bencana)

Bencana alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain berupa gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor. (UU No.24/2007 tentang Penanggulangan Bencana).

Bencana sosial adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antarkelompok atau antarkomunitas masyarakat, dan teror. (UU No.24/2007 tentang Penanggulangan Bencana)

Masalah psikososial adalah masalah sosial yang mempunyai dampak negatif dan berpengaruh terhadap munculnya gangguan jiwa atau masalah sosial yang muncul sebagai dampak dari gangguan jiwa. (UU No. 18/2014 tentang Kesehatan Jiwa)

Data ini dihasilkan oleh Kementerian Sosial sebagai salah satu Program Perlindungan dan Jaminan Sosial dan dilaksanakan dalam bentuk kegiatan Perlindungan Sosial Korban Bencana Alam dan Perlindungan Sosial Korban Bencana Sosial.

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara Perhitungan:

Jumlah absolut pemberian asistensi sosial dalam bentuk pendampingan psikososial korban bencana, termasuk bagi anak, penyandang disabilitas dan lanjut usia.

### Rumus :

## MANFAAT

---

Masyarakat korban bencana dapat terpenuhi kebutuhan dasarnya, korban bencana yang mengalami psikososial dapat didampingi aktifitasnya, wilayah bencana alam/sosial dapat diidentifikasi, sehingga dapat dilakukan mitigasi bencana

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

1. Kementerian Sosial: laporan administratif tahunan
2. Badan Penanggulangan Bencana Nasional (BNPB): Laporan indeks resiko bencana

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 1.5.1.(d)

Jumlah daerah bencana alam/bencana sosial yang mendapat pendidikan layanan khusus.

## KONSEP DAN DEFINISI

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis. (UU No.24/2007 tentang Penanggulangan Bencana)

Bencana alam adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang disebabkan oleh alam antara lain berupa gempa bumi, tsunami, gunung meletus, banjir, kekeringan, angin topan, dan tanah longsor. (UU No.24/2007 tentang Penanggulangan Bencana).

Bencana sosial adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antarkelompok atau antarkomunitas masyarakat, dan teror. (UU No.24/2007 tentang Penanggulangan Bencana)

Pendidikan layanan khusus adalah pendidikan bagi peserta didik di daerah terpencil atau terbelakang, masyarakat adat yang terpencil, dan/atau mengalami bencana alam, bencana sosial, dan tidak mampu dari segi ekonomi.

Data persentase daerah bencana alam/bencana sosial yang mendapat pendidikan layanan khusus dihasilkan oleh Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan melalui sekretariat nasional sekolah dan madrasah aman bencana dengan pelibatan multipihak, diantaranya yaitu dari kementerian/ lembaga dan mitra pembangunan nasional dan internasional. Kementerian dan lembaga terkait yaitu Kementerian Agama.



Sasaran dari pendidikan layanan khusus adalah daerah yang memiliki Indeks Risiko Bencana tinggi dan sedang dan daerah yang terpapar bencana yang mengakibatkan terganggunya layanan pendidikan terhadap anak (siswa/siswi).

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara Perhitungan:

Jumlah absolut daerah bencana alam/bencana sosial yang mendapat pendidikan layanan khusus yaitu mencakup daerah yang memiliki program pendidikan layanan khusus bencana berupa pendidikan pengurangan risiko bencana dalam bentuk Sekolah/Madrasah Aman Bencana (SMAB), Tanggap Darurat Bidang Pendidikan dan Rehabilitasi dan Rekonstruksi (RR) Bidang Pendidikan pasca Bencana.

Jumlah absolut pendidikan layanan khusus bencana dihitung melalui penjumlahan: P PPRB (Persentase Pendidikan Pengurangan Risiko Bencana dengan P PSD (Persentase pelaksanaan Sekolah Darurat dan P RR (Persentase Rehabilitasi dan Rekonstruksi Bidang Pendidikan pasca Bencana), dibagi 3.

Cara perhitungan **P PPRB;P PSD;dan P RR** adalah sebagai berikut:

1. **P PPRB (Persentase Pendidikan Pengurangan Risiko Bencana)**, yang diperoleh dengan perhitungan jumlah daerah yang melaksanakan program SMAB dibagi jumlah daerah yang memiliki indeks risiko bencana tinggi dan sedang dinyatakan dalam satuan persen (%).
2. **P PSD (Persentase pelaksanaan Sekolah Darurat)** yang diperoleh dengan perhitungan jumlah Daerah yang melaksanakan tanggap darurat bidang pendidikan dibagi jumlah daerah yang terpapar bencana yang berdampak pada gangguan layanan pendidikan dinyatakan dalam satuan persen (%).

3. **P RR (Persentase Rehabilitasi dan Rekonstruksi Bidang Pendidikan pasca Bencana)** yang diperoleh dengan perhitungan jumlah daerah yang melaksanakan program RR bidang pendidikan dibagi jumlah daerah yang mengalami kerusakan fasilitas pendidikan karena bencana dinyatakan dalam satuan persen (%).

**Rumus jumlah absolut pendidikan layanan khusus bencana:**

$$\text{JAPLKB} = \frac{\text{P PPRB} + \text{P PSD} + \text{P RR}}{3}$$

**Keterangan:**

JAPLKB : Jumlah absolut pendidikan layanan khusus bencana  
P PPRB : Persentase Pendidikan Pengurangan Risiko Bencana  
P PSD : Persentase pelaksanaan Sekolah Darurat  
P RR : Persentase Rehabilitasi dan Rekonstruksi Bidang Pendidikan pasca Bencana

**Rumus P PPRB:**

$$\text{P PPRB} = \frac{\text{JDSMAB}}{\text{JDIRBTS}} \times 100\%$$

**Keterangan:**

P PPRB : Persentase Pendidikan Pengurangan Risiko Bencana  
JDSMAB : Jumlah daerah yang melaksanakan program SMAB  
JDIRBTS : jumlah daerah yang memiliki indeks risiko bencana tinggi dan sedang

**Catatan:**

1. Data daerah yang memiliki indeks risiko tinggi dan sedang tersedia di BNPB

2. Data sekolah yang memiliki indeks risiko tinggi dan sedang terhadap bencana masih berupa kajian, belum ada data valid, sementara masih menggunakan data overlay sebaran sekolah di daerah rawan bencana.

#### **Rumus P PSD:**

$$P \text{ PSD} = \frac{JDTDBP}{JDBDGLP} \times 100\%$$

#### **Keterangan:**

- P PSD : Persentase pelaksanaan sekolah darurat  
JDTDBP : Jumlah daerah yang melaksanakan tanggap darurat bidang pendidikan  
JDBDGLP : Jumlah daerah yang terpapar bencana yang berdampak pada gangguan layanan pendidikan

#### **Rumus P RR:**

$$P \text{ RR} = \frac{JDRRBP}{JDKFPB} \times 100\%$$

#### **Keterangan:**

- P RR : Persentase RR Bidang Pendidikan pasca Bencana  
JDRRBP : Jumlah daerah yang melaksanakan program Rehabilitasi dan Rekonstruksi bidang pendidikan  
JDKFPB : Jumlah daerah yang mengalami kerusakan fasilitas pendidikan karena bencana

Catatan: rumus yg sama dapat digunakan dengan mengganti cakupan daerah dengan satuan pendidikan.

## MANFAAT

---

Pembelajaran dapat tetap terselenggara walau dalam situasi darurat (Sekolah darurat) yaitu anak korban bencana tetap memperoleh hak atas pendidikan. Masyarakat korban bencana dapat terpenuhi kebutuhan dasarnya, korban bencana yang mengalami psikososial dapat didampingi aktifitasnya, wilayah bencana alam/sosial dapat diidentifikasi, sehingga dapat dilakukan mitigasi bencana.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

1. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan: laporan administratif tahunan
2. Kementerian Agama: laporan administratif tahunan
3. Badan Penanggulangan Bencana Nasional (BNPB): Laporan Indeks Resiko Bencana

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 1.5.1.(e)

Indeks risiko bencana pada pusat-pusat pertumbuhan yang berisiko tinggi.

## KONSEP DAN DEFINISI

Indeks Risiko Bencana (IRB) adalah suatu perangkat analisis kebencanaan yang berbentuk indeks yang menunjukkan riwayat nyata kebencanaan yang telah terjadi dan menimbulkan kerugian (indeks rawan bencana, BNPB, 2013). IRB terdiri dari 71 indikator yang dapat dilihat dari dokumen perangkat penilaian kapasitas daerah dari BNPB. Saat ini IRB tersebut masih dikembangkan, hingga tahun 2016 BNPB telah menerbitkan edisi 2.0.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan :

IRB adalah bahaya dikali dengan kerentanan dan dibagi dengan kapasitas yang dinyatakan dengan satuan indeks risiko.

### Rumus :

$$\text{IRB} = \text{bahaya} \times \frac{\text{kerentanan}}{\text{kapasitas}}$$

### Catatan:

Bahaya dihitung berdasarkan rata-rata dari tingkat bahaya berupa data frekuensi dan magnitude dari bahaya alam seperti banjir, longsor, gempa bumi, tsunami, dll atau frekuensi (kemungkinan) bencana tertentu cenderung terjadi dengan intensitas tertentu pada lokasi tertentu. Kerentanan diamati berdasarkan parameter sosial budaya, ekonomi, fisik dan lingkungan.

Data kapasitas kemampuan diperoleh menggunakan metoda penilaian kapasitas berdasarkan parameter kapasitas regulasi, kelembagaan, sistem peringatan, pendidikan pelatihan keterampilan, mitigasi dan sistem kesiapsiagaan.

Unit terkecil yang dijadikan satuan penilaian fisik adalah kota seluruh Indonesia.

## **MANFAAT**

---

IRB ini dapat memberikan gambaran perbandingan tingkat risiko dari suatu daerah dibandingkan dengan daerah yang lain. Berdasarkan tingkat risiko ini dapat digunakan oleh berbagai pihak untuk melakukan analisis sebagai dasar dari kebijakan kelembagaan, pendanaan, perencanaan, statistik dan operasionalisasi penanggulangan bencana.

## **SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

---

Badan Penanggulangan Bencana Nasional (BNPB): Laporan IRB Indonesia.

## **DISAGREGASI**

---

Wilayah administrasi: nasional, provinsi, kabupaten/kota.

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

Dua (2) tahunan.

## **INDIKATOR**

### **1.5.2.(a)**

---

Jumlah kerugian ekonomi langsung akibat bencana.

## **KONSEP DAN DEFINISI**

---

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan oleh faktor alam dan atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis (IRBI Tahun 2013, BNPB).

Infrastruktur adalah fasilitas teknis, fisik, sistem, perangkat keras, dan lunak yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kepada masyarakat dan mendukung jaringan struktur agar pertumbuhan ekonomi dan sosial masyarakat dapat berjalan

dengan baik (Perpres No. 35 tahun 2015 tentang Kerjasama Pemerintah dengan Badan Usaha dalam Penyediaan Infrastruktur).

Pelayanan dasar adalah jenis pelayanan publik yang mendasar dan mutlak untuk memenuhi kebutuhan dasar masyarakat dalam kehidupan sosial, ekonomi dan pemerintahan (Permendagri No. 6 tahun 2007 tentang petunjuk teknis penyusunan dan penetapan standar pelayanan minimal).

Kerugian ekonomi langsung akibat bencana adalah penilaian kerugian ekonomi pasca bencana pada berbagai sektor pembangunan (pemukiman, infrastruktur, ekonomi produktif, sosial dan lintas sektor) yang diakibatkan oleh bencana pada sebuah provinsi.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan :

Banyaknya kerugian ekonomi langsung pada Kota ke-1 ditambah dengan banyaknya kerugian ekonomi langsung pada Kota ke-2 hingga Kota ke-n pada tahun yang sama, yang dinyatakan dengan satuan rupiah.

### Rumus :

$$JKE = KEP_1 + KEP_2 + \dots + KEP_n$$

### Keterangan:

- JKE : Jumlah kerugian ekonomi akibat bencana pada tahun yang sama.
- KEP1 : Banyaknya kerugian ekonomi langsung pada Provinsi 1.
- KEP2 : Banyaknya kerugian ekonomi langsung pada Provinsi 2.
- KEPn : Banyaknya kerugian ekonomi langsung pada Provinsi n.

## MANFAAT

---

Memonitor kerugian langsung akibat bencana sebagai salah satu landasan penilaian kebutuhan pasca bencana, serta pelaksanaan rehabilitasi dan rekonstruksi pasca bencana pada sebuah provinsi.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

Badan Nasional Pengendalian Bencana: Data dan Informasi Bencana Indonesia (DIBI) dan JITUPASNA (Pengkajian Kebutuhan Pasca bencana).

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: provinsi.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 1.5.3\*

---

Dokumen strategi pengurangan risiko bencana (PRB) tingkat nasional dan daerah.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Dokumen strategi pengurangan risiko bencana (PRB) tingkat nasional dan daerah adalah dokumen yang berisi strategi dan/atau rencana aksi pencegahan bencana untuk mengurangi ancaman dan kerentanan serta meningkatkan kemampuan masyarakat dalam menghadapi bencana, termasuk rencana aksi adaptasi perubahan iklim.

Dokumen strategi PRB setidaknya tercantum dalam dokumen Kebijakan dan Strategi Penanggulangan Bencana (Jakstra PB); Rencana Penanggulangan Bencana Nasional (Renas PB) dan Rencana Penanggulangan Bencana Daerah (RPBD), Rencana



Aksi Nasional Pengurangan Risiko Bencana (RAN PRB), dan Rencana Aksi Daerah Pengurangan Risiko Bencana (RAD PRB), serta Rencana Aksi Nasional Adaptasi Perubahan Iklim (RAN API) dan Rencana Aksi Daerah Adaptasi Perubahan Iklim (RAD API).

Periode penyusunan dokumen adalah sebagai berikut:

1. Jakstra PB: 5 tahun
2. Renas PB dan RPBD: 5 tahun
3. RAN dan RAD PRB: 3 tahun
4. RAN dan RAD API: 5 tahun

## **METODE PERHITUNGAN**

---

### **Cara Perhitungan :**

Indikator telah tercapai melalui tersedianya dokumen strategi PRB tingkat nasional (Jakstra PB, Renas PB, RAN PRB, dan/atau RAN API) dan daerah (RPBD, RAD PRB, dan/atau RAD API) yang telah disahkan saat dilakukan pengumpulan data, menjadi indikasi adanya kebijakan dan strategi, serta rencana aksi yang melandasi implementasi PRB di tingkat nasional dan daerah pada tahun berjalan.

**Rumus : -**

## **MANFAAT**

---

Memantau ketersediaan kebijakan, strategi, dan rencana aksi PRB yang dituangkan oleh pemerintah dan pemerintah daerah, serta para pihak lainnya ke dalam strategi PRB tingkat nasional dan daerah (provinsi/kabupaten/kota).

Renas PB diperlukan dalam rangka:

1. Menyusun rencana penanggulangan bencana yang meliputi pencegahan, mitigasi, kesiapsiagaan, tanggap darurat, dan pemulihan berdasarkan analisis risiko bencana serta menentukan pilihan tindakan yang sesuai dengan fokus prioritas, program, sasaran, indikator capaian, dan kegiatan yang diperlukan.

2. Memberikan acuan kepada kementerian, lembaga pemerintah, dan lembaga non pemerintah serta seluruh pemangku kepentingan penanggulangan bencana di Indonesia agar dapat melaksanakan penanggulangan bencana secara terencana, terpadu, terkoordinasi, dan menyeluruh.

## **SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

---

1. Badan Nasional Penanggulangan Bencana, BNPB sebagai koordinator penyusunan dokumen strategi PRB: Laporan tahunan
2. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Bappenas sebagai koordinator penyusunan RAD API: Laporan tahunan

## **DISAGREGASI**

---

Wilayah administrasi: nasional, provinsi, kabupaten/kota.

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

Tahunan.

## **TARGET 1.a**

---

Menjamin mobilisasi yang signifikan terkait sumber daya dari berbagai sumber, termasuk melalui kerjasama pembangunan yang lebih baik, untuk menyediakan sarana yang memadai dan terjangkau bagi negara berkembang, khususnya negara kurang berkembang untuk melaksanakan program dan kebijakan mengakhiri kemiskinan di semua dimensi.

## INDIKATOR

### 1.a.1\*

Proporsi sumber daya yang dialokasikan oleh pemerintah secara langsung untuk program pemberantasan kemiskinan.

## KONSEP DAN DEFINISI

Penanggulangan kemiskinan memerlukan upaya bersama dari berbagai K/L terkait yang dilaksanakan secara terkoordinasi. Hampir semua K/L memiliki kegiatan untuk penanggulangan kemiskinan sesuai dengan tugas dan fungsi K/L tersebut. Untuk itu, diperlukan perolehan data dan informasi tentang besaran dana untuk penanggulangan kemiskinan dari tiap K/L. Data proporsi sumber daya yang dialokasikan oleh pemerintah secara langsung untuk program pemberantasan kemiskinan dipublikasikan oleh Direktorat Penanggulangan Kemiskinan dan Kesejahteraan Sosial, Kementerian PPN/Bappenas dan Direktorat Sistem Penganggaran, Direktorat Jenderal Anggaran, Kementerian Keuangan.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan :

Jumlah alokasi dana untuk penanggulangan kemiskinan dari seluruh sektor dibagi dengan total APBN dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus :

$$\text{PAK} = \frac{\text{JAK}}{\text{JAPBN}} \times 100\%$$

### Keterangan:

PAK : Proporsi sumber daya yang dialokasikan oleh pemerintah secara langsung untuk program pemberantasan kemiskinan

JAK : Jumlah alokasi dana untuk penanggulangan kemiskinan dari seluruh sektor

JAPBN : Total APBN tahun berjalan

## MANFAAT

---

Makin tinggi alokasi dana untuk program penanggulangan kemiskinan diharapkan akan berpengaruh dalam penurunan angka kemiskinan. Kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan merupakan prioritas dalam agenda pembangunan di tingkat nasional maupun daerah.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

Direktorat Penanggulangan Kemiskinan dan Kesejahteraan Sosial, Kementerian PPN/Bappenas.

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 1.a.2\*

---

Pengeluaran untuk layanan pokok (pendidikan, kesehatan, dan perlindungan sosial) sebagai persentase dari total belanja pemerintah

## KONSEP DAN DEFINISI

---

**Pengeluaran pemerintah untuk pendidikan** adalah besarnya pengeluaran belanja pemerintah untuk pendidikan (termasuk gaji) yang dialokasikan minimal 20% dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) pada sektor pendidikan. (Amandemen UUD 1945). Di daerah alokasi minimal 20% dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). (Amandemen UUD 1945)

**Pengeluaran pemerintah untuk kesehatan** adalah besarnya pengeluaran belanja pemerintah untuk kesehatan selain gaji yang dialokasikan minimal sebesar 5% dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) pada sektor kesehatan. Sedangkan alokasi di daerah minimal 10% dari

Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).  
(UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009)

**Pengeluaran pemerintah untuk perlindungan sosial** meliputi:

1. Jumlah dana yang dikeluarkan pemerintah untuk perlindungan kesehatan melalui jaminan sosial (PBI) yang berasal dari APBN.
2. Jumlah dana yang dikeluarkan pemerintah untuk bantuan sosial (KIP, KPS, PKH, Rastra/Raskin) yang berasal dari APBN.

Catatan masukan: Untuk informasi pengeluaran rutin untuk layanan pokok pada tingkat daerah (APBD) maka perhitungan akan disesuaikan. Data pengeluaran untuk layanan pokok (pendidikan, kesehatan, dan perlindungan sosial) sebagai persentase dari total belanja pemerintah dipublikasikan oleh Direktorat Sistem Penganggaran, Direktorat Jenderal Anggaran, Kementerian Keuangan melalui website resmi (<http://anggaran.depkeu.go.id>).

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan Pendidikan:

Pengeluaran/Belanja Pendidikan = Jumlah dana yang dikeluarkan untuk pendidikan dibagi dengan total belanja pemerintah pada periode yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus Pendidikan:

$$PBP = \frac{JBP}{JBS} \times 100\%$$

### Keterangan:

- PBP : Persentase pengeluaran/belanja pemerintah untuk pendidikan
- JBP : Jumlah belanja pemerintah untuk sektor pendidikan
- JBS : Total belanja pemerintah seluruhnya pada periode yang sama

### Cara Perhitungan Kesehatan:

Pengeluaran/Belanja Kesehatan = Jumlah dana yang dikeluarkan untuk kesehatan dibagi dengan total belanja pemerintah pada periode yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

#### Rumus Kesehatan:

$$PBK = \frac{JBK}{JBS} \times 100\%$$

#### Keterangan:

PBK : Persentase pengeluaran/belanja pemerintah untuk kesehatan

JBK : Jumlah belanja pemerintah untuk sektor kesehatan

JBS : Total belanja pemerintah seluruhnya pada periode yang sama

### Cara Perhitungan Perlindungan Sosial:

Pengeluaran/Belanja Perlindungan Sosial = Jumlah dana yang dikeluarkan untuk kesehatan dibagi dengan total belanja pemerintah pada periode yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

#### Rumus Kesehatan:

$$PBPS = \frac{JBPS}{JBS} \times 100\%$$

#### Keterangan:

PBPS : Persentase pengeluaran/belanja pemerintah untuk perlindungan sosial

JBPS : Jumlah belanja pemerintah untuk sektor perlindungan sosial

JBS : Total belanja pemerintah seluruhnya pada periode yang sama

## **MANFAAT**

---

Pendidikan, kesehatan, dan perlindungan sosial merupakan komponen penting dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Sumber daya manusia yang berkualitas akan meningkatkan produktivitas dan ekonomi yang pada gilirannya akan meningkatkan daya saing bangsa. Dukungan sumber daya yang terus meningkat dan berkelanjutan merupakan dengan penggunaan yang lebih efektif dan efisien merupakan salah satu unsur penting dalam peningkatan kualitas sumber daya manusia.

## **SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

---

Kementerian Keuangan.

## **DISAGREGASI**

---

Wilayah administrasi: nasional.

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

Tahunan.





## 2 TANPA KELAPARAN



## TUJUAN 2

### MENGHILANGKAN KELAPARAN, MENCAPAI KETAHANAN PANGAN DAN GIZI YANG BAIK, SERTA MENINGKATKAN PERTANIAN BERKELANJUTAN

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
2.1 Pada tahun 2030, menghilangkan kelaparan dan menjamin akses bagi semua orang, khususnya orang miskin dan mereka yang berada dalam kondisi rentan, termasuk bayi, terhadap makanan yang aman, bergizi, dan cukup sepanjang tahun.	2.1.1*	Prevalensi Ketidakcukupan Konsumsi Pangan ( <i>Prevalence of Undernourishment</i> ).	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	2.1.1.(a)	Prevalensi kekurangan gizi ( <i>underweight</i> ) pada anak balita.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	2.1.2*	Prevalensi penduduk dengan kerawanan pangan sedang atau berat, berdasarkan pada Skala Pengalaman Kerawanan Pangan.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	2.1.2.(a)	Proporsi penduduk dengan asupan kalori minimum di bawah 1400 kkal/kapita/hari.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
2.2 Pada tahun 2030, menghilangkan segala bentuk kekurangan gizi, termasuk pada tahun 2025 mencapai target yang disepakati secara internasional untuk anak pendek dan kurus di bawah usia 5 tahun, dan memenuhi kebutuhan gizi remaja perempuan, ibu hamil dan menyusui, serta manula.	2.2.1*	Prevalensi <i>stunting</i> (pendek dan sangat pendek) pada anak di bawah lima tahun/balita.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	2.2.1.(a)	Prevalensi <i>stunting</i> (pendek dan sangat pendek) pada anak di bawah dua tahun/baduta.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	2.2.2*	Prevalensi malnutrisi (berat badan/tinggi badan) anak pada usia kurang dari 5 tahun, berdasarkan tipe.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	2.2.2.(a)	Prevalensi anemia pada ibu hamil.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	2.2.2.(b)	Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	2.2.2.(a)	Prevalensi anemia pada ibu hamil.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
	2.2.2.(c)	Kualitas konsumsi pangan yang diindikasikan oleh skor Pola Pangan Harapan (PPH) mencapai; dan tingkat konsumsi ikan.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
2.3 Pada tahun 2030, menggandakan produktivitas pertanian dan pendapatan produsen makanan skala kecil, khususnya perempuan, masyarakat penduduk asli, keluarga petani, penggembala dan nelayan, termasuk melalui akses yang aman dan sama terhadap lahan, sumber daya produktif, dan input lainnya, pengetahuan, jasa keuangan, pasar, dan peluang nilai tambah, dan pekerjaan nonpertanian.	2.3.1 *	Nilai Tambah Pertanian dibagi jumlah tenaga kerja di sektor pertanian (rupiah per tenaga kerja).	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	2.3.2	Rata-rata pendapatan produsen pertanian skala kecil, menurut jenis dan status adat.	Indikator global yang akan dikembangkan.
2.4 Pada tahun 2030, menjamin sistem produksi pangan yang berkelanjutan dan menerapkan praktek pertanian tangguh yang meningkatkan produksi dan produktivitas, membantu menjaga ekosistem, memperkuat kapasitas adaptasi terhadap perubahan iklim,	2.4.1	Penetapan kawasan pertanian pangan berkelanjutan.	Indikator global yang akan dikembangkan.

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
cuaca ekstrim, kekeringan, banjir, dan bencana lainnya, serta secara progresif memperbaiki kualitas tanah dan lahan.			
2.5 Pada tahun 2020, mengelola keragaman genetik benih, tanaman budidaya dan hewan ternak dan peliharaan dan spesies liar terkait, termasuk melalui bank benih dan tanaman yang dikelola dan dianekaragamkan dengan baik di tingkat nasional, regional dan internasional, serta meningkatkan akses terhadap pembagian keuntungan yang adil dan merata, hasil dari pemanfaatan sumber daya genetik dan pengetahuan tradisional terkait, sebagaimana yang disepakati secara internasional.	2.5.1*	Jumlah varietas unggul tanaman dan hewan untuk pangan yang dilepas.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	2.5.2*	Proporsi hewan ternak dan sejenisnya, diklasifikasikan menurut tingkat risiko kepunahan: berisiko, tidak berisiko, dan risiko yang tidak diketahui.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
2.a. Meningkatkan investasi, termasuk melalui kerjasama internasional yang kuat, dalam infrastruktur perdesaan, layanan kajian dan perluasan pertanian, pengembangan	2.a.1	Indeks pengeluaran pemerintah untuk pertanian.	Indikator global yang akan dikembangkan.

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
teknologi dan bank gen untuk tanaman dan ternak, untuk meningkatkan kapasitas produktif pertanian di negara berkembang, khususnya negara kurang berkembang.	2.a.2	Total bantuan pembangunan (ODA) dan bantuan lain untuk sektor pertanian.	Indikator global yang akan dikembangkan.
2.b Memperbaiki dan mencegah pembatasan dan distorsi dalam pasar pertanian dunia, termasuk melalui penghapusan secara bersamaan segala bentuk subsidi ekspor pertanian dan semua tindakan ekspor dengan efek setara, sesuai dengan amanat the Doha Development Round.	2.b.1	Perkiraan dukungan kebijakan kepada produsen.	Indikator global yang akan dikembangkan.
	2.b.2	Subsidi ekspor pertanian.	Indikator global yang akan dikembangkan.
2.c Mengadopsi langkah-langkah untuk menjamin berfungsinya pasar komoditas pangan serta turunannya dengan tepat, dan memfasilitasi pada waktu yang tepat akses terhadap informasi pasar, termasuk informasi cadangan pangan, untuk membantu membatasi volatilitas harga pangan yang ekstrim.	2.c.1	Indikator anomali harga pangan.	Indikator global yang akan dikembangkan.

## 2 TANPA KELAPARAN



## TUJUAN 2

### MENGHILANGKAN KELAPARAN, MENCAPAI KETAHANAN PANGAN DAN GIZI YANG BAIK, SERTA MENINGKATKAN PERTANIAN BERKELANJUTAN

#### TARGET 2.1

Pada tahun 2030, menghilangkan kelaparan dan menjamin akses bagi semua orang, khususnya orang miskin dan mereka yang berada dalam kondisi rentan, termasuk bayi, terhadap makanan yang aman, bergizi, dan cukup sepanjang tahun.

#### INDIKATOR 2.1.1\*

Prevalensi  
Ketidalcukupan  
Konsumsi Pangan  
(Prevalence of  
Undernourishment).

#### KONSEP DAN DEFINISI

Prevalensi ketidakcukupan konsumsi pangan atau *Prevalence of Undernourishment* (PoU) adalah estimasi proporsi dari suatu populasi tertentu, dimana konsumsi energi biasanya sehari-hari dari makanan tidak cukup untuk memenuhi tingkat energi yang dibutuhkan untuk hidup normal, aktif dan sehat, yang dinyatakan dalam bentuk persentase. Atau, probabilitas individu yang dipilih secara acak dari suatu populasi referensi, yang secara regular mengkonsumsi makanan yang kurang dari kebutuhan energinya.

Ketidalcukupan konsumsi pangan (*undernourishment*) didefinisikan sebagai suatu kondisi dimana seseorang, secara regular, mengkonsumsi sejumlah makanan yang tidak cukup untuk menyediakan energi yang dibutuhkan untuk hidup normal, aktif, dan sehat. Undernourishment berbeda dengan malnutrition dan undernutrition, dimana *malnutrition* dan *undernutrition* adalah *outcome* terkait status gizi. Walaupun *undernourishment* adalah kondisi individu, namun karena pertimbangan konsep

dan data yang tersedia, indikator ini hanya dapat diaplikasikan untuk mengestimasi pada level suatu populasi atau kelompok individu, bukan pada level individu itu sendiri, sehingga indikator ini tidak tepat digunakan untuk mengidentifikasi individu mana dari populasi tersebut yang mengalami *undernourished* (ketidakcukupan konsumsi pangan).

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan:

Dalam mengukur PoU memperhitungkan 4 parameter yaitu (1) *Dietary Energy Consumption/DEC*, (2) *Coefficient of Variation/CV*, dan (3) *Skewness* yang ketiganya menggambarkan distribusi tingkat konsumsi energi biasanya dari suatu populasi, serta (4) *Minimum Dietary Energy Requirement/MDER* yang menentukan batas terendah dari kisaran kebutuhan energi normal rata-rata individu. Distribusi konsumsi energi biasanya dari suatu populasi dapat dianalisa secara statistik dari data konsumsi makanan, sedangkan MDER dapat dianalisa berdasarkan data tinggi badan populasi suatu negara; indeks masa tubuh dan weight gain menurut kelompok umur dan jenis kelamin berdasarkan referensi FAO/WHO/UNU joint expert consultation.

### Rumus:

$$PoU = \int_{x < MDER} f(x)dx$$

### Keterangan:

- PoU : Proporsi populasi yang mengalami ketidakcukupan konsumsi pangan di bawah kebutuhan minimum energi (MDER) yang diukur dengan kkal
- MDER : Kebutuhan Minimum Energi yang diukur dengan kkal (*Minimum Dietary Energy Requirement*)
- f(x) : Fungsi kepadatan probabilitas tingkat konsumsi kalori umumnya sehari-hari untuk rata-rata per kapita individu dalam suatu populasi tertentu

## MANFAAT

---

Indikator PoU ini digunakan untuk memonitor tren atau perubahan pola ketidakcukupan konsumsi energi dari makanan, dalam suatu populasi, secara berkala dari waktu ke waktu. Indikator ini dapat menggambarkan perubahan dalam ketersediaan makanan dan kemampuan rumah tangga untuk mengakses makanan tersebut, pada tingkat sosial ekonomi yang berbeda, serta pada tingkat nasional dan sub-nasional.

Konsep PoU ini memungkinkan untuk mengestimasi kondisi kekurangan pangan yang parah dalam jumlah populasi yang besar, sehingga indikator ini digunakan untuk mengukur target menghilangkan kelaparan secara global.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

1. BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) untuk Data konsumsi pangan dan pengeluaran rumah tangga dan Data Neraca Bahan Makanan/*Food Balance Sheet*.
2. Badan Ketahanan Pangan, Kementerian Pertanian: Data Neraca Bahan Makanan/*Food Balance Sheet*.
3. Kementerian Kesehatan melalui Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) untuk data tinggi badan menurut umur dan jenis kelamin; SKMI/SDT untuk data asupan energi individu, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
4. FAO/WHO/UNU *joint expert consultation* untuk data referensi standar internasional tentang Index Masa Tubuh dan weight gain.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan

3. Jenis kelamin kepala rumah tangga
4. Kelompok pendapatan (pengeluaran).

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 2.1.1.(a)

---

Prevalensi kekurangan gizi (*underweight*) pada anak balita.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Kurang gizi tingkat berat disebabkan oleh rendahnya konsumsi energi dan protein dari makanan sehari-hari yang terjadi dalam waktu yang cukup lama. Gizi buruk diketahui dengan cara pengukuran berat badan menurut tinggi badan dan/atau umur dibandingkan standar dengan atau tanpa tanda-tanda klinis.

Cara perhitungan *underweight* adalah gizi buruk dan gizi kurang dihitung dari berat badan dibagi dengan umur (BB/U).

Berikut adalah standart dari WHO dan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1995/MENKES/SK/XII/2010:

- Batas gizi buruk pada balita adalah  $< -3.0$  SD baku WHO.
- Batas gizi kurang pada balita yaitu antara  $< -2.0$  SD sampai dengan  $-3.0$  SD baku WHO.

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara perhitungan:

Jumlah anak balita mengalami kekurangan gizi (*underweight*) dibandingkan dengan jumlah seluruh anak balita, dinyatakan dalam satuan persen (%).



### Rumus:

$$\text{PKG AB(5)} = \frac{\text{JAB(5)KG}}{\text{JAB(5)}} \times 100\%$$

### Keterangan:

- PKG AB(5) : Prevalensi kekurangan gizi (*underweight*) pada anak balita
- JAB(5)KG : Jumlah seluruh anak balita yang menderita kekurangan gizi (*underweight*)
- JAB(5) : Jumlah seluruh anak balita

## MANFAAT

Pengukuran ini dilakukan untuk mengukur besarnya penduduk yang mempunyai konsumsi energi yang sangat rendah sehingga memerlukan prioritas di dalam upaya perbaikan pangan dan gizi. Pembangunan berkelanjutan memerlukan usaha konkrit untuk mengurangi kemiskinan serta mencari solusi menghilangkan kelaparan dan kekurangan gizi.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas)
2. Kementerian Kesehatan: Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dan PSG (Pemantauan Status Gizi).

## DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin kepala rumah tangga
4. Kelompok pendapatan (pengeluaran).

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

## INDIKATOR

### 2.1.2\*

Prevalensi penduduk dengan kerawanan pangan sedang atau berat, berdasarkan Skala Pengalaman Kerawanan Pangan.

## KONSEP DAN DEFINISI

Indikator ini mengukur persentase individu di populasi secara nasional yang memiliki pengalaman atau mengalami tingkat kerawanan pangan sedang atau parah, setidaknya sekali dalam 12 bulan terakhir. Tingkat keparahan kerawanan pangan bersifat laten, yang diukur berdasarkan Skala Kerawanan Pengalaman Kerawanan Pangan (*Food Insecurity Experience Scale/FIES*) berdasarkan skala referensi global.

Ketidakmampuan seseorang dalam mengakses pangan dapat dilihat dari pengalaman. Kondisi ini umum terjadi pada tingkat sosial ekonomi dan budaya yang berbeda. Skala pengalaman ini berkisar dari ketidakmampuan untuk mendapatkan makanan dalam jumlah yang cukup, ketidakmampuan untuk mengonsumsi makanan yang berkualitas dan beragam, terpaksa untuk mengurangi porsi makan atau mengurangi frekuensi makan dalam sehari, hingga kondisi ekstrim merasa lapar karena tidak mendapatkan makanan sama sekali. Kondisi seperti ini menjadi dasar untuk membuat skala pengukuran kerawanan pangan berdasarkan pengalaman. Dengan metode statistik tertentu, skala ini memungkinkan untuk menganalisa prevalensi kerawanan pangan secara konsisten antar negara. Tingkat keparahan kondisi kerawanan pangan yang diukur melalui skala ini dapat langsung menggambarkan ketidakmampuan rumah tangga atau individu dalam mengakses makanan yang dibutuhkan secara reguler.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan:

Data pada tingkat individu atau rumah tangga dapat dikumpulkan menggunakan kuesioner skala pengalaman kerawanan pangan melalui 8 pertanyaan modul FIES. Data dapat dianalisa menggunakan Rasch Model. Terdapat tiga kategori

FIES: (a) tidak rawan pangan atau rawan pangan ringan; (b) rawan pangan sedang atau parah; dan (c) rawan pangan parah.

#### Rumus 1:

$$FI_{mod+sev} = \sum_i p_{i_{mod+sev}} \times w_i$$

#### Rumus 2:

$$FI_{sev} = \sum_i p_{i_{sev}} \times w_i$$

#### Keterangan:

$FI_{mode+sev}$  : Prevalensi rawan pangan sedang atau parah  
 $FI_{sev}$  : Rawan pangan parah  
 $W_i$  : Berat badan  
 $i$  : Individu

Estimasi probabilitas rawan pangan sedang atau parah adalah dan probabilitas rawan pangan parah adalah , dimana  $0 < < 1$ . Probabilitas tidak rawan pangan atau rawan pangan ringan diperoleh  $= 1 -$ .

## MANFAAT

Penggabungan indikator FIES dalam survei nasional dapat mengidentifikasi faktor determinan yang menyebabkan ketidakrawanan pangan pada tingkatan individu atau rumah tangga dalam berbagai konteks.

Skala ini dapat memperlihatkan perbedaan tingkat kerawanan pangan berdasarkan pengalaman dalam mengakses pangan antara laki-laki dan perempuan. Hal ini dapat berguna untuk meningkatkan status akses pangan perempuan dalam rumah tangga.

Pemerintah dapat menggunakan skala ini untuk mengidentifikasi secara spesifik tingkat kerawanan pangan antar kelompok populasi dan di tingkat sub-nasional, guna merencanakan dan merancang kebijakan dan program yang diperuntukkan bagi penduduk rawan pangan sehingga menjamin hak asasi penduduk dalam mengakses pangan yang cukup dan beragam. Skala ini memungkinkan pemerintah untuk memonitor tingkat kerawanan pangan secara simpel, mudah dan tepat waktu, dan dapat berfungsi sebagai sistem peringatan dini terhadap keadaan rawan pangan sehingga dapat mencegah terjadinya akibat jangka panjang kekurangan gizi di masyarakat. Skala ini juga berguna untuk mengukur dampak dari program dan kebijakan terkait akses terhadap pangan.

## **SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

---

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas Kor).

## **DISAGREGASI**

---

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin kepala rumah tangga
4. Kelompok pendapatan (pengeluaran).

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

Tahunan.

## **INDIKATOR 2.1.2.(a)**

---

Proporsi penduduk dengan asupan kalori minimum di bawah 1400 kkal/kapita/hari.

## **KONSEP DAN DEFINISI**

---

Tingkat konsumsi minimum adalah tingkat konsumsi energi yang besarnya 70% dari angka yang dianjurkan (70% dari Angka Kecukupan

Gizi=2100 kkal). Standar kecukupan disesuaikan dengan distribusi populasi penduduk berdasarkan usia.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan:

Jumlah penduduk dengan asupan kalori minimum di bawah 1400 kkal dibagi dengan jumlah penduduk seluruhnya dinyatakan dalam satuan persen (%).

$$\text{PTKE minimum} = \frac{\text{JPTKE} < 1400 \text{ kkal}}{\text{JP}} \times 100\%$$

### Keterangan:

PTKE minimum	:	Proporsi penduduk dengan asupan kalori minimum di bawah 1400 kkal/kapita/hari
JPTKE <1400 kkal	:	Jumlah penduduk dengan asupan kalori minimum di bawah 1400 kkal
JP	:	Jumlah Penduduk

## MANFAAT

Pengukuran ini dilakukan untuk mengukur besarnya penduduk yang mempunyai konsumsi energi yang sangat rendah sehingga memerlukan prioritas di dalam upaya perbaikan pangan dan gizi. Pembangunan berkelanjutan memerlukan usaha konkrit untuk mengurangi kemiskinan serta mencari solusi menghilangkan kelaparan dan kekurangan gizi.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas).
2. Kementerian Pertanian: Laporan administratif
3. Kementerian Kesehatan: Laporan administratif Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin kepala rumah tangga
4. Kelompok pendapatan (pengeluaran).

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## TARGET 2.2

---

Pada tahun 2030, menghilangkan segala bentuk kekurangan gizi, termasuk pada tahun 2025 mencapai target yang disepakati secara internasional untuk anak pendek dan kurus di bawah usia 5 tahun, dan memenuhi kebutuhan gizi remaja perempuan, ibu hamil dan menyusui, serta manula.

## INDIKATOR

### 2.2.1\*

---

Prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) pada anak di bawah lima tahun/balita.

Prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) pada anak di bawah lima tahun/balita.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

*Stunting* (pendek/sangat pendek) adalah kondisi kurang gizi kronis yang diukur berdasarkan indeks tinggi badan menurut umur (TB/U) dibandingkan dengan menggunakan standar WHO tahun 2005.

Data tinggi badan pada Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menjadi analisis untuk status gizi dan tinggi badan setiap anak balita dikonversikan ke dalam nilai terstandar (Z-score) menggunakan baku antropometri anak balita WHO 2005. Klasifikasi berdasarkan indikator TB/U adalah sebagai berikut standar dari WHO dan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1995/MENKES/SK/XII/2010:

1. Sangat pendek: Zscore  $< -3,0$
2. Pendek : Zscore  $\geq -3,0$  s/d Zscore  $< -2,0$

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan (1):

(1) Jumlah anak balita pendek pada waktu tertentu dibagi dengan jumlah anak balita pada waktu yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus (1):

$$\text{PAB(5)P stunting} = \frac{\text{JAB(5)P stunting}}{\text{JAB(5)}} \times 100\%$$

### Keterangan:

- PAB(5)Pstunting : Prevalensi anak balita yang menderita pendek (stunting)  
JAB(5)Pstunting : Jumlah anak balita pendek (stunting) pada waktu tertentu  
JAB(5) : Jumlah anak balita pada waktu yang sama

### Cara perhitungan (2):

(2) Jumlah anak balita sangat pendek pada waktu tertentu dibagi dengan jumlah anak balita pada periode yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus (2):

$$\text{PAB(5)SPstunting} = \frac{\text{JAB(5)SP stunting}}{\text{JAB(5)}} \times 100\%$$

### Keterangan:

- PAB(5) SP stunting : Prevalensi anak baduta yang menderita sangat pendek (stunting)  
JAB(5) SP stunting : Jumlah anak baduta sangat pendek (stunting) pada waktu tertentu  
JAB(5) : Jumlah anak baduta pada waktu yang sama

## MANFAAT

---

Indikator ini mengukur persentase anak balita yang tingginya dibawah ketinggian rata-rata penduduk acuan. *Stunting* pada anak-anak mencerminkan efek yang luas dari kekurangan gizi yang kronis dan menderita penyakit berulang yang disebabkan oleh latar belakang sosial dan ekonomi yang buruk. *Stunting* pada anak-anak dapat memiliki dampak serius pada perkembangan fisik, mental, dan emosional anak-anak, dan bukti menunjukkan bahwa efek dari stunting pada usia muda, khususnya pada perkembangan otak, sulit untuk memperbaikinya pada usia lanjut walaupun jika anak menerima gizi yang tepat. Selain itu anak yang mengalami stunting beresiko lebih besar menderita penyakit menular dan tidak menular pada usia dewasa seperti jantung, diabetes, dan penyakit pembuluh darah. Oleh karena itu, indikator ini menunjukkan bahwa betapa pentingnya memberikan gizi yang cukup untuk anak-anak.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

Kementerian Kesehatan:

1. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) melalui Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)
2. Direktorat Bina Gizi melalui Pemantauan Status Gizi (PSG).

Catatan: Metodologi dari data PSG dapat divalidasi sehingga dapat dibandingkan dengan data riskesdas.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin



4. Kelompok umur: 0-2 tahun dan 0-4 tahun
5. Kelompok pendapatan (pengeluaran).

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

1. Data PSG : Tahunan
2. Riskesdas: Lima (5) tahunan

### INDIKATOR 2.2.1.(a)

---

Prevalensi *stunting* (pendek dan sangat pendek) pada anak di bawah dua tahun/baduta.

### KONSEP DAN DEFINISI

---

*Stunting* (pendek/sangat pendek) adalah kondisi kurang gizi kronis yang diukur berdasarkan indeks tinggi badan menurut umur (TB/U) dibandingkan dengan menggunakan standar WHO tahun 2005.

Data tinggi badan pada Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) menjadi analisis untuk status gizi dan tinggi badan setiap anak baduta dikonversikan ke dalam nilai terstandar (Z-score) menggunakan baku antropometri anak balita WHO 2005. Klasifikasi berdasarkan indikator TB/U adalah sebagai berikut:

1. Sangat pendek : Zscore <-3,0
2. Pendek : Zscore ≥ -3,0 s/d Zscore < -2,0

### METODE PERHITUNGAN

---

#### Cara perhitungan (1):

(1) Jumlah anak baduta pendek pada waktu tertentu dibagi dengan jumlah anak baduta pada periode yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

#### Rumus (1):

$$PAB(2)P_{stunting} = \frac{JAB(2)P_{stunting}}{JAB(2)} \times 100\%$$

### Keterangan:

- PAB(2)Pstunting : Prevalensi anak baduta yang menderita pendek (*stunting*)
- JAB(2)Pstunting : Jumlah anak baduta pendek (*stunting*) pada waktu tertentu
- JAB(2) : Jumlah anak baduta pada periode waktu yang sama

### Cara perhitungan (2):

(2) Jumlah anak baduta sangat pendek pada waktu tertentu dibagi dengan jumlah anak baduta pada periode yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus (2):

$$\text{PAB(2)Pstunting} = \frac{\text{JAB(2)SP stunting}}{\text{JAB(2)}} \times 100\%$$

### Keterangan:

- PAB(2)SP stunting: Prevalensi anak baduta yang menderita sangat pendek (*stunting*)
- JAB(2)SP stunting: Jumlah anak baduta sangat pendek (*stunting*) pada waktu tertentu
- JAB(2) : Jumlah anak baduta pada periode waktu yang sama

## MANFAAT

Indikator ini mengukur persentase anak baduta yang tingginya dibawah ketinggian rata-rata penduduk acuan. *Stunting* pada anak-anak mencerminkan efek yang luas dari kekurangan gizi yang kronis dan menderita penyakit berulang yang disebabkan oleh latar belakang sosial dan ekonomi yang buruk. *Stunting* pada anak-anak dapat memiliki dampak serius pada perkembangan fisik, mental, dan emosional anak-anak, dan bukti menunjukkan bahwa efek dari *stunting* pada usia muda, khususnya pada perkembangan otak, sulit untuk memperbaikinya pada usia lanjut walaupun jika anak menerima gizi yang tepat. Selain itu, anak yang mengalami *stunting* beresiko lebih besar menderita penyakit menular dan tidak menular pada usia dewasa

seperti jantung, diabetes, dan penyakit pembuluh darah. Oleh karena itu, indikator ini menunjukkan bahwa betapa pentingnya memberikan gizi yang cukup untuk anak-anak.

## **SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

---

### **Kementerian Kesehatan:**

1. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) melalui Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)
2. Direktorat Bina Gizi melalui Pemantauan Status Gizi (PSG).
3. Catatan: Metodologi dari data PSG dapat divalidasi sehingga dapat dibandingkan dengan data riskesdas.

## **DISAGREGASI**

---

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok umur: 0-2 tahun dan 0-4 tahun
5. Kelompok pendapatan (pengeluaran).

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

1. Data PSG : Tahunan
2. Riskesdas: Lima (5) tahunan.

## **INDIKATOR 2.2.2\***

---

Prevalensi malnutrisi (berat badan/tinggi badan) anak pada usia kurang dari 5 tahun, berdasarkan tipe.

## **KONSEP DAN DEFINISI**

---

Wasting (kurus) adalah kondisi kurang gizi akut yang diukur berdasarkan indeks berat badan menurut tinggi badan (BB/TB) dibandingkan dengan menggunakan standar WHO 2005 digunakan pada

balita.

Berikut adalah standart dari WHO dan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1995/MENKES/SK/XII/2010:

- Sangat Kurus : Zscore <-3,0
- Kurus : Zscore  $\geq$ - 3,0 s/d Zscore < -2,0

**Obesitas (gemuk/sangat gemuk)** adalah penyakit kronis dengan ciri-ciri timbunan lemak tubuh yang berlebih (eksesif), biasanya menggunakan ukuran berat badan menurut tinggi badan dibandingkan tinggi badan >2 standar WHO 2005.

Berikut adalah standart dari WHO dan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 1995/MENKES/SK/XII/2010:

- Gemuk : Zscore >2, 0 s/d Zscore  $\leq$ 3,0
- Obesitas : Zscore >3,0

Tolak ukur kelebihan berat badan adalah  $\geq$ 20% dari berat badan ideal, selain itu perlu dilihat dari tinggi badan, bentuk dan besar rangka. Obesitas merupakan indikator risiko terhadap beberapa penyakit dan kematian.

Di Indonesia dinilai memakai Indeks Masa Tubuh (IMT), berat badan dalam kilogram dibagi kuadrat tinggi badan dalam meter. Disebut overweight jika nilainya > 27,0.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan kurus/wasting (1):

(1) Jumlah anak balita yang menderita kurus dibagi dengan jumlah anak balita dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus kurus/wasting (1):

$$\text{PAB(5)Kwasting} = \frac{\text{JAB(5)K wasting}}{\text{J AB(5)}} \times 100\%$$

**Keterangan:**

- PAB(5)K wasting : Prevalensi anak balita yang menderita kurus (*wasting*)
- JAB(5) K wasting : Jumlah anak balita yang menderita kurus (*wasting*) pada waktu tertentu
- JAB(5) : Jumlah seluruh anak balita pada periode waktu yang sama

**Cara perhitungan kurus/wasting (2):**

(2) Jumlah anak balita yang menderita sangat kurus dibagi dengan jumlah anak balita dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

**Rumus kurus/wasting (2):**

$$\text{PAB(5)SKwasting} = \frac{\text{JAB(5)SK wasting}}{\text{JAB(5)}} \times 100\%$$

**Keterangan:**

- PAB(5)SK wasting : Prevalensi anak balita yang menderita sangat kurus (*wasting*)
- JAB(5) SK wasting: Jumlah anak balita yang menderita sangat kurus (*wasting*) pada periode waktu tertentu
- JAB(5) : Jumlah seluruh anak balita pada waktu yang sama

**Cara perhitungan Gemuk**

(1) Jumlah anak balita yang menderita gemuk pada waktu tertentu dibagi dengan jumlah anak balita pada periode yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

**Rumus Gemuk:**

$$\text{PAB(5)Gemuk} = \frac{\text{PAB (5) Gemuk}}{\text{JAB(5)}} \times 100\%$$

**Keterangan:**

- PAB(5) Gemuk : Prevalensi anak balita yang menderita gemuk
- JAB(5) Gemuk : Jumlah anak balita yang menderita gemuk pada waktu tertentu
- JAB(5) : Jumlah seluruh anak balita pada periode waktu yang sama

### Cara perhitungan Obesitas (2):

(2) Jumlah anak balita yang menderita obesitas pada waktu tertentu dibagi dengan jumlah anak balita pada periode yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus Obesitas (2):

$$\text{PAB(5) obesitas} = \frac{\text{PAB(5) obesitas}}{\text{JAB(5)}} \times 100\%$$

### Keterangan:

- PAB(5) obesitas : Prevalensi anak balita yang menderita sangat gemuk (obesitas)
- JAB(5) obesitas : Jumlah anak balita yang menderita sangat gemuk (obesitas) pada waktu tertentu
- JAB(5) : Jumlah seluruh anak balita pada periode waktu yang sama

## MANFAAT

Balita yang menderita **wasting (kurus/sangat kurus)** sangat rawan terhadap penyakit infeksi dan memiliki risiko kematian lebih besar. Penyebab langsung dari *wasting* adalah kekurangan asupan gizi akut dan infeksi penyakit. Cara untuk mengatasi itu harus dilakukan tata laksana gizi buruk dan gizi kurang. Secara epidomologis batas normal prevalensi wasting yang menyebabkan masalah kesehatan adalah <5%. Saat ini (Risksdass, 2013) prevalensi *wasting* (kurus/sangat kurus) di Indonesia rata-rata sebesar 12%.

Anak balita yang menderita obesitas memiliki risiko penyakit degeneratif dan penyakit komplikasi yang lain. Penyebabnya adalah pola makan dengan gizi yang tidak seimbang, dan kurangnya aktivitas fisik.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

Kementerian Kesehatan:

1. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) melalui Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)
2. Direktorat Bina Gizi melalui Pemantauan Status Gizi (PSG).

Catatan: Metodologi dari data PSG dapat divalidasi sehingga dapat dibandingkan dengan data riskesdas.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok umur: 0-2 tahun dan 0-4 tahun
5. Kelompok pendapatan (pengeluaran).

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

1. Data PSG : Tahunan
2. Riskesdas: Lima (5) tahunan.

## INDIKATOR

### 2.2.2.(a)

---

Prevalensi anemia pada ibu hamil.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Anemia adalah suatu kondisi di mana jumlah sel darah merah atau kapasitas sel darah merah membawa oksigen tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan fisiologis.

Ibu hamil anemia adalah ibu hamil dengan kadar Hb <11,0 g/dl yang diperiksa pada saat kunjungan pertama (K1).

Ibu hamil dengan anemia memiliki risiko lebih tinggi melahirkan bayi dengan anemia defisiensi besi yang bisa bertahan sepanjang usia awal anak dan menghambat pertumbuhan sel-sel otak anak serta sel-sel tubuh lainnya, yang mengakibatkan keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan (Pedoman Program Pemberian Dan Pemantauan Mutu Tablet Tambah Darah Untuk Ibu Hamil).

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan:

Prevalensi ibu hamil anemia adalah jumlah ibu hamil anemia di suatu wilayah pada periode tertentu dibagi dengan jumlah seluruh ibu hamil yang diperiksa di suatu wilayah pada periode tertentu dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$PIHA = \frac{JIHA}{JIHP} \times 100\%$$

### Keterangan:

- PIHA : Prevalensi anemia pada ibu hamil  
JIHA : Ibu hamil dengan anemia di suatu wilayah pada periode waktu tertentu  
JIHP : Ibu hamil yang diperiksa di suatu wilayah pada periode waktu tertentu

## MANFAAT

Kondisi anemia pada ibu hamil harus dideteksi sedini mungkin dan diberikan penatalaksanaan yang tepat. Perhitungan prevalensi anemia pada ibu hamil bermanfaat untuk mengetahui jumlah ibu hamil yang berisiko dan memerlukan perhatian dan penanganan yang tepat untuk mencegah ibu melahirkan bayi dengan anemia defisiensi besi yang akan menghambat pertumbuhan sel-sel otak dan sel tubuh lainnya yang dapat bermanifestasi dalam bentuk *stunting* maupun *wasting*.



## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

1. Kementerian Kesehatan:
2. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) melalui Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)
3. Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkesnas)

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

1. Sirkersnas: Tahunan (survei antar riskesdas)
2. Riskesdas: Lima (5) tahunan.

## INDIKATOR 2.2.2.(b)

---

Persentase bayi usia kurang dari 6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Air Susu Ibu (ASI) eksklusif merupakan makanan terbaik bagi bayi karena mengandung zat gizi paling sesuai untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi yang merupakan hak asasi bagi bayi.

ASI Eksklusif adalah Air Susu Ibu yang diberikan kepada Bayi sejak dilahirkan selama 6 (enam) bulan (0–5 bulan 29 hari), tanpa menambahkan dan/atau mengganti dengan makanan atau minuman lain kecuali obat, vitamin dan mineral.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan:

Jumlah bayi usia 0-5 bulan 29 hari yang mendapat ASI eksklusif di suatu wilayah pada periode tertentu dibagi jumlah seluruh bayi usia 0-5 bulan 29 hari di suatu wilayah pada periode tertentu dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$P \text{ B}<6 \text{ bulan ASI eksklusif} = \frac{\text{JB (0-5 bulan 29 hari) ASI eksklusif}}{\text{JB(0-5 bulan 29 hari) ASI}} \times 100\%$$

### Keterangan:

P B<6 bulan ASI eksklusif :	Persentase bayi usia kurang 6 bulan yang mendapatkan ASI eksklusif
JB(0-5 bulan 29 hari) ASI eksklusif :	Jumlah bayi usia 0-5 bulan 29 hari yang mendapatkan ASI eksklusif di suatu wilayah pada periode tertentu
JB(0-5 bulan 29 hari) ASI :	Jumlah bayi usia 0-5 bulan 29 hari yang mendapatkan ASI di suatu wilayah pada periode tertentu

## MANFAAT

Pemberian ASI eksklusif kepada bayi usia kurang dari 6 bulan merupakan pemenuhan hak bayi yang sangat terkait dengan komitmen ibu dan dukungan keluarga dan lingkungan sekitar. Pemberian ASI eksklusif dapat mengurangi tingkat kematian bayi yang disebabkan berbagai penyakit (diare dan radang paru), meningkatkan kondisi kesehatan jangka pendek dan panjang, selain itu bermanfaat mempercepat pemulihan bila sakit. Dengan pemberian ASI, maka negara dapat menghemat 16.9 triliun rupiah per tahun karena peningkatan IQ dan pendapatan per

tahun, serta menghemat lebih dari 3 triliun rupiah dengan mengurangi pengeluaran untuk perawatan diare dan pneumonia.

## **SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

---

1. Kementerian Kesehatan: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Balitbangkes) melalui Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)
2. BPS melalui Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas).

## **DISAGREGASI**

---

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Jenis kelamin.

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

1. Susenas : Tahunan
2. Riskesdas: Lima (5) tahunan.

## **INDIKATOR 2.2.2.(c)**

---

Kualitas konsumsi pangan yang diindikasikan oleh skor Pola Pangan Harapan (PPH) mencapai; dan tingkat konsumsi ikan.

## **KONSEP DAN DEFINISI**

---

Susunan beragam pangan yang didasarkan pada sumbangan energi dari kelompok pangan utama (baik secara absolut maupun dari suatu pola ketersediaan dan atau konsumsi pangan. Menurut FAO -RA-PA, PPH adalah komposisi kelompok pangan utama yang apabila dikonsumsi dapat memenuhi kebutuhan energi dan zat gizi lainnya.

## METODE PERHITUNGAN

Cara perhitungan:

1. Mengelompokkan jenis pangan ke dalam 8 (delapan) kelompok pangan (1. Padi-padian; 2. Umbi-umbian; 3. Pangan Hewani; 4. Minyak dan Lemak; 5. Buah/Biji Berminyak; 6. Kacang-kacangan; 7. Gula; 8. Sayur dan Buah)
2. Menghitung jumlah energi masing-masing kelompok pangan dengan DKBM (Daftar Komposisi Bahan Makanan)
3. Menghitung persentase masing-masing kelompok pangan terhadap total energi per hari
4. Skor PPH dihitung dengan mengalikan persen energi dari kelompok pangan dengan bobot.

Berikut ini tabel mengenai jumlah, komposisi (% AKE) dan skor PPH (Badan Ketahanan Pangan, 2011):

**Tabel Jumlah, Komposisi (% AKE) dan skor PPH Nasional**

No	Kelompok Pangan	Konsumsi (gr/kap/hari)	Energi (kkal)	% AKE	Bobot	Skor PPH
1	Padi-padian	275	1.000	50	0,5	25
2	Umbi-umbian	100	120	6	0,5	2,5
3	Pangan Hewani	150	240	12	2,0	24
4	Minyak dan Lemak	20	200	10	0,5	5,0
5	Buah/Biji Berminyakj	10	60	3	0,5	1,0
6	Kacang-kacangan	35	100	5	2,0	10,0
7	Gula	30	100	5	0,5	2,5
8	Sayur dan Buah	250	120	6	5,0	30,0
9	Lain-lain	-	60	3	0,0	0,0
Jumlah			2000	100		100

#### **Rumus:**

$$\text{Skor PPH} = \% \text{AKE} \times \text{Bobot}$$

#### **Keterangan:**

Skor PPH : Skor Pola Pangan Harapan

%AKE : Persentase angka kecukupan energi

Bobot : Bobot setiap golongan bahan pangan

Semakin tinggi skor PPH, konsumsi pangan semakin beragam dan bergizi seimbang. Jika skor konsumsi pangan mencapai 100, maka wilayah tersebut dikatakan tahan pangan.

## **MANFAAT**

PPH dapat menilai mutu pangan penduduk berdasarkan skor pangan (dietary score). Dengan pendekatan PPH, perencanaan penyediaan dan konsumsi pangan penduduk diharapkan dapat memenuhi tidak hanya kecukupan gizi (adequacy), tetapi juga mempertimbangkan keseimbangan gizi (balance), yang didukung oleh cita rasa (palatability), daya cerna (digestibility), daya terima masyarakat (acceptability), kuantitas dan kemampuan daya beli.

## **SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

Kementerian Pertanian.

## **DISAGREGASI**

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

Tahunan.

## TARGET 2.3

Pada tahun 2030, menggandakan produktivitas pertanian dan pendapatan produsen makanan skala kecil, khususnya perempuan, masyarakat penduduk asli, keluarga petani, penggembala dan nelayan, termasuk melalui akses yang aman dan sama terhadap lahan, sumber daya produktif, dan input lainnya, pengetahuan, jasa keuangan, pasar, dan peluang nilai tambah, dan pekerjaan non-pertanian.

## INDIKATOR

### 2.3.1\*

Nilai Tambah Pertanian dibagi jumlah tenaga kerja di sektor pertanian (rupiah per tenaga kerja).

## KONSEP DAN DEFINISI

Nilai tambah pertanian per tenaga kerja memberikan gambaran tentang produktivitas tenaga kerja di sektor pertanian. Makin besar pendapatan atau penghasilan tenaga kerja/petani maka semakin besar kemampuan tenaga kerja untuk mengakses pangan dengan pola gizi seimbang.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan:

Nilai tambah pertanian dibagi dengan total tenaga kerja di sektor pertanian dinyatakan dalam rupiah per tenaga kerja dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$\text{NTP PTK} = \frac{\text{JNTP}}{\text{JTKP}} \times 100\%$$

### Keterangan:

NTP PTK : Nilai Tambah Pertanian Per Tenaga Kerja

JNTP : Jumlah Nilai Tambah Pertanian

JTKP : Jumlah tenaga kerja di sektor pertanian

## MANFAAT

Yang disebut pertanian yang diukur adalah secara luas yaitu termasuk pertanian pangan, holtikultura, perkebunan, kehutanan, perikanan budidaya, perikanan tangkap, peternakan.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

BPS: Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas) dan Data Nilai Tambah Pertanian.

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Sakernas dan Data Nilai Tambah Pertanian: Tahunan.

## TARGET 2.5

---

Pada tahun 2020, mengelola keragaman genetik benih, tanaman budidaya dan hewan ternak dan peliharaan dan spesies liar terkait, termasuk melalui bank benih dan tanaman yang dikelola dan dianekaragamkan dengan baik di tingkat nasional, regional dan internasional, serta meningkatkan akses terhadap pembagian keuntungan yang adil dan merata, hasil dari pemanfaatan sumber daya genetik dan pengetahuan tradisional terkait, sebagaimana yang disepakati secara internasional.

## INDIKATOR 2.5.1\*

---

Jumlah varietas unggul tanaman dan hewan untuk pangan yang dilepas.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Varietas unggul adalah varietas yang dikembangkan oleh peneliti dan sudah dilepas ke masyarakat melalui penetapan SK Menteri Pertanian. Varietas unggul baru yang dilepas harus memiliki kelebihan dari varietas unggul sebelumnya, paling tidak dalam hal hasil per hektar, ketahanan terhadap organisme pengganggu tanaman, dan cekaman iklim.

Varietas unggul yang sudah dikembangkan dari tanaman yaitu tanaman pangan, hortikultura dan perkebunan. Hasil varietas unggul disimpan pada Bank Gen Balai Besar Bioteknologi dan Sumberdaya

Genetik dan Balai-Balai Penelitian Komoditas Lingkup Balitbang Kementan

Bibit unggul adalah bibit unggul ternak yang mempunyai keunggulan dalam kriteria bobot, kecepatan dalam hal berkembang biak. Untuk hewan bibit unggul yaitu diperoleh melalui pemuliaan ataupun pemurnian galur.

## METODE PERHITUNGAN

---

### **Cara perhitungan:**

Jumlah varietas unggul dan bibit unggul yang dilepas ke masyarakat melalui SK Menteri Pertanian pertahun.

**Rumus: -**

## MANFAAT

---

Dengan varietas unggul produksi pangan dapat ditingkatkan melalui peningkatan produktivitas, ketahanan terhadap serangan hama dan penyakit dan cekaman iklim

Karena varietas unggul dan benih induknya tersimpan dengan baik dalam Bank Gen, sehingga proses penciptaan varietas unggul dapat dilaksanakan secara terus menerus untuk merespon perubahan lingkungan dan iklim. Dengan adanya Bank Gen Indonesia mampu melakukan pertukaran sumber daya genetik pangan dengan lembaga penelitian internasional (IRRI untuk padi dan CYMMIT untuk jagung).

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

Kementerian Pertanian: SK Menteri Pertanian dan Data Bank Gen



## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

### INDIKATOR 2.5.2\*

---

Proporsi hewan ternak dan sejenisnya, diklasifikasikan menurut tingkat risiko kepunahan: berisiko, tidak berisiko, dan risiko yang tidak diketahui.

### KONSEP DAN DEFINISI

---

Menurut Definisi Operasional SDGs (2016) (FAO, 2009):

Suatu rumpun dinyatakan berisiko apabila dalam status kritis (*critical*), kritis dipertahankan (*critical-maintained*), terancam punah (*endangered*) atau hampir punah yang dipelihara (*endangered-maintained*).

Berisiko: jika populasi suatu rumpun dengan jumlah betina produktif (*breeding females*)  $\leq 100$  ekor dan jantan produktif (*breeding males*)  $\leq 5$  ekor, atau jumlah total populasi  $\leq 120$  ekor. Jika diluar itu maka dikatakan tidak berisiko.

Menurut Keputusan Mentan RI No. 117/Permentan SR.120/10/2014 status aman atau tidak berisiko jika jantan dan betina produktif 20:40 (sapi dan kerbau), 20:50 (kambing, domba dan babi), 20:200 (ayam, itik, angsa).

#### Catatan:

Terdata pada *Domestic Animal Diversity Information System* (DAD IS) sejumlah 146 rumpun (*breed*) ternak asli dan lokal. Rumpun asli adalah ternak sebagai hasil domestikasi di Indonesia (*ancestor*), lokal adalah diintroduksi dan berkembang biak baik secara murni atau hasil silangan ( $\geq 5$  generasi). Dari 146 rumpun: 89 rumpun lokal yaitu: kerbau 11, sapi 13, kambing 10, domba 8, ayam 31, dan danitik 18.

Informasi ini diperoleh dari Pemerintah Provinsi dan Pemerintah Kabupaten yang mengusulkan kekayaan sumber daya genetik (plasma nutfah) diusulkan kepada Kementerian Pertanian melalui Direktorat Perbibitan dan Produksi, Ditjen Peternakan dan Kesehatan Hewan.

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara perhitungan:

#### Mengklasifikasikan jumlah absolut berdasarkan kategori berikut:

1. Berisiko: 1. jumlah betina produktif  $\leq 100$  ekor dan jantan produktif  $\leq 5$  ekor, atau 2. jumlah total populasi  $\leq 120$  ekor dan % penurunan betina yang dikawinkan dengan jantan dari rumpun yang sama 80%.
2. Tidak berisiko: diluar diatas
3. Yang tidak / sulit diketahui: data jantan produktif (breeding males) dan betina produktif (breeding females) dari suatu rumpun ternak.

### Rumus: -

## MANFAAT

---

Berisiko berada pada kondisi yang mengarah pada kehilangan sumber daya genetik ternak tersebut. Status ini menyebabkan kita sulit/tidak dapat memanfaatkan secara optimal sebagai sumber protein, perbaikan pendapatan peternak dan pembangunan peternakan. Perlu upaya untuk meningkatkan jumlah rumpun tersebut sampai tidak berisiko atau terjamin keberadaannya.

## **SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

---

Pusat Penelitian dan Pengembangan Peternakan, Kementerian Pertanian melalui Komisi Penetapan dan Pelepasan Rumpun dibawah Direktur Pembibitan dan Produksi Ternak, Ditjen PKH dalam bentuk Surat Keputusan Menteri Pertanian.

## **DISAGREGASI**

---

Wilayah administrasi: nasional.

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

Survei data setiap rumpun: 10 tahunan.





## TUJUAN 3

### MENJAMIN KEHIDUPAN YANG SEHAT DAN MENINGKATKAN KESEJAHTERAAN SELURUH PENDUDUK SEMUA USIA

TARGET	INDIKATOR	KETERANGAN
3.1 Pada tahun 2030, mengurangi rasio angka kematian ibu hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup.	3.1.1*	Angka Kematian Ibu (AKI).
	3.1.2*	Proporsi perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.
	3.1.2.(a)	Persentase perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan.
3.2 Pada tahun 2030, mengakhiri kematian bayi baru lahir dan balita yang dapat dicegah, dengan seluruh negara berusaha menurunkan Angka Kematian Neonatal setidaknya hingga 12 per 1.000 KH (Kelahiran Hidup) dan Angka Kematian Balita 25 per 1.000.	3.2.1*	Angka Kematian Balita (AKBa) per 1.000 kelahiran hidup.
	3.2.2*	Angka Kematian Neonatal (AKN) per 1.000 kelahiran hidup.
	3.2.2.(a)	Angka Kematian Bayi (AKB) per 1.000 kelahiran hidup.
	3.2.2.(b)	Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap pada bayi.

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
3.3 Pada tahun 2030, mengakhiri epidemi AIDS, tuberkulosis, malaria, dan penyakit tropis yang terabaikan, dan memerangi hepatitis, penyakit bersumber air, serta penyakit menular lainnya.	3.3.1	Angka infeksi baru HIV per 1.000 populasi tidak terinfeksi HIV.	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan.
	3.3.1.(a)	Prevalensi HIV pada populasi dewasa.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.3.2	Kejadian TB per 1.000 orang.	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan.
	3.3.2.(a)	Insiden Tuberkulosis (ITB) per 100.000 penduduk.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.3.3*	Kejadian Malaria per 1.000 orang.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	3.3.3.(a)	Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.3.4	Insiden Hepatitis B per 100.000 penduduk.	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan.
	3.3.4.(a)	Persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini untuk infeksi Hepatitis B.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.3.5*	Jumlah orang yang memerlukan intervensi terhadap penyakit tropis yang terabaikan (Filariasis dan Kusta).	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	3.3.5.(a)	Jumlah provinsi dengan eliminasi Kusta.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.3.5.(b)	Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi filariasis (berhasil lolos dalam survei penilaian transmisi tahap I).	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
3.4 Pada tahun 2030, mengurangi hingga sepertiga angka kematian dini akibat penyakit tidak menular, melalui pencegahan dan pengobatan, serta meningkatkan kesehatan mental dan kesejahteraan.	3.4.1	Kematian akibat penyakit jantung, kanker, diabetes, atau penyakit pernapasan kronis.	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan.
	3.4.1.(a)	Persentase merokok pada penduduk umur $\leq 18$ tahun.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.4.1.(b)	Prevalensi tekanan darah tinggi.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.4.1.(c)	Prevalensi obesitas pada penduduk umur $\geq 18$ tahun.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
	3.4.2*	Angka kematian ( <i>insidens rate</i> ) akibat bunuh diri.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran Perpres).
	3.4.2.(a)	Jumlah kabupaten/kota yang memiliki puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
3.5 Memperkuat pencegahan dan pengobatan penyalahgunaan zat, termasuk penyalahgunaan narkotika dan penggunaan alkohol yang membahayakan.	3.5.1	Cakupan intervensi pengobatan (farmakologi, psikososial, rehabilitasi dan layanan pasca intervensi) bagi gangguan penyalahgunaan zat.	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan.
	3.5.1(a)	Jumlah penyalahgunaan narkotika dan pengguna alkohol yang merugikan, yang mengakses layanan rehabilitasi medis.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	3.5.1(b)	Jumlah yang mengakses layanan pasca rehabilitasi.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	3.5.1(c)	Jumlah korban penyalahgunaan NAPZA yang mendapatkan rehabilitasi sosial di dalam panti sesuai standar pelayanan.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.5.1(d)	Jumlah lembaga rehabilitasi sosial korban penyalahgunaan NAPZA yang telah dikembangkan/dibantu.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.5.1(e)	Prevalensi penyalahgunaan narkoba.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.5.2*	Konsumsi alkohol (liter per kapita) oleh penduduk umur ≥ 15 tahun dalam satu tahun terakhir.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
3.6 Pada tahun 2020, mengurangi hingga setengah jumlah kematian global dan cedera dari kecelakaan lalu lintas.	3.6.1	Angka kematian akibat cedera fatal kecelakaan lalu lintas.	Indikator global yang akan dikembangkan.

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
3.7 Pada tahun 2030, menjamin akses universal terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk keluarga berencana, informasi dan pendidikan, dan integrasi kesehatan reproduksi ke dalam strategi dan program nasional.	3.7.1 *	Proporsi perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya yang memiliki kebutuhan keluarga berencana dan menggunakan alat kontrasepsi metode modern.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.7.1.(a)	Angka prevalensi penggunaan metode kontrasepsi (CPR) semua cara pada Pasangan Usia Subur (PUS) usia 15-49 tahun yang berstatus kawin.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.7.1.(b)	Angka penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) cara modern.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.7.2 *	Angka kelahiran pada perempuan umur 15-19 tahun ( <i>Age Specific Fertility Rate/ASFR</i> ).	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.7.2.(a)	<i>Total Fertility Rate</i> (TFR).	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
3.8 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.	3.8.1	Cakupan pelayanan kesehatan esensial (didefinisikan sebagai rata-rata cakupan intervensi yang dapat dilacak termasuk reproduksi, ibu, bayi baru lahir, dan kesehatan anak, penyakit menular, penyakit tidak menular, kapasitas layanan serta akses untuk penduduk secara umum dan penduduk kurang beruntung).	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan.
	3.8.1.(a)	<i>Unmet need</i> pelayanan kesehatan.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	3.8.2 *	Jumlah penduduk yang dicakup asuransi kesehatan atau sistem kesehatan masyarakat per 1.000 penduduk.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran Perpres).
	3.8.2.(a)	Cakupan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
3.9 Pada tahun 2030, secara signifikan mengurangi jumlah kematian dan kesakitan akibat bahan kimia berbahaya, serta polusi dan kontaminasi udara, air, dan tanah.	3.9.1	Angka kematian akibat rumah tangga dan polusi udara ambien.	Indikator global yang akan dikembangkan.
	3.9.2	Angka kematian akibat air tidak aman, sanitasi tidak aman, dan tidak higienis.	Indikator global yang akan dikembangkan.
	3.9.3	Angka kematian akibat keracunan.	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan.



TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
	3.9.3.(a)	Proporsi kematian akibat keracunan.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
3.a Memperkuat pelaksanaan <i>the Framework Convention on Tobacco Control WHO</i> di seluruh negara sebagai langkah yang tepat.	3.a.1 *	Persentase merokok pada penduduk umur $\geq 15$ tahun.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
3.b Mendukung penelitian dan pengembangan vaksin dan obat penyakit menular dan tidak menular yang terutama berpengaruh terhadap negara berkembang, menyediakan akses terhadap obat dan vaksin dasar yang terjangkau, sesuai <i>the Doha Declaration</i> tentang <i>the TRIPS Agreement and Public Health</i> , yang menegaskan hak negara berkembang untuk menggunakan secara penuh ketentuan dalam Kesepakatan atas Aspek-Aspek Perdagangan dari Hak Kekayaan Intelektual terkait keeluasaan untuk melindungi kesehatan masyarakat, dan khususnya, menyediakan akses obat bagi semua.	3.b.1	Proporsi populasi dengan akses ke obat-obatan dan vaksin yang terjangkau secara berkelanjutan	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan
	3.b.1.(a)	Persentase ketersediaan obat dan vaksin di Puskesmas.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	3.b.2	<i>Total Official Development Assistant</i> (ODA) untuk penelitian kedokteran dan sektor kesehatan dasar.	Indikator global yang akan dikembangkan.

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
3.c 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.	3.c.1 *	Kepadatan dan distribusi tenaga kesehatan.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
3.d Memperkuat kapasitas semua negara, khususnya negara berkembang tentang peringatan dini, pengurangan risiko dan manajemen risiko kesehatan nasional dan global.	3.d.1	Kapasitas Peraturan Kesehatan Internasional (IHR) dan Kesiapsiagaan darurat kesehatan.	Indikator global yang akan dikembangkan.



## TUJUAN 3

### MENJAMIN KEHIDUPAN YANG SEHAT DAN MENINGKATKAN KESEJAHTERAAN SELURUH PENDUDUK SEMUA USIA

#### TARGET 3.1

Pada tahun 2030, mengurangi rasio angka kematian ibu hingga kurang dari 70 per 100.000 kelahiran hidup.

#### INDIKATOR

##### 3.1.1\*

Angka Kematian Ibu (AKI).

#### KONSEP DAN DEFINISI

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah banyaknya perempuan yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan, bunuh diri atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan, dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup.

#### METODE PERHITUNGAN

##### Cara Perhitungan:

Jumlah kematian ibu yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan masa nifas yang tercatat atau hasil estimasi pada tahun tertentu dibagi jumlah kelahiran hidup pada periode yang sama dan dikali 100.000.

##### Rumus:

$$AKI = \frac{JKI}{JLH} \times 100.000$$

**Keterangan:**

- AKI : Angka Kematian Ibu (AKI)
- JKI : Jumlah kematian ibu yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, dan masa nifas atau hasil estimasi pada waktu tertentu
- JLH : Jumlah kelahiran hidup pada periode waktu yang sama

**MANFAAT**

---

Indikator ini secara langsung digunakan untuk memonitor kematian terkait dengan kehamilan, persalinan, dan nifas. AKI dipengaruhi oleh beberapa faktor termasuk status kesehatan secara umum, pendidikan, ekonomi, sosial budaya dan pelayanan kesehatan selama kehamilan dan melahirkan.

**SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

---

BPS: Sensus Penduduk (SP) dan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS).

**DISAGREGASI**

---

1. Wilayah administrasi: nasional
2. Regional/Pulau.

**FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

1. Sensus Penduduk (SP): 10 tahunan.
2. Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS): 10 tahunan.

INDIKATOR

3.1.2\*

Proporsi perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih.

KONSEP DAN DEFINISI

Proporsi perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih adalah perbandingan antara banyaknya perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan anak lahir hidup dalam dua tahun terakhir dan proses melahirkan terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih (memiliki kompetensi kebidanan) dengan jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan. Tenaga kesehatan terlatih yang memiliki kompetensi kebidanan, yaitu seperti dokter kandungan, dokter umum, bidan, perawat, dan tenaga medis lainnya yang memiliki kemampuan klinis kebidanan sesuai standar.

METODE PERHITUNGAN

Cara Perhitungan:

Jumlah melahirkan terakhir pada perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dalam dua tahun terakhir dibagi jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan pada periode waktu yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

Rumus:

**P Salinakes** =  $\frac{\text{JPMoTK}}{\text{JPM15-49}}$  X 100%

Keterangan:

- P Salinakes : Proporsi perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih
- JPMoTK : Jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan dan ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih dalam dua tahun terakhir

JPM15-49 : Jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan dalam dua tahun terakhir

## MANFAAT

---

Pertolongan persalinan oleh tenaga terlatih (dokter, bidan, perawat dan tenaga kesehatan medis lainnya) di fasilitas kesehatan (Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Rumah Sakit) menunjukkan kualitas terhadap pelayanan kesehatan, sehingga risiko kematian ibu melahirkan oleh selain tenaga kesehatan terlatih menjadi rendah.

Mengukur kematian ibu secara akurat tergolong sulit kecuali tersedia data registrasi yang sempurna tentang kematian dan penyebab kematian. Oleh karena itu, sebagai proksi indikator digunakan proporsi perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses kelahiran terakhirnya ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih. Indikator ini mengukur kemampuan manajemen program KIA dalam menyelenggarakan pelayanan persalinan yang profesional.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Kelompok pendapatan (pengeluaran).

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 3.1.2.(a)

Persentase perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan.

## KONSEP DAN DEFINISI

Persentase perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan adalah perbandingan antara banyaknya perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan anak lahir hidup dalam dua tahun terakhir dan proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan dengan jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan, dinyatakan dengan persentase. Fasilitas kesehatan seperti, rumah sakit, rumah sakit bersalin, klinik/bidan praktek swasta/praktek dokter, dan puskesmas/pustu/ polindes.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah melahirkan terakhir pada perempuan pernah kawin umur 15-49 yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan dalam dua tahun terakhir dibagi jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan pada periode waktu yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$P \text{ Salifaskes} = \frac{JPSalifaskes}{JP15-49} \times 100\%$$

### Keterangan:

- P Salifaskes : Persentase perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan
- JPSalifaskes : Jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang proses melahirkan terakhirnya di fasilitas kesehatan
- JP15-49 : Jumlah perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun pada periode waktu yang sama

## MANFAAT

---

Pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan (puskesmas, puskesmas pembantu, rumah sakit) menunjukkan kualitas terhadap pelayanan kesehatan, sehingga risiko kematian ibu melahirkan menjadi rendah.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Kelompok pendapatan (pengeluaran).

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## TARGET 3.2

---

Pada tahun 2030, mengakhiri kematian bayi baru lahir dan balita yang dapat dicegah, dengan seluruh negara berusaha menurunkan Angka Kematian Neonatal setidaknya hingga 12 per 1.000 KH (Kelahiran Hidup) dan Angka Kematian Balita 25 per 1.000.



## INDIKATOR

### 3.2.1\*

Angka Kematian Balita (AKBa) per 1.000 kelahiran hidup.

## KONSEP DAN DEFINISI

Angka Kematian Balita (AKBa) adalah jumlah anak yang dilahirkan pada waktu tertentu dan meninggal sebelum mencapai umur 5 tahun, dinyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup.

Nilai normatif AKBa adalah sebagai berikut:

- $\geq 140$  = sangat tinggi,
- $71 < \text{AKBa} < 140$  = tinggi,
- $20 < \text{AKBa} < 70$  = sedang,
- $\leq 20$  = rendah.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah penduduk yang meninggal pada umur <5 tahun pada waktu tertentu dibagi jumlah kelahiran hidup pada periode waktu yang sama dan dikali 1.000.

### Rumus:

$$\text{AKBa} = \frac{\text{JK}<5\text{th}}{\text{JLH}} \times 1.000$$

### Keterangan:

AKBa : Angka Kematian Balita (AKBa) per 1.000 kelahiran hidup

JK<5th : Jumlah penduduk yang meninggal pada umur <5 tahun pada waktu tertentu

JLH : Jumlah kelahiran hidup pada periode waktu yang sama

## MANFAAT

Indikator ini terkait langsung dengan target kelangsungan hidup anak dan merefleksikan kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan anak-anak bertempat tinggal termasuk pemeliharaan kesehatannya. AKBa kerap dipakai untuk mengidentifikasi kesulitan ekonomi penduduk. Mengingat kegiatan registrasi penduduk di Indonesia belum sempurna sumber

data ini belum dapat dipakai untuk menghitung AKBa. Sebagai gantinya AKBa dihitung berdasarkan estimasi tidak langsung dari berbagai survei.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

1. BPS: Sensus Penduduk (SP) dan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS);
2. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

1. SDKI: 5 tahunan
2. Sensus Penduduk (SP): 10 tahunan
3. Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS): 10 tahunan.

## INDIKATOR

### 3.2.2\*

---

Angka Kematian Neonatal (AKN) per 1.000 kelahiran hidup.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Angka Kematian Neonatal (AKN) adalah jumlah anak yang dilahirkan pada waktu tertentu dan meninggal dalam periode 28 hari pertama kehidupan dan dinyatakan sebagai angka per 1.000 kelahiran hidup.

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara Perhitungan:

Jumlah anak yang meninggal dalam periode 28 hari pertama kehidupan pada waktu tertentu dibagi jumlah seluruh kelahiran hidup pada periode yang sama dan dikali 1.000.

### Rumus:

$$\text{AKN} = \frac{\text{JK}<28\text{hr}}{\text{JLH}} \times 1.000$$

### Keterangan:

- AKN : Angka Kematian Neonatal (AKN) per 1.000 kelahiran hidup
- JK<28hr : Jumlah anak yang meninggal dalam periode 28 hari pertama kehidupan pada waktu tertentu
- JLH : Jumlah kelahiran hidup pada periode waktu yang sama

## MANFAAT

Indikator ini terkait langsung dengan target kelangsungan hidup anak dan merefleksikan kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan anak-anak bertempat tinggal termasuk pemeliharaan kesehatannya. AKN di Indonesia masih tinggi merupakan salah satu faktor tingginya angka kematian bayi. Oleh sebab itu, upaya kesehatan untuk menurunkan AKN perlu mendapat perhatian.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. BPS: Sensus Penduduk (SP) dan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS)
2. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

## DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Regional/Pulau.

## FREKUENSI WAKTU

## PENGUMPULAN DATA

1. SDKI: 5 tahunan
2. Sensus Penduduk (SP): 10 tahunan
3. Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS): 10 tahunan.

## INDIKATOR

### 3.2.2.(a)

Angka kematian bayi (AKB) per 1.000 kelahiran hidup.

## KONSEP DAN DEFINISI

Angka Kematian Bayi (AKB) adalah banyaknya bayi yang meninggal sebelum mencapai umur 1 tahun pada waktu tertentu per 1.000 kelahiran hidup pada periode waktu yang sama.

Nilai normatif AKB adalah sebagai berikut:

- 70 sangat tinggi,
- 40 – 70 tinggi,
- 20-39 sedang,
- dan <20 rendah.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah penduduk yang meninggal pada umur <1 tahun pada waktu tertentu dibagi jumlah kelahiran hidup pada periode waktu yang sama dan dikali 1.000.

### Rumus:

$$AKB = \frac{JK<1th}{JLH} \times 1.000$$

### Keterangan:

- AKB : Angka kematian bayi (AKB) per 1.000 kelahiran hidup
- JK<1th : Jumlah penduduk yang meninggal pada umur <1 tahun pada waktu tertentu
- JLH : Jumlah kelahiran hidup pada periode waktu yang sama

## MANFAAT

---

Indikator ini terkait langsung dengan target kelangsungan hidup anak dan merefleksikan kondisi sosial, ekonomi dan lingkungan tempat tinggal anak-anak, termasuk pemeliharaan kesehatannya. AKB cenderung lebih menggambarkan kesehatan reproduksi dari pada AKBa. Meskipun target program terkait khusus dengan kematian balita, AKB relevan dipakai untuk memonitor pencapaian target program karena mewakili komponen penting pada kematian balita. AKB terutama terjadi pada umur 0-28 hari, yang sangat dipengaruhi oleh kondisi ibu pada saat hamil, bersalin dan perawatan bayi baru lahir.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

1. BPS: Sensus Penduduk (SP) dan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS)
2. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Regional/Pulau.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

1. SDKI: 5 tahunan
2. Sensus Penduduk (SP): 10 tahunan
3. Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS): 10 tahunan.

## INDIKATOR

### 3.2.2.(b)

Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap pada bayi.

## KONSEP DAN DEFINISI

Imunisasi wajib merupakan imunisasi yang diwajibkan oleh pemerintah untuk seseorang sesuai dengan kebutuhannya dalam rangka melindungi yang bersangkutan dan masyarakat sekitarnya dari penyakit menular tertentu.

Imunisasi wajib terdiri atas:

- Imunisasi rutin;
- Imunisasi tambahan; dan
- Imunisasi khusus.

Imunisasi rutin terdiri atas imunisasi dasar dan imunisasi lanjutan. Imunisasi dasar diberikan pada bayi sebelum umur 1 (satu) tahun. Jenis imunisasi dasar terdiri atas:

- Bacillus Calmette Guerin (BCG)*;
- Diphtheria Pertusis Tetanus-Hepatitis B-Hemophilus Influenza typeB (DPT-HB-Hib)*
- Hepatitis B pada bayi baru lahir;
- Polio; dan
- Campak.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah kabupaten/kota yang memiliki cakupan imunisasi dasar lengkap minimal 80% dari sasaran bayinya dalam kurun waktu satu tahun dibagi jumlah seluruh kabupaten/kota selama kurun waktu yang sama dan dikali 100%.

### Rumus:

$$\text{PK80\%IDL} = \frac{\text{JK80\%IDL}}{\text{JKK}} \times 100\%$$

### **Keterangan:**

- PK80%IDL : Persentase kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap pada bayi
- JK80%IDL : Jumlah kabupaten/kota yang memiliki cakupan imunisasi dasar lengkap minimal 80% dari sasaran bayinya dalam kurun waktu satu tahun
- JKK : Jumlah seluruh kabupaten/kota selama kurun waktu yang sama

## **MANFAAT**

---

Imunisasi yaitu menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan.

Tujuan pemberian imunisasi secara khusus yaitu tercapainya target *Universal Child Immunization* (UCI) yaitu cakupan imunisasi lengkap minimal 80% secara merata pada bayi di seluruh desa/kelurahan pada tahun 2014.

## **SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

---

Kementerian Kesehatan: Laporan Program.

## **DISAGREGASI**

---

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

Tahunan.

## TARGET 3.3

Pada tahun 2030, mengakhiri epidemi AIDS, tuberkulosis, malaria, dan penyakit tropis yang terabaikan, dan memerangi hepatitis, penyakit bersumber air, serta penyakit menular lainnya.

### INDIKATOR

#### 3.3.1.(a)

Prevalensi HIV pada populasi dewasa.

### KONSEP DAN DEFINISI

*Human Immunodeficiency Virus* yang selanjutnya disingkat HIV adalah Virus yang menyebabkan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS) *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* yang selanjutnya disingkat AIDS adalah suatu kumpulan gejala berkurangnya kemampuan pertahanan diri yang disebabkan oleh masuknya virus HIV dalam tubuh seseorang.

Prevalensi HIV pada populasi dewasa adalah perbandingan jumlah penduduk laki-laki dan perempuan umur 15-49 tahun yang positif HIV dibagi dengan jumlah penduduk laki-laki dan perempuan pada umur yang sama (yaitu 15-49 tahun).

### METODE PERHITUNGAN

#### Cara Perhitungan:

Jumlah penduduk laki-laki dan perempuan yang umur 15-49 tahun yang positif HIV dibagi dengan jumlah penduduk laki-laki dan perempuan pada umur yang sama (yaitu 15-49 tahun) kemudian dikalikan dengan 100.

#### Rumus:

$$PHIV = \frac{JOHIV}{JP15-49} \times 100\%$$



**Keterangan:**

PHIV	:	Prevalensi HIV pada populasi dewasa
JOHIV	:	Jumlah penduduk laki-laki dan perempuan yang umur 15 - 49 tahun yang positif HIV
JP15-49	:	Jumlah penduduk laki-laki dan perempuan pada umur yang sama (yaitu 15-49 tahun)

## MANFAAT

---

Untuk mendapatkan angka ini, idealnya dilakukan dengan survei, namun mengingat untuk pelaksanaan survei ini memerlukan penyiapan yang cukup rumit dan adanya keterbatasan sumber daya dukung. Saat ini angka prevalensi HIV didapatkan dengan menggunakan pemodelan matematika. Pemodelan matematika dilaksanakan pada Desember 2008 yang lalu, dan pada tahun 2011 ini dengan adanya data input baru dari berbagai sumber maka pemodelan matematika akan dilakukan kembali. Pemodelan matematika dilakukan dengan memasukkan variabel-variabel input yaitu meliputi data terkait dengan aspek demografi, perilaku berisiko, prevalensi HIV pada kelompok rawan, data capaian program pengendalian HIV, dan upaya – upaya pencegahan yang terjadi di masyarakat yang didapat dari hasil – hasil survei sebelumnya, data – data yang berasal dari laporan rutin capaian program, studi yang dilakukan didalam ataupun diluar negeri.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

1. Kementerian Kesehatan: Laporan bulanan konseling dan testing HIV, Subdit HIV AIDS dan PIMS.
2. BPS: untuk data Proyeksi Penduduk Indonesia.

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

### INDIKATOR

#### 3.3.2.(a)

Insidens Tuberkulosis (ITB) per 100.000 penduduk.

### KONSEP DAN DEFINISI

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis*. Kasus TB didefinisikan sebagai pasien yang telah dibuktikan secara bakteriologis (mikroskopis, kultur atau molekuler) atau didiagnosis menderita TB.

Insidens Tuberkulosis (ITB) adalah jumlah kasus TB baru dan kambuh yang muncul selama periode waktu tertentu per 100.000 penduduk.

### METODE PERHITUNGAN

#### Cara Perhitungan:

Jumlah semua kasus TB baru dan kambuh pada waktu tertentu dibagi jumlah penduduk pada periode waktu yang sama kemudian dikali 100.000.

#### Rumus:

$$\text{ITB} = \frac{\text{JKTB}}{\text{JP}} \times 100.000$$

#### Keterangan:

- ITB : Insidens Tuberkulosis (ITB) per 100.000 penduduk  
JKTB : Jumlah kasus TB baru dan kambuh pada waktu tertentu  
JP : Jumlah penduduk pada periode waktu yang sama

## MANFAAT

---

Pemantauan insiden TB diperlukan untuk mengetahui penyebaran kasus baru TB dan kambuh TB di masyarakat. Angka ini menggambarkan jumlah kasus TB di populasi, tidak hanya kasus TB yang datang ke pelayanan kesehatan dan dilaporkan ke program. Angka ini dipengaruhi oleh kondisi masyarakat termasuk kemiskinan, ketimpangan pendapatan, akses terhadap layanan kesehatan, gaya hidup, dan buruknya sanitasi lingkungan yang berakibat pada tingginya risiko masyarakat terjangkit TB.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

1. Kementerian Kesehatan: Laporan (Pemodelan Matematika) Tahunan
2. WHO: *Global Report*

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional
2. Jenis kelamin
3. Kelompok umur.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 3.3.3\*

---

Kejadian Malaria per 1.000 orang.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Malaria adalah penyakit yang disebabkan oleh plasmodium yang ditularkan oleh nyamuk Anopheles. Kesakitan malaria digambarkan dengan insidens malaria, dalam hal ini *Annual Parasite Incidence* (API). API adalah angka kesakitan per 1.000 penduduk berisiko dalam satu tahun.

Angka API digunakan untuk menentukan tingkat endemisitas malaria di suatu daerah. Endemisitas malaria sangat dipengaruhi oleh sistem kesehatan yang buruk, meningkatnya resistensi terhadap pemakaian obat dan insektisida, pola perubahan iklim, gaya hidup, upaya penanggulangan vector, migrasi dan pemindahan penduduk.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah kasus malaria positif dibagi jumlah penduduk berisiko pada periode waktu yang sama dikali 1.000 penduduk.

### Rumus:

$$KM = \frac{JKMP}{JPB} \times 1.000$$

### Keterangan:

KM : Kejadian Malaria per 1.000 orang

JKMP : Jumlah kasus malaria positif pada periode tertentu

JPB : Jumlah penduduk berisiko pada periode waktu yang sama

## MANFAAT

API merupakan indikator dalam menentukan endemisitas/tingkat penularan malaria di suatu daerah.

Endemisitas malaria sangat dipengaruhi oleh sistem kesehatan, penemuan dini dan pengobatan tepat, adanya resistensi terhadap obat dan insektisida, pola perubahan iklim, gaya hidup, upaya penanggulangan vector, migrasi dan pemindahan penduduk.

API digunakan untuk memonitor daerah berdasarkan tingkat endemisitasnya. Pemantauan ini bertujuan untuk memetakan endemisitas/tingkat penularan

malaria di suatu daerah sehingga intervensi pencegahan dan pengendalian kejadian malaria dapat ditentukan secara efektif dan efisien menuju eliminasi malaria.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

Kementerian Kesehatan: Laporan Tahunan.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Jenis kelamin
3. Kelompok umur.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 3.3.3.(a)

---

Jumlah kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Eliminasi malaria adalah suatu upaya untuk menghentikan penularan malaria setempat dalam satu wilayah geografis tertentu, dan bukan berarti tidak ada kasus malaria impor serta sudah tidak ada vector malaria di wilayah tersebut, sehingga tetap dibutuhkan kegiatan kewaspadaan untuk mencegah penularan kembali. Eliminasi malaria di Indonesia dilakukan secara bertahap, mulai dari tingkat kabupaten/kota, provinsi dan nasional.

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara Perhitungan:

Jumlah absolut kumulatif kabupaten/kota yang mencapai eliminasi malaria dalam satu tahun.

**Rumus:-**

## **MANFAAT**

---

Jika seluruh kabupaten/kota telah mencapai eliminasi malaria, maka eliminasi malaria secara nasional dapat terwujud. Suatu daerah yang sudah mencapai eliminasi malaria, maka daerah tersebut bebas dari penularan malaria sehingga manfaat yang didapat antara lain: menurunkan beban biaya kesehatan, meningkatkan kualitas dan produktivitas sumber daya manusia, serta pendapatan daerah dari sisi pariwisata dan investasi.

## **SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

---

Kementerian Kesehatan: laporan administratif tahunan Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.

## **DISAGREGASI**

---

Wilayah administrasi: nasional, provinsi.

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

Tahunan.

## **INDIKATOR**

### **3.3.4.(a)**

---

Persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini untuk infeksi hepatitis B.

## **KONSEP DAN DEFINISI**

---

Hepatitis B dan C adalah adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus Hepatitis B dan C yang dapat menimbulkan peradangan hati akut atau menahun, dan dapat berlanjut menjadi sirosis atau kanker hati. VHB 100 kali lebih infeksius dibanding dengan virus HIV. Penularan dapat secara vertikal

dari ibu kepada bayi, dan horizontal dari individu berisiko kepada individu lain. Risiko tertinggi yang dapat menimbulkan kronisitas seperti sirosis dan kanker hati jika terjadi penularan pada perinatal.

Pengendalian penyakit Hepatitis B dan C akan sangat efektif bila dilakukan pemutusan dan pencegahan penularan serta pengobatan pada kelompok berisiko. Kelompok berisiko yang dimaksud adalah ibu hamil, petugas kesehatan, mahasiswa/pelajar kesehatan, perempuan penaja seks, penasun, waria, LSL/Gay, warga binaan penjara, pasien klinik IMS, orang dengan terinfeksi HIV, penderita cuci darah, keluarga yang tinggal serumah dengan penderita hepatitis B dan C, dan orang dengan riwayat keluarga terinfeksi hepatitis B dan C.

Penyakit Hepatitis B dan C pada tahap awal seringkali tidak memiliki gejala yang khas sehingga perlu dilakukan deteksi dini pada kelompok berisiko.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan kegiatan deteksi dini Hepatitis B pada kelompok berisiko dibagi jumlah seluruh kabupaten/kota di Indonesia dikali 100%.

### Rumus:

$$P \text{ KDTHepB} = \frac{JKDTHepB}{JKK} \times 100\%$$

### Keterangan:

- P KDTHepB : Persentase kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini untuk infeksi hepatitis B
- JKDTHepB : Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan kegiatan deteksi dini Hepatitis B pada kelompok berisiko

JKK : Jumlah seluruh kabupaten/kota di Indonesia

## MANFAAT

---

Hepatitis B disebabkan oleh virus Hepatitis B yang sebenarnya dapat dicegah dengan imunisasi. Pada tahap awal infeksi sebagian besar hepatitis B tidak bergejala, sehingga seseorang yang terinfeksi hepatitis B tidak mengetahui dirinya sudah terinfeksi. Untuk itu kegiatan Deteksi Dini Hepatitis menjadi sangat penting untuk mengetahui sedini mungkin seseorang terinfeksi hepatitis dan tindak lanjut terapinya. Deteksi dini hepatitis B bermanfaat agar penderita berlanjut ke dalam keadaan kronik seperti sirosis dan kanker hati.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

Kementerian Kesehatan: Laporan Program.

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR 3.3.5\*

---

Jumlah orang yang memerlukan intervensi terhadap penyakit tropis yang terabaikan (Filariasis dan Kusta).

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Menurut situasi di Indonesia, untuk indikator global mengenai penyakit tropis yang terabaikan yang dipilih adalah orang yang memerlukan intervensi terhadap penyakit filariasis dan kusta. Pada dokumen metadata ini, data yang dapat disajikan untuk perhitungan adalah:



1. Angka Pencapaian Pengobatan Penyakit Filariasis
2. Proporsi kasus kusta yang ditemukan dan diobati

Untuk Angka Pencapaian Pengobatan Penyakit Filariasis didefinisikan sebagai jumlah orang di kabupaten/kota endemis yang telah melaksanakan Pemberian Obat Massal Pencegahan (POMP) Filariasis sekali setahun selama 5 tahun berturut-turut dengan cakupan POPM Filariasis minimal 85% dari jumlah penduduk di kabupaten/kota atau 65% dari jumlah sasaran POPM kabupaten/kota, kemudian dilakukan survei darah jari dan hasilnya angka mikrofiliarianya < 1%.

Untuk proporsi kasus kusta yang ditemukan dan diobati didefinisikan sebagai jumlah kasus baru kusta tanpa cacat yang ditemukan dan diobati.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan Filariasis:

Jumlah penduduk di kabupaten/kota dengan *Mikrofilaria rate* (Mf-rate) >1% yang mendapat POPM Filariasis dibagi jumlah seluruh penduduk di kabupaten/kota dengan Mf-rate>1% dan dinyatakan dalam satuan persen (%). Jika angkanya Mf-rate>1% maka yang butuh diobati adalah jumlah penduduk dalam satu kabupaten tersebut.

### Rumus:

$$PF = \frac{JPPOPMP}{JP} \times 100\%$$

### Keterangan:

- PF : Angka Pencapaian Pengobatan Penyakit Filariasis dalam % (persen)
- JPPOPMP : Jumlah penduduk yang mendapat POPM Filariasis di kabupaten/kota
- JP : Jumlah penduduk di kabupaten/kota dengan *Mikrofilaria rate* (Mf-rate)>1% yang melaksanakan POPM Filariasis

### Cara Perhitungan Kusta:

Jumlah kasus baru tanpa cacat yang ditemukan dan diobati dibagi semua kasus baru kusta yang diobati dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

#### Rumus:

$$PKusta = \frac{JKBKTCTO}{JKBKO} \times 100\%$$

#### Keterangan:

- PKusta : Proporsi kasus kusta yang ditemukan dan diobati
- JKBKTCTO : Jumlah kasus baru kusta tanpa cacat yang ditemukan dan diobati
- JKBKO : Jumlah kasus baru kusta yang diobati/terregistrasi

## MANFAAT

### Filariasis:

Di Indonesia telah ditemukan 236 Kabupaten/Kota endemis Filariasis dengan jumlah penduduk 99 juta jiwa. Penyakit kaki gajah (filariasis) adalah penyakit menular disebabkan oleh cacing filaria yang menyerang saluran dan kelenjar getah bening. Penyakit ini dapat merusak sistem limfe, menimbulkan pembengkakan pada tangan, kaki, *glandula mammae*, dan *scrotum*, menimbulkan cacat seumur hidup serta stigma sosial bagi penderita dan keluarganya. Upaya untuk mengatasi penyakit ini sesuai dengan metode pengobatan WHO yaitu dengan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis sekali setahun selama 5 Tahun.

Pada tahun 2016 terdapat 51 kabupaten/kota yang telah selesai melaksanakan kegiatan POPM Filariasis selama 5 tahun berturut-turut dan pada tahun 2016 akan dilaksanakan POPM Filariasis pada 189 kabupaten/kota.

**Kusta:**

Kusta merupakan penyakit menular menahun yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium leprae*, yang menyerang saraf tepi, kulit dan organ lainnya (kecuali Susunan Saraf Pusat). Sumber penularan adalah manusia, yaitu orang yang terkena kusta yang belum mendapatkan pengobatan. Penularan terjadi melalui pernafasan setelah kontak yang lama dan erat, karenanya maka pada kasus, yang tertular adalah anggota keluarga yang tinggal serumah dengan penderita. Jika ditemukan terlambat/tidak diobati, orang yang mengalami kusta akan mengalami kecacatan tubuh permanen pada organ tubuh mata/tangan/kaki. Kecacatan tubuh akan berlanjut kepada stigmatisasi dan diskriminasi kepada orang yang mengalami kusta, dalam aspek sosial, ekonomi dan budaya. Strategi program kusta nasional adalah menemukan kasus kusta baru sedini mungkin tanpa cacat, dan mengobati sampai sembuh sesuai obat yang terstandar secara global dengan prinsip *Multidrug therapy*. Pengobatan tersedia di Puskesmas.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

**Filariasis:**

1. Kementerian Kesehatan: Survei Mikro Filaria Rate (MFR)
2. BPS: Untuk data Proyeksi Penduduk.

**Kusta:**

1. Kementerian Kesehatan: Laporan Rutin RR Elektronik.

## DISAGREGASI

---

**Filariasis:**

Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota.

**Kusta:**

1. Wilayah Administraasi: Nasional, Provinsi, dan Kabupaten/Kota.
2. Kelompok Umur (anak dan dewasa)
3. Jenis Kelamin

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

Tahunan.

### **INDIKATOR 3.3.5.(a)**

---

Jumlah provinsi dengan Eliminasi Kusta.

### **KONSEP DAN DEFINISI**

---

Eliminasi merupakan upaya pengurangan terhadap penyakit secara berkesinambungan di wilayah tertentu sehingga angka kesakitan penyakit tersebut dapat ditekan serendah mungkin agar tidak menjadi masalah kesehatan di wilayah yang bersangkutan. Eliminasi kusta berarti angka prevalensi  $<1/10.000$  penduduk. Secara nasional, Indonesia telah mencapai eliminasi sejak tahun 2000, sedangkan eliminasi tingkat provinsi ditargetkan dapat dicapai pada tahun 2019.

### **METODE PERHITUNGAN**

---

**Cara Perhitungan:**

Jumlah kumulatif provinsi yang telah mencapai eliminasi Kusta ( $<1$  kasus/10.000 penduduk) pada tahun tertentu.

**Rumus:-**

### **MANFAAT**

---

Tercapainya status eliminasi kusta di suatu daerah berarti bahwa penularan di masyarakat serta angka kesakitan dan kecacatan dapat diturunkan serendah mungkin. Sehingga produktivitas sumber

daya manusia meningkat dan beban pembiayaan kesehatan dapat ditekan. Diketahuinya status eliminasi kusta di suatu daerah dapat mempermudah penentuan kebijakan dan strategi yang efektif dan efisien dalam pencegahan dan pengendalian kasus menuju eliminasi kusta.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

Kementerian Kesehatan: laporan administratif tahunan Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR 3.3.5.(b)

---

Jumlah kabupaten/kota dengan eliminasi filariasis (berhasil lolos dalam survei penilaian transmisi tahap I).

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Penanggulangan Filariasis adalah semua kegiatan atau tindakan yang ditujukan untuk menurunkan prevalensi (*microfilaria rate*) serendah mungkin sehingga dapat menurunkan risiko penularan Filariasis di suatu wilayah.

Wilayah endemis Filariasis meliputi satuan kabupaten/kota yang ditentukan berdasarkan hasil survei data dasar prevalensi mikrofilaria menunjukkan angka mikrofilaria (*microfilaria rate*) lebih dari dan/atau sama dengan 1% (satu persen).

Di Indonesia telah ditemukan 236 Kabupaten/ Kota endemis Filariasis dengan jumlah penduduk

99 juta jiwa. Upaya untuk mengatasi penyakit ini sesuai dengan metode pengobatan Pemberian Obat Pencegahan Massal (POPM) Filariasis sekali setahun selama 5 Tahun.

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara Perhitungan:

Akumulasi jumlah kabupaten/kota yang berhasil lolos dalam survei penilaian transmisi paska POPM Filariasis

**Rumus:** -

## MANFAAT

---

Penyelenggaraan Penanggulangan Filariasis dilaksanakan melalui pokok kegiatan:

- a. Surveilans Kesehatan;
- b. Penanganan Penderita;
- c. Pengendalian faktor risiko; dan
- d. Komunikasi, informasi, dan edukasi.

Apabila berdasarkan hasil survei evaluasi penularan pada daerah kabupaten/kota menunjukkan angka mikrofilaria (*microfilaria rate*) <1% (satu persen), pemberian obat Filariasis hanya dilakukan terhadap penderita.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

Kementerian Kesehatan: laporan administratif tahunan Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit.

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional, provinsi.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

### TARGET 3.4.1

Pada tahun 2030, mengurangi hingga sepertiga angka kematian dini akibat penyakit tidak menular, melalui pencegahan dan pengobatan, serta meningkatkan kesehatan mental dan kesejahteraan.

### INDIKATOR

#### 3.4.1.(a)

Persentase merokok pada penduduk umur  $\leq 18$  tahun.

### KONSEP DAN DEFINISI

Persentase merokok pada penduduk umur  $\leq 18$  tahun adalah perbandingan jumlah penduduk umur 10 sampai 18 tahun yang merokok dengan jumlah penduduk umur 10-18 tahun. Yang dimaksud dengan merokok adalah termasuk merokok tiap hari dan kadang-kadang.

### METODE PERHITUNGAN

#### Cara Perhitungan:

Jumlah penduduk umur 10-18 tahun yang merokok dibagi jumlah semua penduduk umur 10-18 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%)

#### Rumus:

$$PM_{\leq 18} = \frac{JP_{10-18yM}}{JP_{10-18}} \times 100\%$$

#### Keterangan:

- $PM_{\leq 18}$  : Persentase merokok pada penduduk umur  $\leq 18$  tahun
- $JP_{10-18yM}$  : Jumlah penduduk umur 10-18 tahun yang merokok pada waktu tertentu

JP10-18 : Jumlah penduduk umur 10-18 tahun pada waktu yang sama

## MANFAAT

---

Merokok merupakan faktor risiko bersama terhadap Penyakit Jantung, Diabetes, Kanker dan penyakit pernapasan kronis. Perokok usia pemula (di bawah 18 tahun) mempunyai probabilitas lebih tinggi untuk terkena penyakit PTM utama tersebut diatas, dengan demikian akan meningkatkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian prematur (umur 30-70 tahun).

## SUMBER DATA

---

Kementerian Kesehatan: Riset Kesehatan Tahunan.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok umur.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 3.4.1.(b)

---

Prevalensi tekanan darah tinggi.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Prevalensi tekanan darah tinggi adalah perbandingan jumlah penduduk umur  $\geq 18$  tahun dengan hasil pengukuran tekanan darah sistolik lebih besar atau sama dengan 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik lebih besar atau sama dengan 90 mmHg.



## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah penduduk umur  $\geq 18$  tahun yang dilakukan pengukuran tekanan darah dengan hasil pengukuran tekanan darah sistolik lebih besar atau sama dengan 140 mmHg dan atau tekanan darah diastolik lebih besar atau sama dengan 90 mmHg dibagi dengan jumlah penduduk umur  $\geq 18$  tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%)

### Rumus:

$$PTDT = \frac{JP_{\geq 18yTDT}}{JP_{\geq 18}} \times 100\%$$

### Keterangan:

PTDT : Prevalensi tekanan darah tinggi

$JP_{\geq 18yTDT}$  : Jumlah penduduk umur  $\geq 18$  tahun yang dilakukan pengukuran tekanan darah dengan tekanan darah sistolik  $\geq 140$  mmHg dan/atau tekanan darah diastolik  $\geq 90$  mmHg pada waktu tertentu

$JP_{\geq 18}$  : Jumlah penduduk umur  $\geq 18$  tahun pada waktu yang sama

## MANFAAT

Prevalensi Hipertensi di Indonesia sesuai dengan Riskesdas sangat tinggi yaitu 25,8% (1 diantara 4 penduduk umur  $\geq 18$  tahun menyandang hipertensi), apabila hipertensi tidak dikelola sesuai standar dan terkontrol akan menimbulkan berbagai komplikasi antara lain stroke, jantung, gagal ginjal dan lain-lain yang akan meningkatkan kecacatan, kematian prematur dan pembiayaan kesehatan serta meningkatkan beban ekonomi negara.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Kementerian Kesehatan: Riset Kesehatan Tahunan.

## DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok umur.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

### INDIKATOR 3.4.1.(c)

Prevalensi obesitas pada penduduk umur  $\geq 18$  tahun.

## KONSEP DAN DEFINISI

Prevalensi obesitas pada penduduk umur  $\geq 18$  tahun adalah persentase jumlah penduduk umur  $\geq 18$  tahun dengan hasil pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT)  $\geq 25$ .

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah penduduk umur  $\geq 18$  tahun yang hasil pengukuran IMT  $\geq 25$ , dibagi dengan jumlah penduduk umur  $\geq 18$  tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$PObes = \frac{JP_{\geq 18yObes}}{JP_{\geq 18}} \times 100\%$$

**Keterangan:**

PObes	:	Prevalensi obesitas pada penduduk umur $\geq 18$ tahun
JP $\geq 18$ yObes	:	Jumlah penduduk umur $\geq 18$ tahun yang hasil pengukuran IMT $\geq 25$ pada waktu tertentu
JP $\geq 18$	:	Jumlah penduduk umur $\geq 18$ tahun pada periode waktu yang sama

## MANFAAT

---

Prevalensi Obesitas di Indonesia sesuai dengan Riskesdas terus meningkat baik pada dewasa maupun anak-anak. Dampak Obesitas adalah meningkatnya probabilitas terkena penyakit Diabetes, jantung, stroke, Kanker, Osteoarthritis, gangguan pernapasan, depresi maupun kematian mendadak (*Obstructive Sleeping Apneu*). Apabila tidak dikendalikan meningkatkan kejadian PTM, meningkatkan kecacatan, kematian prematur dan pembiayaan kesehatan serta meningkatkan beban ekonomi negara.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

Kementerian Kesehatan: Riset Kesehatan Tahunan.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok umur.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

### INDIKATOR

#### 3.4.2\*

Angka kematian (*insidens rate*) akibat bunuh diri.

### KONSEP DAN DEFINISI

Bunuh diri adalah tindakan merusak diri sendiri dengan menggunakan alat, cara tertentu atau zat (obat atau racun) yang mengakibatkan kematian.

Percobaan bunuh diri adalah tindakan dengan sengaja merusak diri sendiri dengan menggunakan alat, cara tertentu, atau zat (obat atau racun) dengan tujuan mengakhiri kehidupan yang tidak mengakibatkan kematian, namun membutuhkan intervensi medik psikiatrik.

### METODE PERHITUNGAN

#### Cara Perhitungan:

Jumlah kematian akibat bunuh diri (data dari kepolisian maupun dari pelayanan kesehatan) dibagi jumlah seluruh kematian dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

#### Rumus:

$$\text{KBD} = \frac{\text{JKBD}}{\text{JKS}} \times 100\%$$

#### Keterangan:

- KBD : Angka kematian (*insidens rate*) akibat bunuh diri
- JKBD : Jumlah kematian akibat bunuh diri pada waktu tertentu
- JKS : Jumlah seluruh kasus kematian pada periode waktu yang sama

## MANFAAT

---

1. Memperoleh angka kejadian (insidens rate) bunuh diri
2. Penyusunan program pencegahan dan pengendalian, deteksi dini dan penanganan masalah kesehatan jiwa yang dapat mengakibatkan bunuh diri
3. Peningkatan kualitas hidup dan kesehatan jiwa masyarakat.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

1. Kepolisian RI: Laporan Tahunan dan Jurnal Tahunan
2. Kementerian Kesehatan: Laporan Tahunan P2MKJN/Profil Kesehatan Nasional, Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
3. Kementerian Kesehatan: Sistem Registrasi Sampel (SRS), Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Jenis kelamin.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

1. Laporan Tahunan Kepolisian: Tahunan
2. Profil Kesehatan Nasional: Tahunan.
3. SRS: 4 tahunan.

## INDIKATOR

### 3.4.2.(a)

Jumlah kabupaten/kota yang memiliki puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa.

## KONSEP DAN DEFINISI

Masalah kesehatan jiwa juga merupakan masalah kesehatan masyarakat, sehingga diperlukan berbagai upaya kesehatan untuk menanganinya mulai dari upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Penanganan masalah kesehatan jiwa sejak dini akan membantu meningkatkan kesehatan mental dan kesejahteraan masyarakat dan terhindar dari gangguan jiwa. Hasil Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan RI tahun 2013 menunjukkan angka prevalensi gangguan jiwa berat sebesar 1,7 per mil dan angka prevalensi gangguan mental emosional sebesar 6 persen yang merupakan gangguan cemas dan depresi. Gangguan depresi jika menjadi berat dan tidak ditangani akan memicu tindakan bunuh diri yang merupakan salah satu penyebab kematian dini. Hal ini mengindikasikan bahwa masalah kesehatan jiwa merupakan salah satu masalah kesehatan yang perlu perhatian sejak dini.

Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat yang lebih mengutamakan pada aspek promotif dan preventif disamping aspek kuratif dan rehabilitatif. Untuk itulah upaya kesehatan jiwa sudah harus dimulai dari tingkat puskesmas dan diharapkan minimal 20% puskesmas di setiap kabupaten/kota di seluruh wilayah RI dapat menyelektasikan upaya kesehatan jiwa dengan target yang sudah ditetapkan setiap tahunnya. Kriteria puskesmas yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa adalah:

1. Memiliki tenaga kesehatan yang sudah terlatih kesehatan jiwa
2. Melakukan kegiatan promotif kesehatan jiwa
3. Melakukan deteksi dini
4. Layanan pengobatan dasar dan rujukan kesehatan jiwa

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara Perhitungan:

Jumlah kabupaten/kota yang sudah memiliki minimal 20% dari jumlah seluruh puskesmas di kabupaten/kota tersebut yang menyelenggarakan upaya kesehatan jiwa

### Rumus:-

## MANFAAT

---

Adanya upaya kesehatan jiwa utamanya promotif dan preventif disamping kuratif dan rehabilitatif di puskesmas akan sangat bermanfaat bagi masyarakat di wilayah kerja puskesmas tersebut dalam rangka meningkatkan kesehatan jiwa dan kesejahteraan masyarakatnya.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

Kementerian Kesehatan: Laporan administratif tahunan Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Masalah Kesehatan Jiwa dan Napza, Ditjen P2P.

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## TARGET 3.5

---

Memperkuat pencegahan dan pengobatan penyalahgunaan zat, termasuk penyalahgunaan narkotika dan penggunaan alkohol yang membahayakan.

### INDIKATOR

#### 3.5.1.(a)

---

Jumlah penyalah guna narkotika dan pengguna alkohol yang merugikan, yang mengakses layanan rehabilitasi medis.

### KONSEP DAN DEFINISI

---

Memperkuat pencegahan dan pengobatan penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika, dan Zat Aditif (NAPZA) termasuk penyalahgunaan narkotika dan penggunaan alkohol yang merugikan adalah salah satu upaya mengurangi angka kematian dini akibat dari penyakit tidak menular (Non-communicable disease/NCD).

Rehabilitasi adalah suatu proses pemulihan klien gangguan penyalahgunaan NAPZA, baik dalam bentuk rawat jalan maupun rawat inap, serta dalam jangka waktu pendek maupun panjang, yang bertujuan untuk mengubah perilaku dan mengembalikan fungsi individu tersebut di masyarakat.

Rehabilitasi medis adalah proses kegiatan pengobatan secara terpadu untuk membebaskan pecandu dari ketergantungan narkotika.

Layanan rehabilitasi medis adalah fasilitas layanan kesehatan baik Puskesmas, Klinik Pratama, RSU atau RS khusus, yang telah ditetapkan menjadi Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL) oleh Menteri Kesehatan.

Mengakses layanan rehabilitasi medis berarti penyalah guna zat, termasuk narkotika dan alkohol yang telah mendapatkan layanan terapi dan rehabilitasi yang pembiayaannya ditanggung oleh pemerintah.

Fasilitas layanan kesehatan adalah Institusi penerima wajib lapor (IPWL) baik puskesmas, klinik pratama, RSU atau RS khusus yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan.



## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara Perhitungan menurut BNN:

Jumlah absolut pecandu/penyalah guna/korban penyalahgunaan NAPZA yang datang dan tercatat menjalani terapi dan rehabilitasi NAPZA di layanan rehabilitasi medis yang telah ditetapkan menjadi IPWL, baik milik sektor kesehatan, BNN, masyarakat maupun swasta.

**Rumus: -**

## MANFAAT

---

1. Memperoleh jumlah kasus penyalah guna NAPZA yang mengakses layanan rehabilitasi medis yang telah ditetapkan menjadi IPWL, baik milik sektor kesehatan, BNN, masyarakat maupun swasta.
2. Peningkatan kualitas hidup dan kesehatan jiwa masyarakat

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

1. Kementerian Kesehatan: Laporan Tahunan P2MKJN Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
2. Kementerian Kesehatan: Data Profil Kesehatan Nasional sumber data Aplikasi SELARAS = Sistem Elektronik Pelaporan Rehabilitasi Medis) melalui RS, RSU, RSUD dan Puskesmas yang sudah menjadi IPWL, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
3. Badan Narkotika Nasional: Sistem Rehabilitasi Narkoba.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi
2. Jenis kelamin.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

### INDIKATOR 3.5.1.(b)

---

Jumlah yang mengakses layanan pascarehabilitasi

### KONSEP DAN DEFINISI

---

Pecandu/penyalah guna/korban penyalahgunaan zat, termasuk narkoba dan alkohol, yang mengikuti layanan pascarehabilitasi, setelah selesai menjalani program rehabilitasi.

### METODE PERHITUNGAN

---

#### Cara Perhitungan:

Jumlah absolut pecandu/penyalah guna/korban penyalahgunaan zat, termasuk narkoba dan alkohol yang mengakses layanan pascarehabilitasi

**Rumus:** -

### MANFAAT

---

1. Mengetahui jumlah pecandu yang dapat bertahan bebas zat sekurangnya dalam waktu 6 bulan sejak menjalani program pasca rehabilitasi
2. Peningkatan kualitas hidup diantaranya melalui produktivitas yang lebih baik

### SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

1. Kementerian Sosial.
2. Badan Narkoba Nasional: Sistem Rehabilitasi Narkoba

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

### INDIKATOR 3.5.1.(c)

---

Jumlah korban penyalahgunaan NAPZA yang mendapatkan rehabilitasi sosial di dalam panti sesuai standar pelayanan.

### KONSEP DAN DEFINISI

---

Adalah pecandu/penyalah guna/korban penyalahgunaan zat, termasuk narkoba dan alkohol, yang telah selesai mengikuti rehabilitasi sosial dalam panti (atau balai/loka/lembaga rehabilitasi sosial) milik pemerintah dan masyarakat.

### METODE PERHITUNGAN

---

#### Cara Perhitungan:

Jumlah absolut pecandu/penyalah guna/korban penyalahgunaan zat yang datang dan tercatat menjalani rehabilitasi sosial di panti (atau balai/loka/ lembaga rehabilitasi sosial) milik pemerintah dan masyarakat.

#### Rumus:-

### MANFAAT

---

1. Memperoleh gambaran cakupan penerima layanan pemulihan berbasis sosial
2. Peningkatan kualitas hidup diantaranya melalui fungsi sosial yang lebih baik

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

1. Kementerian Sosial.
2. Badan Narkotika Nasional: Sistem Rehabilitasi Nasional.

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 3.5.1.(d)

---

Jumlah Lembaga Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan NAPZA yang telah dikembangkan/dibantu.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Lembaga rehabilitasi sosial baik milik pemerintah maupun masyarakat yang telah menerima bantuan dan/atau pengembangan kelembagaan, baik dari sisi manajerial, SDM dan teknis pelayanan.

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara Perhitungan:

Jumlah absolut lembaga rehabilitasi sosial baik milik pemerintah maupun masyarakat yang telah menerima bantuan dan/atau pengembangan kelembagaan, baik dari sisi manajerial, SDM dan teknis pelayanan.

**Rumus: -**

## MANFAAT

---

Menjamin penyelenggaraan rehabilitasi sosial yang beroperasional sesuai dengan standar layanan minimal yang terdapat di Indonesia.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

1. Kementerian Sosial
2. Badan Narkotika Nasional.

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 3.5.1.(e)

---

Prevalensi penyalahgunaan narkoba.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Jumlah sampel orang berusia 10–59 tahun yang pernah menggunakan narkoba dalam 12 bulan terakhir dibagi jumlah populasi nasional berusia 10–59 tahun yang dinyatakan dalam satuan persen (%).

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara Perhitungan:

Prevalensi penyalahgunaan narkoba adalah jumlah sampel orang berusia 10–59 tahun yang pernah menggunakan narkoba dalam 12 bulan terakhir dibagi jumlah populasi nasional berusia 10–59 tahun dikalikan 100%.

### Rumus:

$$\text{PrevPN} = \frac{\text{JSOYPP 10-59}}{\text{JP 10-59}} \times 100\%$$

### Keterangan:

- PrevPN : Prevalensi penyalahgunaan narkoba  
JSOYPP 10-59 : Jumlah seluruh sampel orang usia 10-59 tahun yang pernah pakai dalam 12 bulan terakhir  
JP 10-59 : Total populasi usia 10-59 tahun

## MANFAAT

1. Memperoleh gambaran besaran masalah.
2. Memperoleh bahan rujukan dalam pengembangan kebijakan terkait pencegahan, pemberantasan dan penanggulangan penyalahgunaan dan peredaran gelap Narkoba (P4GN).

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Badan Narkotika Nasional: Survei Nasional Berbasis Rumah Tangga, Tempat Kerja, dan Sekolah.

## DISAGREGASI

1. Kelompok rumah tangga
2. Pekerja
3. Pelajar
4. Transportasi.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

## INDIKATOR

### 3.5.2\*

Konsumsi alkohol (liter per kapita) oleh penduduk umur ≥15 tahun dalam satu tahun terakhir.

## KONSEP DAN DEFINISI

Jumlah minuman keras/beralkohol (liter per kapita 15 tahun keatas) yang dikonsumsi oleh penduduk umur ≥15 tahun adalah perbandingan antara jumlah minuman keras/beralkohol (liter) yang dikonsumsi penduduk umur ≥15 tahun dalam setahun terakhir dengan jumlah penduduk umur ≥15 tahun, dinyatakan dalam liter per kapita. Minuman mengandung alkohol meliputi bir dan minuman keras lainnya seperti anggur, vodka, dan sebagainya.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah minuman mengandung alkohol (liter) yang dikonsumsi oleh penduduk umur ≥15 tahun dalam setahun terakhir dibagi jumlah seluruh penduduk umur ≥15 tahun dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$KA = \frac{JAyKP>15}{JP>15} \times 100\%$$

### Keterangan:

- KA : Konsumsi alkohol (liter per kapita) oleh penduduk umur ≥15 tahun dalam satu tahun terakhir
- JAyKP>15 : Jumlah minuman mengandung alkohol (liter) yang dikonsumsi oleh penduduk umur ≥15 tahun dalam setahun terakhir
- JP>15 : Jumlah seluruh penduduk umur ≥15 tahun

## MANFAAT

Indikator ini digunakan sebagai pendekatan untuk melihat penggunaan berbahaya dari alkohol yang dapat memicu tindak kriminalitas atau perilaku negatif.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor; dan Modul Konsumsi dan Pengeluaran (KP).

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok umur.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## TARGET 3.7

---

Pada tahun 2030, menjamin akses universal terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk keluarga berencana, informasi dan pendidikan, dan integrasi kesehatan reproduksi ke dalam strategi dan program nasional.

## INDIKATOR

### 3.7.1\*

---

Proporsi perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya yang memiliki kebutuhan keluarga berencana dan menggunakan alat kontrasepsi metode modern.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Proporsi pasangan usia subur (15-49 tahun) yang memiliki kebutuhan keluarga berencana dan menggunakan alat kontrasepsi metode modern adalah perbandingan perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya yang aktif secara seksual dan ingin menunda untuk memiliki anak atau tidak ingin menambah anak lagi dan menggunakan alat kontrasepsi metode modern dengan PUS yang memerlukan alat kontrasepsi.



Alat kontrasepsi metode modern terdiri dari sterilisasi perempuan, sterilisasi pria, pil, spiral/IUD, suntik KB, susuk KB, kondom, metode amenore laktasi (MAL).

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya yang ingin menunda untuk memiliki anak atau tidak ingin menambah anak lagi dan menggunakan alat kontrasepsi metode modern dibagi jumlah perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya dengan kebutuhan alat kontrasepsi dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$\text{CPR Modern} = \frac{\text{JPMdMAK}}{\text{JPMak}} \times 100\%$$

### Keterangan:

- CPR Modern : Proporsi perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya yang aktif secara seksual dan ingin menunda untuk memiliki anak atau tidak ingin menambah anak lagi dan menggunakan alat kontrasepsi metode modern
- JPMdMAK : Jumlah perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya dengan kebutuhan alat kontrasepsi yang menggunakan alat kontrasepsi metode modern
- JPMak : Jumlah perempuan usia reproduksi (15-49 tahun) atau pasangannya yang memerlukan alat kontrasepsi

## MANFAAT

Indikator ini berguna untuk mengukur perbaikan kesehatan ibu melalui pengaturan kelahiran. Indikator ini juga digunakan sebagai proksi untuk mengukur akses terhadap pelayanan reproduksi kesehatan yang sangat esensial.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Lima (5) tahunan.

## INDIKATOR

### 3.7.1.(a)

---

Angka prevalensi penggunaan metode kontrasepsi (CPR) semua cara pada Pasangan Usia Subur (PUS) usia 15-49 tahun yang berstatus kawin.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Angka prevalensi penggunaan metode kontrasepsi (CPR) semua cara pada Pasangan Usia Subur (PUS) usia 15-49 tahun yang berstatus kawin adalah perbandingan antara Pasangan Usia Subur (PUS) yang menjadi peserta KB aktif (peserta KB yang saat ini menggunakan salah satu alat kontrasepsi) dengan jumlah seluruh PUS pada periode yang sama, dinyatakan dalam satuan persen (%).

Pertanyaan mengenai penggunaan alat/cara kontrasepsi baik modern maupun tradisional ditanyakan pada perempuan pernah kawin umur 15-49 tahun yang pernah melahirkan anak lahir hidup dalam dua tahun terakhir.

## METODE PERHITUNGAN

---

Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) umur 15-49 tahun yang menjadi peserta KB aktif (peserta KB yang saat ini menggunakan alat kontrasepsi) dibagi jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) umur 15-49

tahun berstatus kawin, yang dinyatakan dalam satuan persen (%).

**Rumus:**

$$\text{CPR-SC} = \frac{\text{JPUS-CPRSC}}{\text{JPUS15-49}} \times 100\%$$

**Keterangan:**

- CPR-SC : Angka pemakaian kontrasepsi (CPR) semua cara pada Pasangan Usia Subur (PUS) umur 15-49 tahun yang berstatus kawin
- JPUS-CPRSC : Jumlah PUS umur 15-49 tahun peserta KB aktif yang menggunakan alat kontrasepsi semua cara pada periode waktu tertentu
- JPUS15-49 : Jumlah PUS umur 15-49 tahun berstatus kawin pada periode waktu yang sama.

## MANFAAT

Indikator ini berguna untuk mengukur perbaikan kesehatan ibu melalui pengaturan kelahiran. Indikator ini juga digunakan sebagai proksi untuk mengukur akses terhadap pelayanan reproduksi kesehatan yang sangat esensial. Untuk menetapkan kebijakan pengendalian kependudukan, penyediaan pelayanan KB serta sterilisasi, pemasangan IUD, persiapan alat dan obat, serta pelayanan konseling untuk menampung kebutuhan dan menanggapi keluhan pemakaian kontrasepsi.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

## DISAGREGASI

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Lima (5) tahunan.

### INDIKATOR 3.7.1.(b)

Angka penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) cara modern.

### KONSEP DAN DEFINISI

Angka penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) cara modern adalah perbandingan antara Pasangan Usia Subur (PUS) umur 15-49 tahun yang menjadi peserta KB aktif metode kontrasepsi jangka panjang (peserta KB yang saat ini menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang) dengan jumlah seluruh PUS pada periode yang sama dinyatakan dalam persentase.

Metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) terdiri dari sterilisasi perempuan, sterilisasi pria, spiral/IUD, dan susuk KB.

### METODE PERHITUNGAN

Jumlah PUS peserta KB aktif metode kontrasepsi jangka panjang (peserta KB yang saat ini menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang) dibagi jumlah PUS pada periode yang sama dan dinyatakan dalam persentase.

#### Rumus:

$$\text{MKJP cara modern} = \frac{\text{JPUSKB MKJP}}{\text{JPUS15-49}} \times 100\%$$

#### Keterangan:

MKJP cara modern : Jumlah PUS peserta KB aktif metode kontrasepsi jangka panjang (peserta KB yang saat ini menggunakan metode kontrasepsi jangka panjang)

JPUSKB MKJP	: Jumlah PUS umur 15-49 tahun peserta KB aktif metode kontrasepsi jangka panjang
JPUS15-49	: Jumlah PUS umur 15-49 tahun pada periode yang sama

## MANFAAT

Indikator ini berguna untuk mengukur perbaikan kesehatan ibu melalui pengaturan kelahiran. Indikator ini juga digunakan sebagai proksi untuk mengukur akses terhadap pelayanan reproduksi kesehatan yang sangat esensial.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

## DISAGREGASI

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Lima (5) tahunan.

## INDIKATOR 3.7.2\*

Angka kelahiran pada perempuan umur 15-49 tahun (*Age Specific Fertility Rate/ ASFR*).

## KONSEP DAN DEFINISI

Banyaknya kelahiran pada perempuan umur 15-19 tahun pada periode tertentu diantara jumlah penduduk perempuan umur 15-19 tahun pada periode yang sama, yang dinyatakan dalam 1.000 perempuan umur 15-19 tahun.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah kelahiran pada perempuan umur 15-19 tahun pada tahun tertentu dibagi jumlah perempuan umur 15-19 tahun pada periode yang sama dikali 1.000.

### Rumus:

$$\text{ASFR 15-19 tahun} = \frac{\text{JK15-19}}{\text{JP15-19}} \times 1.000\%$$

### Keterangan:

- ASFR 15-19 : Angka Kelahiran Remaja Umur 15-19 tahun
- JK15-19 : Jumlah kelahiran pada perempuan umur 15-19 tahun pada periode tertentu
- JP15-19 : Jumlah penduduk perempuan umur 15-19 tahun pada periode waktu yang sama

## MANFAAT

Angka ini diperlukan untuk memantau besarnya masalah kelahiran remaja. Semakin tinggi angka kelahiran remaja maka akan semakin tinggi risiko kematian ibu melahirkan dan bayi baru lahir.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).
2. BPS: Sensus Penduduk (SP) dan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS).

## DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Kelompok Pendapatan (pengeluaran)

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

1. SDKI: 5 tahunan
2. Sensus Penduduk (SP): 10 tahunan
3. Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS): 10 tahunan.

## INDIKATOR

### 3.7.2.(a)

*Total Fertility Rate (TFR).*

## KONSEP DAN DEFINISI

*Total Fertility Rate (TFR)* adalah jumlah anak rata-rata yang akan dilahirkan oleh seorang perempuan pada akhir masa reproduksinya apabila perempuan tersebut mengikuti pola fertilitas pada saat TFR dihitung.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Banyaknya kelahiran dari perempuan umur 15-49 tahun selama periode tertentu dibagi jumlah perempuan umur 15-49 tahun pada periode yang sama.

### Rumus:

$$\text{TFR} = \frac{\text{JK15-49}}{\text{JP15-49}} \times 100\%$$

### Keterangan:

- TFR : *Total Fertility Rate (TFR)*  
JK15-49 : Banyaknya kelahiran dari perempuan umur 15-49 tahun selama periode tertentu  
JP15-49 : Jumlah penduduk perempuan umur 15-49 tahun pada periode yang sama

## MANFAAT

Diketuinya TFR untuk suatu daerah akan membantu para perencana program pembangunan untuk meningkatkan rata-rata usia kawin,

meningkatkan program pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan pelayanan ibu hamil dan perawatan anak, serta untuk mengembangkan program penurunan tingkat kelahiran.

## **SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

---

1. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerja sama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).
2. BPS : Sensus Penduduk (SP) dan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS).

## **DISAGREGASI**

---

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Kelompok pendapatan (pengeluaran).

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

1. SDKI: 5 tahunan
2. Sensus Penduduk (SP): 10 tahunan
3. Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS): 10 tahunan.

## **TARGET 3.8**

---

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.



**INDIKATOR**  
**3.8.1.(a)**

*Unmet Need*  
Pelayanan Kesehatan.

**KONSEP DAN DEFINISI**

*Unmet need* pelayanan kesehatan atau persentase penduduk yang memiliki keluhan kesehatan dan terganggu aktifitasnya namun tidak berobat jalan adalah perbandingan antara banyaknya penduduk yang memiliki keluhan kesehatan dan terganggu aktifitasnya namun tidak berobat jalan dan jumlah penduduk, dinyatakan dalam satuan persen (%).

Aktifitas yang dimaksud adalah aktifitas penduduk sehari-hari seperti bekerja, bersekolah atau kegiatan sehari-hari lainnya.

**METODE PERHITUNGAN**

**Cara Perhitungan:**

Jumlah penduduk yang mengalami keluhan kesehatan dan terganggu aktivitasnya tetapi tidak berobat jalan pada waktu tertentu dibagi jumlah total penduduk, dinyatakan dalam persen (%).

**Rumus:**

$$\text{UNPK} = \frac{\text{JPKPK}}{\text{JP}} \times 100\%$$

**Keterangan:**

- UNPK : *Unmet Need* Pelayanan Kesehatan.
- JPKPK : Jumlah penduduk yang mengalami keluhan kesehatan dan terganggu aktivitasnya tetapi tidak berobat jalan pada waktu tertentu
- JP : Jumlah penduduk pada periode waktu yang sama

**MANFAAT**

Indikator ini merupakan proksi untuk melihat cakupan penduduk yang seharusnya berobat ketika sakit, namun pada kenyataannya tidak berobat. Hal ini dapat disebabkan oleh berbagai hal seperti; tidak punya biaya berobat, tidak punya biaya transportasi,

tidak ada sarana transportasi, atau karena waktu tunggu pelayanan yang lama sehingga berat hati untuk berobat.

## **SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

---

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## **DISAGREGASI**

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok umur
5. Kelompok pendapatan (pengeluaran).

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

Tahunan.

## **INDIKATOR**

### **3.8.2\***

---

Jumlah penduduk yang dicakup asuransi kesehatan atau sistem kesehatan masyarakat per 1.000 penduduk.

## **KONSEP DAN DEFINISI**

---

Persentase penduduk yang memiliki jaminan kesehatan (baik BPJS Kesehatan, Jamkesda maupun asuransi swasta, perusahaan atau kantor) dinyatakan dalam satuan persen (%).

Yang termasuk dalam jaminan kesehatan melalui BPJS adalah pekerja penerima upah, pekerja bukan penerima upah/bukan pekerja, dan penerima bantuan iuran.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah penduduk yang memiliki jaminan kesehatan (baik BPJS Kesehatan, Jamkesda maupun asuransi swasta, perusahaan atau kantor) dibagi jumlah penduduk dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$\text{Cakupan Jamkes} = \frac{\text{JPJamkes}}{\text{JP}} \times 100\%$$

### Keterangan:

Cakupan Jamkes	:	Jumlah penduduk yang dicakup asuransi kesehatan atau sistem kesehatan masyarakat per 1.000 penduduk
JPJamkes	:	Jumlah penduduk yang memiliki jaminan kesehatan pada waktu tertentu
JP	:	Jumlah penduduk pada periode waktu yang sama

## MANFAAT

Setiap orang mempunyai risiko finansial akibat menderita penyakit, untuk itu diperlukan sistem perlindungan kesehatan dalam bentuk asuransi kesehatan atau sistem kesehatan masyarakat indikator ini digunakan untuk memantau kecenderungan penduduk yang sudah terlindung oleh sistem asuransi kesehatan. Secara bertahap, idealnya semua penduduk tercakup oleh sistem asuransi kesehatan.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. Kementerian PPN/Bappenas
2. BPS terkait data penerima asuransi kesehatan selain BPJS (melalui Susenas) dan jumlah penduduk.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Jenis kelamin
3. Kelompok umur.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

### INDIKATOR 3.8.2.(a)

---

Cakupan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

### KONSEP DAN DEFINISI

---

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bertujuan untuk memberikan perlindungan kesejahteraan bagi masyarakat Indonesia dari guncangan kesehatan. JKN secara bertahap direncanakan sebagai jaminan kesehatan semesta (*universal health coverage*) bagi seluruh penduduk Indonesia pada tahun 2019.

Cakupan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah perbandingan banyaknya penduduk yang mendapatkan perlindungan kesejahteraan dengan jumlah seluruh penduduk dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### METODE PERHITUNGAN

---

#### Cara Perhitungan:

Jumlah penduduk yang mendapat perlindungan kesejahteraan (JKN) dibagi jumlah penduduk seluruhnya pada periode yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

#### Rumus:

$$\text{Cakupan JKN} = \frac{\text{JPJKN}}{\text{JP}} \times 100\%$$

**Keterangan:**

Cakupan JKN	:	Cakupan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
JPJKN	:	Jumlah penduduk yang mendapat Jaminan Perlindungan kesehatan (JKN)
JP	:	Jumlah penduduk seluruhnya pada periode yang sama

## MANFAAT

Setiap warga negara tanpa terkecuali masyarakat miskin dan rentan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai dan berkualitas sesuai dengan amanat Undang Undang Dasar tahun 1945.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) mempunyai multi manfaat, secara medis dan maupun non medis, bermanfaat secara komprehensif; yakni pelayanan yang diberikan bersifat paripurna mulai dari preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Seluruh pelayanan tersebut tidak dipengaruhi oleh besarnya biaya iuran bagi peserta. Promotif dan preventif yang diberikan bagi upaya kesehatan perorangan (personal care).

JKN menjangkau semua penduduk, artinya seluruh penduduk, termasuk warga asing harus membayar iuran dengan persentase atau nominal tertentu, kecuali bagi masyarakat miskin dan tidak mampu, iurannya dibayar oleh pemerintah. Peserta yang terakhir ini disebut sebagai penerima bantuan iuran. Penduduk miskin sangat rentan terhadap terjadinya risiko gangguan kesehatan, oleh sebab itu perlu dilindungi sistem pembiayaannya. Dengan adanya perlindungan tersebut, maka akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan esensial dapat terpelihara. Pemerintah memberikan subsidi bantuan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin, baik pada tingkat pelayanan primer, sekunder, maupun tersier. Harapannya semua penduduk Indonesia sudah menjadi peserta JKN pada tahun 2019.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

1. Kementerian Kesehatan.
2. BPJS Kesehatan.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Jenis kelamin
3. Kelompok umur.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## TARGET 3.9

---

Pada tahun 2030, secara signifikan mengurangi jumlah kematian dan kesakitan akibat bahan kimia berbahaya, serta polusi dan kontaminasi udara, air, dan tanah.

## INDIKATOR

### 3.9.3.(a)

---

Proporsi Kematian Akibat Keracunan.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Proporsi Kematian Akibat Keracunan adalah jumlah kematian akibat keracunan dinyatakan dalam satuan persen (%).

Menurut WHO sesuai dengan kode ICD 10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*) yaitu X40-X49, definisi keracunan adalah keracunan yang disebabkan oleh semua zat kimia termasuk obat-obatan dan makanan atau keracunan paparan dan zat berbahaya. Yang termasuk keracunan adalah: over dosis obat, obat yang salah diberikan, obat

yang diminum secara tidak sengaja, kecelakaan dalam penggunaan obat-obatan, keracunan obat-obatan dan bahan biologi dalam prosedur medis dan bedah.

Sedangkan yang tidak termasuk adalah bunuh diri dengan menggunakan obat dalam dosis berlebih sehingga menyebabkan efek samping.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah kematian akibat keracunan dibagi dengan jumlah kematian seluruhnya dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$\text{PAR} = \frac{\text{JKAR}}{\text{JKS}} \times 100\%$$

### Keterangan:

- PAR : Proporsi Kematian Akibat Keracunan
- JKAR : Jumlah kasus kematian akibat keracunan pada waktu tertentu
- JKS : Jumlah kasus seluruh kematian pada periode waktu yang sama

## MANFAAT

Indikator ini digunakan untuk melihat kecenderungan proporsi kematian akibat keracunan dan penyebabnya. Dengan demikian dapat disusun kebijakan, program dan kegiatan pencegahan yang lebih baik.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Kementerian Kesehatan : SRS (*Sample Registrasion System*).

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional
2. Kelompok umur
3. Jenis kelamin.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Lima (5) Tahunan.

## TARGET 3.a

---

Memperkuat pelaksanaan *the Framework Convention on Tobacco Control WHO* di seluruh negara sebagai langkah yang tepat.

## INDIKATOR

### 3.a.1\*

---

Persentase merokok pada penduduk umur  $\geq 15$  tahun.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Persentase penduduk umur  $\geq 15$  tahun yang merokok tembakau setiap hari selama sebulan terakhir adalah perbandingan antara banyaknya penduduk umur  $\geq 15$  tahun yang merokok tembakau setiap hari selama sebulan terakhir dengan jumlah penduduk umur  $\geq 15$  tahun, dinyatakan dalam satuan persen (%). Definisi rokok meliputi merokok tembakau maupun cerutu.

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara Perhitungan:

Jumlah penduduk umur  $\geq 15$  tahun yang merokok tembakau setiap hari dalam sebulan terakhir dibagi jumlah penduduk umur  $\geq 15$  tahun dan dikalikan 100%.



### Rumus:

$$\%M_{\geq 15} = \frac{JP_{\geq 15yM}}{JP_{\geq 15}} \times 100\%$$

### Keterangan:

- $\%M_{\geq 15}$  : Persentase merokok pada penduduk umur  $\geq 15$  tahun
- $JP_{\geq 15yM}$  : Jumlah penduduk umur  $\geq 15$  tahun yang merokok tembakau setiap hari dalam sebulan terakhir pada waktu tertentu
- $JP_{\geq 15}$  : Jumlah penduduk umur  $\geq 15$  tahun pada periode yang sama

## MANFAAT

Indikator ini merupakan proksi untuk memonitor pelaksanaan *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC) WHO di Indonesia, dimana prevalensi tinggi penduduk yang merokok dapat berisiko terhadap kondisi kesehatan masyarakat.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Kelompok umur
4. Jenis kelamin
5. Kelompok pendapatan (pengeluaran).

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

## TARGET 3.b

Mendukung penelitian dan pengembangan vaksin dan obat penyakit menular dan tidak menular yang terutama berpengaruh terhadap negara berkembang, menyediakan akses terhadap obat dan vaksin dasar yang terjangkau, sesuai the Doha Declaration tentang *the TRIPS Agreement and Public Health*, yang menegaskan hak negara berkembang untuk menggunakan secara penuh ketentuan dalam Kesepakatan atas Aspek-Aspek Perdagangan dari Hak Kekayaan Intelektual terkait keleluasaan untuk melindungi kesehatan masyarakat, dan khususnya, menyediakan akses obat bagi semua.

## INDIKATOR

### 3.b.1.(a)

Persentase ketersediaan obat dan vaksin di Puskesmas.

## KONSEP DAN DEFINISI

Jumlah puskesmas dengan kecukupan ketersediaan obat dan vaksin esensial dinyatakan dalam satuan persen (%).

Obat esensial adalah obat terpilih yang paling dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan, mencakup upaya diagnosis, profilaksis, terapi dan rehabilitasi, yang diupayakan tersedia di fasilitas kesehatan sesuai dengan fungsi dan tingkatnya.

Batasan atau standar kecukupan mengacu pada daftar obat esensial nasional puskesmas tahun 2013 yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 312/MENKES/SK/IX/2013.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah puskesmas dengan kecukupan ketersediaan obat dan vaksin esensial dibagi jumlah seluruh puskesmas dikalikan 100%.

### Rumus:

$$\text{KOVE} = \frac{\text{JPkmCOVE}}{\text{JPkm}} \times 100\%$$

**Keterangan:**

KOVE	:	Persentase ketersediaan obat dan vaksin di Puskesmas
JPkmCOVE	:	Jumlah puskesmas dengan kecukupan ketersediaan obat dan vaksin
JPkm	:	Jumlah seluruh puskesmas

## MANFAAT

---

Obat sebagai salah satu indikator yang dipantau ketersediaannya merupakan obat indikator untuk pelayanan kesehatan dasar dan obat yang mendukung pelaksanaan program kesehatan. Untuk itu obat yang digunakan dalam program yang telah memenuhi kriteria obat esensial dicantumkan dalam Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN). Jumlah item obat dan vaksin yang dipantau adalah 144 item yang terdiri dari 135 item obat dan 9 item vaksin untuk imunisasi dasar.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

Kementerian Kesehatan: Survei Indikator Kesehatan Nasional (Sirkesnas) dan/atau Laporan Rutin Program.

## DISAGREGASI

---

1. Sirkesnas berdasarkan wilayah administrasi: nasional dan regional/pulau
2. Laporan rutin program (Lakip) berdasarkan wilayah administrasi: nasional, provinsi dan kabupaten/kota.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## TARGET 3.c

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.

## INDIKATOR

### 3.c.1\*

Kepadatan dan distribusi tenaga kesehatan.

## KONSEP DAN DEFINISI

Untuk mengukur kepadatan tenaga kesehatan disuatu wilayah dapat digunakan rasio tenaga kesehatan per 1.000 penduduk.

Tenaga kesehatan terdiri dari tenaga medis, tenaga psikologi klinis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis, tenaga teknis biomedika, tenaga kesehatan tradisional, dan tenaga kesehatan lain (UU Kesehatan No.36 Tahun 2014).

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah tenaga kesehatan menurut jenis dibagi jumlah seluruh populasi kemudian di kali 1.000.

### Rumus:

$$KNakes = \frac{JNakes}{JP} \times 1.000$$

### Keterangan:

- KNakes : Kepadatan dan distribusi tenaga kesehatan
- JNakes : Jumlah tenaga kesehatan menurut jenis pada waktu tertentu
- JP : Jumlah seluruh penduduk pada periode waktu yang sama

## MANFAAT

---

Kualitas pelayanan publik sangat ditentukan oleh sistem dan tenaga pelayanan. Ketenagaan pelayanan seringkali menghadapi kendala dalam hal jumlah, sebaran, mutu dan kualifikasi, sistem pengembangan karir, dan kesejahteraan tenaga pelaksana pelayanan.

Ketenagaan di daerah tertinggal dan terpencil ditandai dengan rasio tenaga kesehatan per puskesmas yang lebih kecil, jangkauan desa terpencil yang lebih luas, dan proporsi pegawai PNS yang lebih sedikit, dukungan pustu dan polindes yang lebih sedikit, harapan terhadap insentif yang sangat tinggi, serta rencana kepindahan yang lebih tinggi.

Indikator ini dapat digunakan sebagai landasan perencanaan untuk pengembangan dan pemetaan tenaga kesehatan khususnya di daerah terpencil.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

Kementerian Kesehatan: Sistem Registrasi Tenaga Kesehatan.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: provinsi dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.





## TUJUAN 4

### MENJAMIN KUALITAS PENDIDIKAN YANG INKLUSIF DAN MERATA SERTA MENINGKATKAN KESEMPATAN BELAJAR SEPANJANG HAYAT UNTUK SEMUA

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
4.1 Pada tahun 2030, menjamin bahwa semua anak perempuan dan laki-laki menyelesaikan pendidikan dasar dan menengah tanpa dipungut biaya, setara, dan berkualitas, yang mengarah pada capaian pembelajaran yang relevan dan efektif.	4.1.1 *	Proporsi anak-anak dan remaja: (a) pada kelas 4, (b) tingkat akhir SD/ kelas 6, (c) tingkat akhir SMP/kelas 9 yang mencapai standar kemampuan minimum dalam: (i) membaca, (ii) matematika.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	4.1.1.(a)	Persentase SD/MI berakreditasi minimal B.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	4.1.1.(b)	Persentase SMP/MTs berakreditasi minimal B.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	4.1.1.(c)	Persentase SMA/MA berakreditasi minimal B.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	4.1.1.(d)	Angka Partisipasi Kasar (APK) SD/MI/ sederajat.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	4.1.1.(e)	Angka Partisipasi Kasar (APK) SMP/MTs/ sederajat.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	4.1.1.(f)	Angka Partisipasi Kasar (APK) SMA/SMK/MA/ sederajat.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
4.2 Pada tahun 2030, menjamin bahwa semua anak perempuan dan laki-laki memiliki akses terhadap perkembangan dan pengasuhan anak usia dini, pengasuhan, pendidikan pra-sekolah dasar yang berkualitas, sehingga mereka siap untuk menempuh pendidikan dasar.	4.2.1	Proporsi anak usia di bawah 5 tahun yang berkembang dengan baik dalam bidang kesehatan, pembelajaran, dan psikososial, menurut jenis kelamin.	Indikator global yang akan dikembangkan.
	4.2.2	Tingkat partisipasi dalam pembelajaran yang teroganisir (satu tahun sebelum usia sekolah dasar), menurut jenis kelamin.	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan.
	4.2.2.(a)	Angka Partisipasi Kasar (APK) Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD).	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
4.3 Pada tahun 2030, menjamin akses yang sama bagi semua perempuan dan laki-laki, terhadap pendidikan teknik, kejuruan dan pendidikan tinggi, termasuk universitas, yang terjangkau dan berkualitas.	4.3.1	Tingkat partisipasi remaja dan dewasa dalam pendidikan dan pelatihan formal dan non formal dalam 12 bulan terakhir, menurut jenis kelamin.	Indikator global yang memiliki proksi dan akan dikembangkan.
	4.3.1.(a)	Angka Partisipasi Kasar (APK) SMA/SMK/MA/ sederajat.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	4.3.1.(a)	Angka Partisipasi Kasar (APK) SMA/SMK/MA/ sederajat.	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	4.3.1.(b)	Angka Partisipasi Kasar (APK) Perguruan Tinggi (PT).	Indikator nasional sebagai proksi indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
4.4 Pada tahun 2030, meningkatkan secara signifikan jumlah pemuda dan orang dewasa yang memiliki keterampilan yang relevan, termasuk keterampilan teknik dan kejuruan, untuk pekerjaan, pekerjaan yang layak dan kewirausahaan.	4.4.1 *	Proporsi remaja dan dewasa dengan keterampilan teknologi informasi dan komunikasi (TIK).	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).



TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
4.5 Pada tahun 2030, menghilangkan disparitas gender dalam pendidikan, dan menjamin akses yang sama untuk semua tingkat pendidikan dan pelatihan kejuruan, bagi masyarakat rentan termasuk penyandang cacat, masyarakat penduduk asli, dan anak-anak dalam kondisi rentan.	4.5.1 *	Rasio Angka Partisipasi Murni (APM) perempuan/ laki-laki di (1) SD/MI/ sederajat; (2) SMP/MTs/ sederajat; (3) SMA/SMK/ MA/sederajat; dan Rasio Angka Partisipasi Kasar (APK) perempuan/laki-laki di (4) Perguruan Tinggi.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
4.6 Pada tahun 2030, menjamin bahwa semua remaja dan proporsi kelompok dewasa tertentu, baik laki-laki maupun perempuan, memiliki kemampuan literasi dan numerasi.	4.6.1	Persentase remaja/ dewasa pada kelompok usia tertentu, paling tidak mahir/mampu pada level tertentu dalam keterampilan (i) membaca dan (ii) menghitung, menurut jenis kelamin.	Indikator global yang akan dikembangkan.
	4.6.1.(a)	Persentase angka melek aksara penduduk umur ≥15 tahun.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	4.6.1.(b)	Persentase angka melek aksara penduduk umur 15-24 tahun dan umur 15-59 tahun.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
4.7 Pada tahun 2030, menjamin semua peserta didik memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk meningkatkan pembangunan berkelanjutan, termasuk antara lain, melalui pendidikan untuk pembangunan berkelanjutan dan gaya hidup yang berkelanjutan, hak asasi manusia, kesetaraan gender, promosi budaya damai dan non kekerasan, kewarganegaraan global dan penghargaan terhadap keanekaragaman budaya dan kontribusi budaya terhadap pembangunan berkelanjutan.	4.7.1	Pengarusutamaan pada semua jenjang pendidikan, (i) pendidikan kewargaan dunia, (ii) pendidikan untuk pembangunan berkelanjutan termasuk kesetaraan gender dan hak asasi manusia pada (a) kebijakan pendidikan nasional, (b) kurikulum, (c) pendidikan guru, (d) penilaian siswa.	Indikator global yang akan dikembangkan.

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
4.a Membangun dan meningkatkan fasilitas pendidikan yang ramah anak, ramah penyandang cacat dan gender, serta menyediakan lingkungan belajar yang aman, anti kekerasan, inklusif dan efektif bagi semua.	4.a.1 *	Proporsi sekolah dengan akses ke: (a) listrik (b) internet untuk tujuan pengajaran, (c) komputer untuk tujuan pengajaran, (d) infrastruktur dan materi memadai bagi siswa disabilitas, (e) air minum layak, (f) fasilitas sanitasi dasar per jenis kelamin, (g) fasilitas cuci tangan (terdiri air, sanitasi, dan higienis bagi semua (WASH).	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
4.b Pada tahun 2020, secara signifikan memperluas secara global, jumlah beasiswa bagi negara berkembang, khususnya negara kurang berkembang, negara berkembang pulau kecil, dan negara-negara Afrika, untuk mendaftar di pendidikan tinggi, termasuk pelatihan kejuruan, teknologi informasi dan komunikasi, program teknik, program rekayasa dan ilmiah, di negara maju dan negara berkembang lainnya.	4.b.1 *	Jumlah bantuan resmi Pemerintah Indonesia kepada mahasiswa asing penerima beasiswa kemitraan negara berkembang.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
4.c Pada tahun 2030, secara signifikan meningkatkan pasokan guru yang berkualitas, termasuk melalui kerjasama internasional dalam pelatihan guru di negara berkembang, terutama negara kurang berkembang, dan negara berkembang kepulauan kecil.	4.c.1 *	Persentase guru TK, SD, SMP, SMA, SMK, dan PLB yang bersertifikat pendidik.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).



## TUJUAN 4

### MENJAMIN KUALITAS PENDIDIKAN YANG INKLUSIF DAN MERATA SERTA MENINGKATKAN KESEMPATAN BELAJAR SEPANJANG HAYAT UNTUK SEMUA

#### TARGET 4.1

Pada tahun 2030, menjamin bahwa semua anak perempuan dan laki-laki menyelesaikan pendidikan dasar dan menengah tanpa dipungut biaya, setara, dan berkualitas, yang mengarah pada capaian pembelajaran yang relevan dan efektif

*Catatan:*

*Yang dimaksud Pemerintah Indonesia tentang Wajib Belajar 12 Tahun tanpa dipungut biaya, hanya diberlakukan untuk keluarga miskin*

#### INDIKATOR

##### 4.1.1\*

Proporsi anak-anak dan remaja: (a) pada kelas 4, (b) tingkat akhir SD/kelas 6, (c) tingkat akhir SMP/kelas 9 yang mencapai standar kemampuan minimum dalam: (i) membaca, (ii) matematika.

#### KONSEP DAN DEFINISI

Tingkat kemahiran minimum akan diukur relatif terhadap membaca umum baru dan berhitung, saat ini dalam tahap pengembangan. Indikator ini dihitung sebagai jumlah anak-anak dan orang muda diakhir pendidikan SD atau menengah, mencapai atau melebihi tingkat kemahiran minimum, dinyatakan sebagai persentase dari semua anak-anak dan orang muda di akhir tingkat pendidikan primer atau tingkat pendidikan menengah.

#### METODE PERHITUNGAN

##### Cara perhitungan:

Jumlah anak-anak dengan pendidikan kelas tertentu (4 SD/MI/ sederajat; 6 SD/MI/ sederajat; 9 SMP/ MTs/ sederajat) yang mencapai standar kemahiran minimum dalam (i) membaca, dan (ii) matematika dibagi dengan semua anak dengan pendidikan kelas tertentu (4 SD/MI/ sederajat; 6 SD/MI/ sederajat; 9 SMP/ MTs/ sederajat) yang mengikuti tes standar kemahiran minimum dalam (i) membaca, dan (ii) matematika, dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$\text{PKM} = \frac{\text{JACSM}}{\text{JAT}} \times 100\%$$

### Keterangan:

- PKM : Proporsi anak-anak/anak muda yang mencapai standar kemampuan minimum dalam: (i) membaca, dan (ii) matematika
- JACSM : Jumlah anak-anak dengan pendidikan kelas tertentu (4 SD/MI/ sederajat sederajat; 6 SD/MI/ sederajat; 9 SMP/MTs/ sederajat) yang mencapai standar kemahiran minimum dalam: (i) membaca, dan (ii) matematika
- JAT : Semua anak dengan pendidikan kelas tertentu (4 SD /MI/ sederajat; 6 SD/MI/ sederajat; 9 SMP/MTs/ sederajat) yang mengikuti tes standar kemahiran minimum dalam: (i) membaca, dan (ii) matematika

### Catatan:

1. Data INAP (Indonesian National Assesment Programme) digunakan untuk mengukur anak-anak untuk membaca, matematika dan sains untuk kelas 4.
2. USBN (Ujian Sekolah Berstandart Nasional) digunakan untuk ujian Bahasa Indonesia dan Matematika kelas 6 SD/MI/ sederajat dan 9 SMP/ MTs/ sederajat.

## MANFAAT

Dalam rangka meningkatkan mutu pendidikan perlu dilakukan pemantauan mutu pendidikan secara periodik dan sistematis untuk memperoleh informasi yang lebih menyeluruh dari permasalahan yang dihadapi sehingga kebijakan yang diambil dapat sinkron dengan permasalahan yang ada. Indikator ini adalah ukuran langsung dari hasil belajar yang dicapai dalam dua bidang studi pada akhir tingkat pendidikan yang relevan.

## SUMBER DATA

Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan : untuk data INAP kelas 4 SD/MI/ sederajat melalui laporan Pusat Penilaian Pendidikan, dan untuk data nilai

Bahasa Indonesia dan Matematika melalui laporan nilai hasil USBN untuk kelas 6 SD/MI/ sederajat dan 9 SMP/MTs/ sederajat.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi dan kabupaten/kota
2. Jenis kelamin

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 4.1.1.(a)

---

Persentase SD/MI berakreditasi minimal B.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

**Akreditasi** adalah kegiatan penilaian kelayakan program dan/atau satuan pendidikan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan (Peraturan Pemerintah No.32 Tahun 2013).

**Badan Akreditasi Nasional Sekolah/Madrasah (BAN-S/M)** adalah badan evaluasi mandiri yang menetapkan kelayakan program dan/atau satuan pendidikan jenjang pendidikan dasar dan menengah jalur formal dengan mengacu pada Standar Nasional Pendidikan.

**Persentase SD/MI berakreditasi minimal B** adalah perbandingan antara jumlah SD/MI dengan akreditasi A dan B terhadap jumlah SD/MI. Periode waktu akreditasi berlaku 5 tahunan, namun data akreditasi dapat dikumpulkan tahunan.

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara perhitungan:

Jumlah SD/MI dengan akreditasi A dan B dibagi dengan jumlah SD/MI dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$\text{PSD/MI-AB} = \frac{\text{JSD/MI-AB}}{\text{JSD/MI}} \times 100\%$$

### Keterangan:

PSD/MI-AB : Persentase SD/MI berakreditasi minimal B

J SD/MI-AB: Jumlah SD/MI dengan akreditasi A dan B pada periode tertentu

J SD/MI : Jumlah SD/MI pada periode yang sama

### Catatan:

Pada pelaporan perlu mencantumkan informasi :

1. Berapa banyak total sekolah keseluruhan pada waktu tertentu,
2. Berapa banyak sekolah yang diakreditasi pada waktu yang sama (akreditasi A dan B)
3. Berapa banyak sekolah yang belum diakreditasi pada waktu yang sama. (termasuk sekolah yang masa akreditasinya telah kadaluarsa).

Dengan demikian, dapat dipantau upaya peningkatan target cakupan sekolah yang diakreditasi Badan Akreditasi Nasional dari tahun ke tahun.\

Pada saat laporan tahunan terkait akreditasi akan dijelaskan bahwa progres dari sekolah yang diakreditasi meningkat, dengan mencantumkan informasi jumlah sekolah yang sudah diakreditasi baik A,B atau C dan sekolah yang belum diakreditasi. Analisis bisa dilakukan berdasarkan sekolah negeri/swasta, lokasi, dll.

## MANFAAT

Dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa diperlukan komitmen nasional untuk meningkatkan mutu dan daya saing bangsa melalui akreditasi sekolah. Melalui indikator ini dapat diketahui banyaknya sekolah yang berakreditasi C dan yang belum terakreditasi agar dapat direncanakan pembinaan sekolah tersebut.

Undang-undang nomor 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional Bab XVI Bagian Kedua pasal 60 tentang Akreditasi, berbunyi sebagai berikut: 1) Akreditasi dilakukan untuk menentukan kelayakan program dan satuan pendidikan pada jalur pendidikan formal dan non formal pada setiap jenjang dan jenis pendidikan; 2) Akreditasi terhadap program dan satuan pendidikan dilakukan oleh lembaga mandiri yang berwenang sebagai bentuk akuntabilitas publik; dan 3) Akreditasi dilakukan atas dasar kriteria yang bersifat terbuka.

## SUMBER DATA

---

1. Badan Akreditasi Nasional - Sekolah/Madrasah (data yang baru diakreditasi)
2. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan: Data Pokok Pendidikan, Pusat Data dan Statistik Pendidikan (data akumulasi tahun berjalan)

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR 4.1.1.(b)

---

Persentase SMP/MTs berakreditasi minimal B.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

**Akreditasi** adalah kegiatan penilaian kelayakan program dan/atau satuan pendidikan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan (Peraturan Pemerintah No.32 Tahun 2013).

**Badan Akreditasi Nasional Sekolah/Madrasah (BAN-S/M)** adalah badan evaluasi mandiri yang menetapkan kelayakan program dan/atau satuan pendidikan jenjang pendidikan dasar dan menengah jalur formal dengan mengacu pada Standar Nasional Pendidikan.

**Persentase SMP/MTs berakreditasi minimal B** adalah perbandingan antara jumlah SMP/MTs dengan akreditasi A dan B terhadap jumlah SMP/MTs. Periode waktu akreditasi berlaku 5 tahunan, namun data akreditasi dapat dikumpulkan tahunan.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan:

Jumlah SMP/MTs dengan akreditasi A dan B dibagi dengan jumlah SMP/MTs dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$PSMP/MTs-AB = \frac{J \text{ SMP/MTs -AB}}{J \text{ SMP/MTs}} \times 100\%$$

### Keterangan:

PSMP/MTs-AB : Persentase SMP/MTs berakreditasi minimal B

JSMP/MTs-AB : Jumlah SMP/MTs dengan akreditasi A dan B pada periode tertentu

JSMP/MTs : Jumlah SMP/MTs pada periode yang sama

Catatan: Pada pelaporan perlu mencantumkan informasi :

1. Berapa banyak total sekolah keseluruhan pada waktu tertentu,
2. Berapa banyak sekolah yang diakreditasi pada waktu yang sama (akreditasi A dan B)
3. Berapa banyak sekolah yang belum diakreditasi pada waktu yang sama. (termasuk sekolah yang masa akreditasinya telah kadaluarsa).

Dengan demikian, dapat dipantau upaya peningkatan target cakupan sekolah yang diakreditasi Badan Akreditasi Nasional dari tahun ke tahun.

## MANFAAT

Dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa diperlukan komitmen nasional untuk meningkatkan mutu dan daya saing bangsa melalui akreditasi



sekolah. Melalui indikator ini dapat diketahui banyaknya sekolah yang berakreditasi C dan yang belum terakreditasi agar dapat direncanakan pembinaan sekolah tersebut.

Undang-undang nomor 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional Bab XVI Bagian Kedua pasal 60 tentang Akreditasi, berbunyi sebagai berikut: 1) Akreditasi dilakukan untuk menentukan kelayakan program dan satuan pendidikan pada jalur pendidikan formal dan non formal pada setiap jenjang dan jenis pendidikan; 2) Akreditasi terhadap program dan satuan pendidikan dilakukan oleh lembaga mandiri yang berwenang sebagai bentuk akuntabilitas publik; dan 3) Akreditasi dilakukan atas dasar kriteria yang bersifat terbuka.

## SUMBER DATA

---

1. Badan Akreditasi Nasional - Sekolah/Madrasah
2. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan: Data Pokok Pendidikan, Pusat Data dan Statistik Pendidikan.

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR 4.1.1.(c)

---

Persentase SMA/MA berakreditasi minimal B.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

**Akreditasi** adalah kegiatan penilaian kelayakan program dan/atau satuan pendidikan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan (Peraturan Pemerintah No.32 Tahun 2013).

**Badan Akreditasi Nasional Sekolah/Madrasah (BAN-S/M)** adalah badan evaluasi mandiri yang menetapkan kelayakan program dan/atau satuan

pendidikan jenjang pendidikan dasar dan menengah jalur formal dengan mengacu pada Standar Nasional Pendidikan.

### **Persentase SMA/MA berakreditasi minimal**

**B** adalah perbandingan antara jumlah SMA/MA dengan akreditasi A dan B terhadap jumlah SMA/MA. Periode waktu akreditasi berlaku 5 tahunan, namun data akreditasi dapat dikumpulkan tahunan.

## **METODE PERHITUNGAN**

### **Cara perhitungan:**

Jumlah SMA/MA dengan akreditasi A dan B dibagi dengan jumlah SMA/MA dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### **Rumus:**

$$P \text{ SMA/MA -AB} = \frac{J \text{ SMA/MA-AB}}{J \text{ SMA/MA}} \times 100\%$$

### **Keterangan:**

P SMA/MA -AB : Persentase SMA/MA berakreditasi minimal B

J SMA/MA -AB : Jumlah SMA/MA dengan akreditasi A dan B pada periode tertentu

J SMA/MA : Jumlah SMA/MA pada periode yang sama

### **Catatan:**

Pada pelaporan perlu mencantumkan informasi :

1. Berapa banyak total sekolah keseluruhan pada waktu tertentu,
2. Berapa banyak sekolah yang diakreditasi pada waktu yang sama (akreditasi A dan B)
3. Berapa banyak sekolah yang belum diakreditasi pada waktu yang sama. (termasuk sekolah yang masa akreditasinya telah kadaluarsa).

Dengan demikian, dapat dipantau upaya peningkatan target cakupan sekolah yang diakreditasi Badan Akreditasi Nasional dari tahun ke tahun.

## MANFAAT

---

Dalam rangka mencerdaskan kehidupan bangsa diperlukan komitmen nasional untuk meningkatkan mutu dan daya saing bangsa melalui akreditasi sekolah. Melalui indikator ini dapat diketahui banyaknya sekolah yang berakreditasi C dan yang belum terakreditasi agar dapat direncanakan pembinaan sekolah tersebut.

Undang-undang nomor 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional Bab XVI Bagian Kedua pasal 60 tentang Akreditasi, berbunyi sebagai berikut: 1) Akreditasi dilakukan untuk menentukan kelayakan program dan satuan pendidikan pada jalur pendidikan formal dan non formal pada setiap jenjang dan jenis pendidikan; 2) Akreditasi terhadap program dan satuan pendidikan dilakukan oleh lembaga mandiri yang berwenang sebagai bentuk akuntabilitas publik; dan 3) Akreditasi dilakukan atas dasar kriteria yang bersifat terbuka.

## SUMBER DATA

---

1. Badan Akreditasi Nasional - Sekolah/Madrasah
2. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan: Data Pokok Pendidikan, Pusat Data dan Statistik Pendidikan.

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR 4.1.1.(d)

---

Angka Partisipasi Kasar (APK) SD/MI/ sederajat.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

**Angka Partisipasi Kasar (APK) SD/MI/ sederajat** adalah perbandingan antara jumlah penduduk yang masih bersekolah di jenjang pendidikan SD/

MI/ sederajat (tanpa memandang usia penduduk tersebut) dengan jumlah penduduk yang memenuhi syarat resmi penduduk usia sekolah di jenjang pendidikan SD/MI/ sederajat (7-12 tahun). Sejak tahun 2007 Pendidikan Non Formal (Paket A) turut diperhitungkan.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan:

Jumlah murid pada SD/MI/ sederajat dibagi dengan jumlah penduduk umur 7-12 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$\text{APK SD} = \frac{\text{JMSD}}{\text{JP7-12}} \times 100\%$$

### Keterangan:

APK SD : Angka Partisipasi Kasar (APK) SD/MI/ sederajat

JMSD : Jumlah murid pada SD/MI/ sederajat pada periode tertentu

JP7-12 : Jumlah penduduk umur 7-12 tahun pada periode yang sama.

## MANFAAT

Indikator ini untuk menunjukkan berapa besar umumnya tingkat partisipasi penduduk pada suatu tingkat pendidikan. Untuk menunjukkan berapa besar kapasitas sistem pendidikan dapat menampung siswa dari kelompok usia sekolah tertentu. APK merupakan indikator yang paling sederhana untuk mengukur daya serap penduduk usia sekolah di masing-masing jenjang pendidikan. Sebagai indikator pelengkap dari indikator Angka Partisipasi Murni (APM), sehingga dapat ditunjukkan besarnya penduduk yang bersekolah pada suatu jenjang namun usianya belum mencukupi atau bahkan melebihi dari usia sekolah yang seharusnya.

## SUMBER DATA

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi dan kabupaten/kota.
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok pendapatan (pengeluaran)

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

## INDIKATOR

### 4.1.1.(e)

Angka Partisipasi Kasar (APK) SMP/MTs/ sederajat.

## KONSEP DAN DEFINISI

**Angka Partisipasi Kasar (APK) SMP/MTs/ sederajat** adalah perbandingan antara jumlah penduduk yang masih bersekolah di jenjang pendidikan SMP/MTs/sederajat (tanpa memandang usia penduduk tersebut) dengan jumlah penduduk yang memenuhi syarat resmi penduduk usia sekolah di jenjang pendidikan SMP/MTs/sederajat (13-15 tahun). Sejak tahun 2007 Pendidikan Non Formal (Paket B) turut diperhitungkan.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan:

Jumlah murid pada SMP/MTs/sederajat dibagi dengan jumlah penduduk umur 13-15 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$\text{APK SMP} = \frac{\text{JMSMP}}{\text{JP13-15}} \times 100\%$$

### Keterangan:

APK SMP: Angka Partisipasi Kasar (APK) SMP/MTs/sederajat  
JM SMP : Jumlah murid pada SMP/MTs/sederajat pada periode tertentu

JP13-15 : Jumlah penduduk umur 13-15 tahun pada periode yang sama

## MANFAAT

---

Indikator ini untuk menunjukkan berapa besar umumnya tingkat partisipasi penduduk pada suatu tingkat pendidikan. Untuk menunjukkan berapa besar kapasitas sistem pendidikan dapat menampung siswa dari kelompok usia sekolah tertentu. APK merupakan indikator yang paling sederhana untuk mengukur daya serap penduduk usia sekolah di masing-masing jenjang pendidikan. Sebagai indikator pelengkap dari indikator Angka Partisipasi Murni (APM), sehingga dapat ditunjukkan besarnya penduduk yang bersekolah pada suatu jenjang namun usianya belum mencukupi atau bahkan melebihi dari usia sekolah yang seharusnya.

## SUMBER DATA

---

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi dan kabupaten/kota.
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok pendapatan (pengeluaran)

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 4.1.1.(f)

---

Angka Partisipasi Kasar (APK) SMA/SMK/MA / sederajat.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

**Angka Partisipasi Kasar (APK) SMA/SMK/MA/ sederajat** adalah perbandingan antara jumlah penduduk yang masih bersekolah di jenjang pendidikan SMA/SMK/MA /sederajat (tanpa memandang usia penduduk tersebut) dengan jumlah penduduk yang memenuhi syarat resmi

penduduk usia sekolah di jenjang pendidikan SMA/SMK/MA/ sederajat (16-18 tahun). Sejak tahun 2007 Pendidikan Non Formal (Paket C) turut diperhitungkan.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan:

Jumlah murid pada SMA/SMK/MA/ sederajat dibagi dengan jumlah penduduk umur 16-18 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$\text{APK SMA} = \frac{\text{JMSMA}}{\text{JP16-18}} \times 100\%$$

### Keterangan:

APK SMA: Angka Partisipasi Kasar (APK) SMA/SMK/MA / sederajat

JM SMA : Jumlah murid pada SMA/SMK/MA/ sederajat pada periode tertentu

JP16-18 : Jumlah penduduk umur 16-18 tahun pada periode yang sama

## MANFAAT

Indikator ini untuk menunjukkan berapa besar umumnya tingkat partisipasi penduduk pada suatu tingkat pendidikan. Untuk menunjukkan berapa besar kapasitas sistem pendidikan dapat menampung siswa dari kelompok usia sekolah tertentu. APK merupakan indikator yang paling sederhana untuk mengukur daya serap penduduk usia sekolah di masing-masing jenjang pendidikan. Sebagai indikator pelengkap dari indikator Angka Partisipasi Murni (APM), sehingga dapat ditunjukkan besarnya penduduk yang bersekolah pada suatu jenjang namun usianya belum mencukupi atau bahkan melebihi dari usia sekolah yang seharusnya.

## SUMBER DATA

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi dan kabupaten/kota.
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok pendapatan (pengeluaran)

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

### INDIKATOR 4.1.1.(g)

Rata-rata lama sekolah penduduk umur  $\geq 15$  tahun.

## KONSEP DAN DEFINISI

Rata-rata lama sekolah penduduk umur  $\geq 15$  tahun adalah jumlah tahun belajar penduduk umur  $\geq 15$  tahun yang telah diselesaikan dalam pendidikan formal (tidak termasuk tahun yang mengulang).

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Untuk menghitung rata-rata lama sekolah dibutuhkan informasi: a) Partisipasi sekolah; b) Jenjang dan jenis pendidikan yang pernah/sedang diduduki; c) Ijazah tertinggi yang dimiliki; d) Tingkat/kelas tertinggi yang pernah/sedang diduduki.

### Rumus:

$$MYS = \frac{1}{P_{15+}} \sum_{i=1}^{P_{15+}} (\text{Lama sekolah penduduk ke } i)$$

### Keterangan:

MYS (*Mean Years of Schooling*) : Rata-Rata Lama Sekolah

$P_{15+}$  : Jumlah penduduk umur  $\geq 15$  tahun.



**Lama sekolah penduduk ke-i**

- a. Tidak Pernah Sekolah : Jumlah penduduk umur 13-15 tahun pada periode yang sama
- b. Masih sekolah di SD-S1 : konversi ijazah terakhir + kelas terakhir – 1
- c. Masih sekolah di S2/S3 : konversi ijazah terakhir + 1
- d. Tidak sekolah lagi dan tamat di sekolah terakhir : konversi ijazah terakhir
- e. Tidak sekolah lagi dan tidak tamat di sekolah terakhir : konversi ijazah terakhir + kelas terakhir – 1

## MANFAAT

---

Indikator ini untuk melihat kualitas penduduk dalam hal mengenyam pendidikan formal. Tingginya angka Rata-rata Lama Sekolah (MYS/*Mean Years of Schooling*) menunjukkan jenjang pendidikan yang pernah/sedang diduduki oleh seseorang. Semakin tinggi angka MYS maka semakin lama/tinggi jenjang pendidikan yang ditamatkannya.

## SUMBER DATA

---

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi dan kabupaten/kota.
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok pendapatan (pengeluaran)

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## TARGET 4.2

Pada tahun 2030, menjamin bahwa semua anak perempuan dan laki-laki memiliki akses terhadap perkembangan dan pengasuhan anak usia dini, pengasuhan, pendidikan pra-sekolah dasar yang berkualitas, sehingga mereka siap untuk menempuh pendidikan dasar.

### INDIKATOR

#### 4.2.2.(a)

Angka Partisipasi Kasar (APK) Pendidikan Anak Usia dini (PAUD).

### KONSEP DAN DEFINISI

**Angka Partisipasi Kasar (APK) Pendidikan Anak Usia dini (PAUD)** adalah perbandingan antara jumlah penduduk yang masih bersekolah di jenjang pendidikan Pendidikan Anak Usia dini (PAUD) (tanpa memandang usia penduduk tersebut) dengan jumlah penduduk yang memenuhi syarat resmi penduduk usia sekolah di jenjang Pendidikan Anak Usia dini (PAUD) (umur 3-6 tahun).

Dalam hal ini, PAUD meliputi Taman Kanak-kanak, Bustanul Athfal/Raudhatul Athfal, PAUD terintegrasi BKB/Taman Posyandu, PAUD-TAAM, PAUD-PAK, PAUD-BIA, TKQ, PAUD Inklusi, Kelompok Bermain, dan Tempat Penitipan Anak (Day Care).

### METODE PERHITUNGAN

#### Cara perhitungan:

Jumlah murid yang mengikuti PAUD dibagi dengan jumlah anak umur 3-6 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

#### Rumus:

$$\text{APK PAUD} = \frac{\text{JMPAUD}}{\text{JP3-6}} \times 100\%$$

#### Keterangan:

APK PAUD : Angka Partisipasi Kasar (APK) PAUD

JMPAUD : Jumlah murid pada PAUD pada periode tertentu

JP3-6 : Jumlah penduduk umur 3-6 tahun pada periode yang sama

## MANFAAT

---

Indikator ini untuk menunjukkan berapa besar kapasitas sistem pendidikan dapat menampung siswa dari kelompok usia sekolah tertentu. APK merupakan indikator yang paling sederhana untuk mengukur daya serap penduduk usia sekolah di masing-masing jenjang pendidikan. Sebagai indikator pelengkap dari indikator Angka Partisipasi Murni (APM), sehingga dapat ditunjukkan besarnya penduduk yang bersekolah pada suatu jenjang namun usianya belum mencukupi atau bahkan melebihi dari usia sekolah yang seharusnya.

## SUMBER DATA

---

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok pendapatan (pengeluaran)

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## TARGET 4.3

Pada tahun 2030, menjamin akses yang sama bagi semua perempuan dan laki-laki, terhadap pendidikan teknik, kejuruan dan pendidikan tinggi, termasuk universitas, yang terjangkau dan berkualitas.

### INDIKATOR 4.3.1.(a)

Angka Partisipasi Kasar (APK) SMA/SMK/MA/ sederajat.

### KONSEP DAN DEFINISI

**Angka Partisipasi Kasar (APK) SMA/SMK/MA/ sederajat** adalah perbandingan antara jumlah penduduk yang masih bersekolah di jenjang pendidikan SMA/SMK/MA/ sederajat (tanpa memandang usia penduduk tersebut) dengan jumlah penduduk yang memenuhi syarat resmi penduduk usia sekolah di jenjang pendidikan SMA/SMK/MA/ sederajat (umur 16-18 tahun). Sejak tahun 2007 Pendidikan Non Formal (Paket C) turut diperhitungkan.

### METODE PERHITUNGAN

#### Cara Perhitungan:

Jumlah murid pada SMA/SMK/MA/ sederajat dibagi dengan jumlah penduduk umur 16-18 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

#### Rumus:

$$\text{APK SMA} = \frac{\text{JMSMA}}{\text{JP16-18}} \times 100\%$$

#### Keterangan:

APK SMA: Angka Partisipasi Kasar (APK) SMA/SMK/MA/ sederajat

JMSMA : Jumlah murid pada SMA/SMK/MA/ sederajat pada periode tertentu

JP16-18 : Jumlah penduduk umur 16-18 tahun pada periode yang sama

## MANFAAT

---

Indikator ini untuk menunjukkan berapa besar umumnya tingkat partisipasi penduduk pada suatu tingkat pendidikan. Untuk menunjukkan berapa besar kapasitas sistem pendidikan dapat menampung siswa dari kelompok usia sekolah tertentu. APK merupakan indikator yang paling sederhana untuk mengukur daya serap penduduk usia sekolah di masing-masing jenjang pendidikan. Sebagai indikator pelengkap dari indikator Angka Partisipasi Murni (APM), sehingga dapat ditunjukkan besarnya penduduk yang bersekolah pada suatu jenjang namun usianya belum mencukupi atau bahkan melebihi dari usia sekolah yang seharusnya.

## SUMBER DATA

---

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi dan kabupaten/kota.
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok pendapatan (pengeluaran)

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## INDIKATOR

### 4.3.1.(b)

---

Angka Partisipasi Kasar (APK) Perguruan Tinggi (PT).

## KONSEP DAN DEFINISI

---

**Angka Partisipasi Kasar (APK) Perguruan Tinggi (PT)** adalah perbandingan antara jumlah penduduk yang masih bersekolah di jenjang pendidikan Perguruan Tinggi (PT) (tanpa memandang usia penduduk tersebut) dengan jumlah penduduk yang memenuhi syarat resmi penduduk usia sekolah di jenjang pendidikan Perguruan Tinggi (PT) (umur 19-23 tahun).

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah mahasiswa pada Perguruan Tinggi (PT) dibagi dengan jumlah penduduk umur 19-23 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$\text{APK PT} = \frac{\text{JMPT}}{\text{JP19-23}} \times 100\%$$

### Keterangan:

APK PT : Angka Partisipasi Kasar (APK) Perguruan Tinggi (PT)

JM PT : Jumlah murid pada Perguruan Tinggi (PT) pada periode tertentu

JP19-23 : Jumlah penduduk umur 19-23 tahun pada periode yang sama

## MANFAAT

Indikator ini untuk menunjukkan berapa besar umumnya tingkat partisipasi penduduk pada suatu tingkat pendidikan. Untuk menunjukkan berapa besar kapasitas sistem pendidikan dapat menampung siswa dari kelompok usia sekolah tertentu. APK merupakan indikator yang paling sederhana untuk mengukur daya serap penduduk usia sekolah di masing-masing jenjang pendidikan. Sebagai indikator pelengkap dari indikator Angka Partisipasi Murni (APM), sehingga dapat ditunjukkan besarnya penduduk yang bersekolah pada suatu jenjang namun usianya belum mencukupi atau bahkan melebihi dari usia sekolah yang seharusnya.

## SUMBER DATA

1. BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.
2. Kementerian Riset Teknologi Dan Pendidikan Tinggi: Data mahasiswa (Pusdatin)

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi dan kabupaten/kota.
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok pendapatan (pengeluaran)

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## TARGET 4.4

---

Pada tahun 2030, meningkatkan secara signifikan jumlah pemuda dan orang dewasa yang memiliki keterampilan yang relevan, termasuk keterampilan teknik dan kejuruan, untuk pekerjaan, pekerjaan yang layak dan kewirausahaan.

### INDIKATOR 4.4.1\*

---

Proporsi remaja dan dewasa dengan keterampilan teknologi informasi dan komunikasi (TIK).

### KONSEP DAN DEFINISI

---

Proporsi remaja (umur 15-24 tahun) dan dewasa (umur 15-59 tahun) yang telah melakukan kegiatan yang berkaitan dengan komputer tertentu dalam suatu periode waktu tertentu (tiga bulan terakhir).

Sebuah komputer mengacu pada komputer desktop, laptop atau tablet (atau genggam serupa komputer). Ini tidak termasuk peralatan dengan beberapa kemampuan komputasi seperti Smart-TV, dan perangkat telepon sebagai fungsi utama mereka, seperti smartphone.

### METODE PERHITUNGAN

---

#### Cara Perhitungan:

1. Jumlah penduduk remaja (umur 15-24 tahun) yang mengakses internet dalam tiga bulan terakhir dibagi dengan jumlah penduduk remaja (umur 15-24 tahun) dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

2. Jumlah penduduk dewasa (umur 15-59 tahun) yang mengakses internet dalam tiga bulan terakhir dibagi dengan jumlah penduduk dewasa (umur 15-59 tahun) dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

#### Rumus 1:

$$\text{PR-TIK} = \frac{\text{JRAI}}{\text{JR15-24}} \times 100\%$$

##### Keterangan:

- PR-TIK : Proporsi remaja dengan keterampilan teknologi informasi dan komunikasi (TIK)  
JRAI : Jumlah penduduk remaja (umur 15-24 tahun) yang mengakses internet dalam tiga bulan terakhir  
JR15-24 : Jumlah penduduk remaja (umur 15-24 tahun) pada periode yang sama

#### Rumus 2:

$$\text{PD-TIK} = \frac{\text{JDAI}}{\text{JD15-59}} \times 100\%$$

##### Keterangan:

- PD-TIK : Proporsi dewasa dengan keterampilan teknologi informasi dan komunikasi (TIK)  
JDAI : Jumlah penduduk dewasa (umur 15-59 tahun) yang mengakses internet dalam tiga bulan terakhir  
JD15-59 : Jumlah penduduk dewasa (umur 15-59 tahun) pada periode yang sama

## MANFAAT

Keterampilan TIK menentukan penggunaan yang efektif dari produk-produk teknologi komputer. Kurangnya keterampilan ini menjadi salah satu hambatan utama untuk orang, dan pada perempuan khususnya, untuk mendapatkan keuntungan maksimal dari potensi teknologi informasi dan komunikasi. Indikator ini akan membantu membuat kaitan antara penggunaan TIK dan dampak serta membantu mengukur dan melacak tingkat kemahiran pengguna TIK.



## SUMBER DATA

---

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok pendapatan (pengeluaran)

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## TARGET 4.5

---

Pada tahun 2030, menghilangkan disparitas gender dalam pendidikan, dan menjamin akses yang sama untuk semua tingkat pendidikan dan pelatihan kejuruan, bagi masyarakat rentan termasuk penyandang cacat, masyarakat penduduk asli, dan anak-anak dalam kondisi rentan.

## INDIKATOR

### 4.5.1\*

---

Rasio Angka Partisipasi Murni (APM) perempuan/laki-laki di (1) SD/MI/ sederajat; (2) SMP/MTs/ sederajat; (3) SMA/SMK/ MA/sederajat; dan Rasio Angka Partisipasi Kasar (APK) perempuan/laki-laki di (4) Perguruan Tinggi.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

**Rasio APM-SD (1)** adalah perbandingan antara APM tingkat SD (SD, MI, Salafiah Ula, dan paket A setara SD) perempuan terhadap APM tingkat SD laki-laki.

**Rasio APM-SMP (2)** adalah perbandingan antara APM tingkat SMP (SMP, MTs, Salafiah wustha, dan paket B setara SMP) perempuan terhadap APM tingkat SMP laki-laki.

**Rasio APM SMA (3)** adalah perbandingan antara APM tingkat menengah (SMA, SMK, MA, Salafiah Ulya dan paket C setara SM) perempuan terhadap APM tingkat menengah laki-laki.

Rasio APK Perguruan Tinggi (PT) (4) perbandingan antara APK tingkat PT perempuan terhadap APK tingkat PT laki-laki.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan (1):

APM-SD: Jumlah murid umur 7-12 tahun yang bersekolah di tingkat SD/MI/ sederajat dibagi jumlah penduduk umur 7-12 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

Rasio APM-SD: APM perempuan terhadap APM laki-laki pada tingkat SD/MI/ sederajat dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus APM-SD:

$$\text{APM SD} = \frac{\text{JMSD}}{\text{JP7-12}} \times 100\%$$

#### Keterangan:

APM SD : Angka Partisipasi Murni (APM) perempuan/laki-laki di SD/MI/ sederajat

JMSD : Jumlah murid tingkat SD/MI / sederajat umur 7-12 tahun pada periode tertentu

JP7-12 : Jumlah penduduk umur 7-12 tahun pada periode yang sama

### Rumus R-APM SD:

$$\text{RAPM SD} = \frac{\text{APM-P SD}}{\text{APM-L SD}} \times 100\%$$

#### Keterangan:

RAPM SD : Rasio Angka Partisipasi Murni (APM) perempuan/ laki-laki di SD/MI/ sederajat

APM-P SD : APM perempuan di tingkat SD/MI/ sederajat pada periode tertentu

APM-L SD : APM laki-laki di tingkat SD/MI/ sederajat pada periode yang sama

### Cara Perhitungan (2):

APM-SMP: Jumlah murid umur 13-15 tahun yang bersekolah di tingkat SMP/MTs/ sederajat dibagi jumlah penduduk umur 13-15 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

Rasio APM-SMP: APM perempuan terhadap APM laki-laki pada tingkat SMP/MTs/ sederajat dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus APM-SMP:

$$\text{APM SMP} = \frac{\text{JMSMP}}{\text{JP13-15}} \times 100\%$$

#### Keterangan:

APM SMP : Angka Partisipasi Murni (APM) perempuan/laki-laki di SMP/MTs/ sederajat

JMSMP : Jumlah murid tingkat SMP/MTs/ sederajat umur 13-15 tahun pada periode tertentu

JP13-15 : Jumlah penduduk umur 13-15 tahun pada periode yang sama

### Rumus R-APM SMP:

$$\text{RAPM SMP} = \frac{\text{APM-P SMP}}{\text{APM-L SMP}} \times 100\%$$

#### Keterangan:

RAPM SMP : Rasio Angka Partisipasi Murni (APM) perempuan/laki-laki di SMP/MTs/ sederajat

APM-P SMP : APM perempuan di tingkat SMP/MTs/ sederajat pada periode tertentu

APM-L SMP : APM laki-laki di tingkat SMP/MTs/ sederajat pada periode yang sama

### Cara Perhitungan (3):

**APM-SMA:** Jumlah murid umur 16-18 tahun yang bersekolah di tingkat SMA/MA/ sederajat dibagi jumlah penduduk umur 16-18 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

**Rasio APM-SMA:** APM perempuan terhadap APM laki-laki pada tingkat SMA/MA/ sederajat dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

**Rumus APM-SMA:**

$$\text{APM SMA} = \frac{\text{JMSMA}}{\text{JP16-18}} \times 100\%$$

**Keterangan:**

APM SMA : Angka Partisipasi Murni (APM) perempuan/laki-laki di SMA/MA/ sederajat

JM SMA : Jumlah murid tingkat SMA/MA/ sederajat umur 16-18 tahun pada periode tertentu

JP16-18 : Jumlah penduduk umur 16-18 tahun pada periode yang sama

**Rumus R-APM-SMA:**

$$\text{RAPM SMA} = \frac{\text{APM-P SMA}}{\text{APM-L SMA}} \times 100\%$$

**Keterangan:**

RAPM SMA : Rasio Angka Partisipasi Murni (APM) perempuan/laki-laki di SMA/MA/ sederajat

APM-P SMA : APM perempuan di tingkat SMA/MA/ sederajat pada periode tertentu

APM-L SMA : APM laki-laki di tingkat SMA/MA/ sederajat pada periode yang sama

**Cara Perhitungan (4):**

APK-PT: Jumlah mahasiswa pada PT dibagi dengan jumlah penduduk umur 19-23 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

Rasio APK-PT: APK perempuan terhadap APK laki-laki pada tingkat Perguruan Tinggi (PT) dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

**Rumus APK-PT:**

$$\text{APK PT} = \frac{\text{JMPT}}{\text{JP19-23}} \times 100\%$$

**Keterangan:**

PK PT : Angka Partisipasi Kasar (APK) perempuan/laki-laki di PT

JMPT : Jumlah mahasiswa PT pada periode tertentu

JP19-23 : Jumlah penduduk umur 19-23 tahun pada periode yang sama

**Rumus R-APK PT:**

$$\text{RAPK PT} = \frac{\text{APK-P PT}}{\text{APK-L PT}} \times 100\%$$

**Keterangan:**

RAPMK PT : Rasio Angka Partisipasi Kasar (APK) perempuan/laki-laki di PT

APK-P PT : Angka Partisipasi Kasar (APK) perempuan pada PT pada periode tertentu

APK-L PT : Angka Partisipasi Kasar (APK) laki-laki pada PT pada periode yang sama

## MANFAAT

Indikator kesempatan memperoleh pendidikan antara perempuan dan laki-laki diukur dari rasio APM yang menunjukkan kesetaraan dan keadilan gender di bidang pendidikan. Pendidikan adalah salah satu aspek penting dari pembangunan manusia. Menghilangkan ketimpangan gender di semua jenjang pendidikan akan meningkatkan status dan kemampuan perempuan dan laki-laki.

APK menunjukkan tingkat partisipasi penduduk secara umum di suatu tingkat pendidikan. APK merupakan indikator yang paling sederhana untuk mengukur daya serap penduduk usia sekolah di masing-masing jenjang pendidikan.

Indikator kesempatan memperoleh pendidikan antara perempuan dan laki-laki diukur dari rasio APK yang menunjukkan kesetaraan dan keadilan gender di bidang pendidikan. Pendidikan adalah salah satu aspek penting dari pembangunan manusia. Menghilangkan ketimpangan gender di semua jenjang pendidikan akan meningkatkan status dan kemampuan perempuan dan laki-laki.

## SUMBER DATA

---

1. BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.
2. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan: Data Pokok Pendidikan, Pusat Data dan Statistik Pendidikan.
3. Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi dan kabupaten/kota.
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Kelompok pendapatan (pengeluaran)

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## TARGET 4.6

---

Pada tahun 2030, menjamin bahwa semua remaja dan proporsi kelompok dewasa tertentu, baik laki-laki maupun perempuan, memiliki kemampuan literasi dan numerasi.

### INDIKATOR 4.6.1.(a)

---

Persentase angka melek aksara penduduk umur  $\geq 15$  tahun.

### KONSEP DAN DEFINISI

---

Persentase Angka melek aksara penduduk umur  $\geq 15$  tahun adalah perbandingan jumlah penduduk berumur  $\geq 15$  tahun yang dapat membaca dan menulis kalimat sederhana dengan huruf latin dan atau huruf lainnya, terhadap jumlah penduduk umur  $\geq 15$  tahun.

### METODE PERHITUNGAN

---

#### Cara Perhitungan:

Banyaknya penduduk umur  $\geq 15$  tahun yang melek huruf dibagi jumlah penduduk umur  $\geq 15$  tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$PAMH \geq 15 = \frac{JAMH \geq 15}{JP \geq 15} \times 100\%$$

### Keterangan:

PAMH  $\geq 15$  : Persentase angka melek aksara penduduk umur  $\geq 15$  tahun

JAMH  $\geq 15$  : Banyaknya penduduk umur  $\geq 15$  tahun yang melek huruf pada periode tertentu

JP  $\geq 15$  : Jumlah penduduk umur  $\geq 15$  tahun pada periode yang sama

## MANFAAT

AMH merefleksikan outcome pendidikan dasar sejak 10 tahun terakhir sebagai ukuran efektifnya sistem pendidikan dasar. Indikator ini kerap dilihat sebagai proksi untuk mengukur kemajuan pembangunan sosial dan ekonomi.

## SUMBER DATA

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok pendapatan (pengeluaran)

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

## INDIKATOR

### 4.6.1.(b)

Persentase Angka Melek Aksara (AMH) penduduk umur 15-24 tahun dan umur 15-59 tahun.

## KONSEP DAN DEFINISI

AMH penduduk umur 15-24 tahun adalah perbandingan jumlah penduduk berumur 15-24 tahun yang dapat membaca dan menulis kalimat sederhana dengan huruf latin dan atau huruf lainnya terhadap jumlah penduduk umur 15-24 tahun.

AMH penduduk umur 15-59 tahun adalah perbandingan jumlah penduduk berumur 15-59 tahun yang dapat membaca dan menulis kalimat sederhana dengan huruf latin dan atau huruf lainnya, dengan jumlah penduduk umur 15-59 tahun.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

(1) Banyaknya penduduk umur 15-24 tahun yang melek huruf dibagi jumlah penduduk umur 15-24 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

(2) Banyaknya penduduk umur 15-59 tahun yang melek huruf dibagi jumlah penduduk umur 15-59 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus 1:

$$\text{PAMH 15-24} = \frac{\text{JAMH 15-24}}{\text{JP15-24}} \times 100\%$$

#### Keterangan:

PAMH 15-24 : Persentase angka melek aksara penduduk umur 15-24 tahun

JAMH 15-24 : Banyaknya penduduk umur 15-24 tahun yang melek huruf pada waktu tertentu

JP15-24 : Jumlah penduduk umur 15-24 tahun pada periode yang sama

### Rumus 2:

$$\text{PAMH 15-59} = \frac{\text{JAMH 15-59}}{\text{JP15-59}} \times 100\%$$

#### Keterangan:

PAMH 15-59 : Persentase angka melek aksara penduduk umur 15-59 tahun

JAMH 15-59 : Banyaknya penduduk umur 15-59 tahun yang melek huruf pada waktu tertentu

JP15-59 : Jumlah penduduk umur 15-59 tahun pada periode yang sama



## MANFAAT

---

AMH merefleksikan outcome pendidikan dasar sejak 10 tahun terakhir sebagai ukuran efektifnya sistem pendidikan dasar. Indikator ini kerap dilihat sebagai proksi untuk mengukur kemajuan pembangunan sosial dan ekonomi.

## SUMBER DATA

---

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor. DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok pendapatan (pengeluaran)

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## TARGET 4.a

---

Membangun dan meningkatkan fasilitas pendidikan yang ramah anak, ramah penyandang cacat dan gender, serta menyediakan lingkungan belajar yang aman, anti kekerasan, inklusif dan efektif bagi semua.

### INDIKATOR 4.a.1\*

---

Proporsi sekolah dengan akses terhadap: (a) listrik (b) internet untuk tujuan pengajaran, (c) komputer untuk tujuan pengajaran, (d) infrastruktur dan materi memadai bagi siswa disabilitas, (e) air minum layak, (f) fasilitas sanitasi dasar per jenis kelamin, (g) fasilitas cuci tangan (terdiri air, sanitasi, dan higienis bagi semua (WASH)).

### KONSEP DAN DEFINISI

---

Proporsi sekolah berdasarkan tingkat pendidikan (dasar, menengah dan menengah atas) dengan akses terhadap fasilitas atau layanan yang diberikan (a) listrik (b) internet untuk tujuan pengajaran, (c) komputer untuk tujuan pengajaran, (d) infrastruktur dan materi memadai bagi siswa disabilitas, (e) air minum layak, (f) fasilitas sanitasi dasar per jenis kelamin, (g) fasilitas cuci tangan (terdiri air, sanitasi, dan higienis bagi semua (WASH)). Yang disebut dengan air minum layak adalah air bersih, bukan air minum aman (drinking water).

## METODE PERHITUNGAN

### Cara perhitungan :

1. Jumlah sekolah dasar (SD/MI/ sederajat) yang mempunyai fasilitas\* dibagi dengan jumlah seluruh sekolah dasar dan dinyatakan dalam satuan persen (%).
2. Jumlah sekolah menengah (SMP/MTs/ sederajat) yang mempunyai fasilitas\* dibagi dengan jumlah seluruh sekolah menengah (SMP) dan dinyatakan dalam satuan persen (%).
3. Jumlah sekolah menengah atas (SMA/SMK/ MA/ sederajat) yang mempunyai fasilitas\* dibagi dengan jumlah seluruh sekolah menengah atas dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus 1:

$$\text{PSDAF}^* = \frac{\text{JSDAF}^*}{\text{JSD}} \times 100\%$$

#### Keterangan:

PSDAF\* : Proporsi SD/MI/ sederajat dengan akses ke fasilitas tertentu

JSDAF\* : Jumlah SD/MI/ sederajat yang memiliki fasilitas tertentu

JSD : Jumlah seluruh SD/MI/ sederajat

### Rumus 2:

$$\text{PSMPAF}^* = \frac{\text{JSMPAF}^*}{\text{JSMP}} \times 100\%$$

#### Keterangan:

PSMPAF\* : Proporsi SMP/MTs/ sederajat dengan akses ke fasilitas tertentu

JSMPAF\* : Jumlah SMP/MTs/ sederajat yang memiliki fasilitas tertentu

JSMP : Jumlah seluruh SMP/MTs/ sederajat

### Rumus 3:

$$\text{PSMAAF*} = \frac{\text{JSMAAF*}}{\text{JSMA}} \times 100\%$$

#### Keterangan:

PSMAAF\* : Proporsi SMA/SMK/MA/ sederajat dengan akses ke fasilitas tertentu

JSMAAF\* : Jumlah SMA/SMK/MA/ sederajat yang memiliki fasilitas tertentu

JSMA : Jumlah seluruh SMA/SMK/MA/ sederajat

Catatan untuk (\*) dapat disesuaikan untuk menghitung data dari tiap tipe fasilitas di tiap jenjang.

\*Tipe Fasilitas: (a) listrik (b) internet untuk tujuan pengajaran, (c) komputer untuk tujuan pengajaran, (d) infrastruktur dan materi memadai bagi siswa difabel, (e) air minum layak, (f) fasilitas sanitasi dasar per jenis kelamin, (g) fasilitas cuci tangan (terdiri air, sanitasi, dan higienis bagi semua/WASH).

## MANFAAT

Indikator ini mengukur akses di sekolah-sekolah untuk memasukkan layanan dasar yang diperlukan untuk memastikan lingkungan belajar yang aman dan efektif untuk semua siswa.

## SUMBER DATA

Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan: Data Pokok Pendidikan, Pusat Data dan Statistik Pendidikan.

## DISAGREGASI

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.

## TARGET 4.b

---

Pada tahun 2020, secara signifikan memperluas secara global, jumlah beasiswa bagi negara berkembang, khususnya negara kurang berkembang, negara berkembang pulau kecil, dan negara-negara Afrika, untuk mendaftar di pendidikan tinggi, termasuk pelatihan kejuruan, teknologi informasi dan komunikasi, program teknik, program rekayasa dan ilmiah, di negara maju dan negara berkembang lainnya.

### INDIKATOR

#### 4.b.1\*

---

Jumlah bantuan resmi Pemerintah Indonesia kepada mahasiswa asing penerima beasiswa kemitraan negara berkembang.

### KONSEP DAN DEFINISI

---

Total mahasiswa asing yang menerima bantuan beasiswa pendidikan dari Pemerintah Indonesia (Pemri) dan dinyatakan dalam orang. Beasiswa Unggulan ditujukan untuk mahasiswa jenjang pendidikan master (S2) dan doctoral (S3) di Indonesia dan bisa berkomunikasi menggunakan Bahasa Indonesia pada bidang pendidikan Bahasa Indonesia, Seni dan Budaya.

### METODE PERHITUNGAN

---

-

### MANFAAT

---

ODA (Official Development Assistance) adalah ukuran diterimanya pengembangan kerjasama internasional. Dalam rangka menyediakan tempat belajar bagi negara berkembang di institusi pendidikan negara donor.

Tujuan dari indikator ini adalah:

1. Memperkuat hubungan dan kerjasama Internasional Indonesia dengan negara sahabat.
2. Mempromosikan pendidikan dan pemahaman Bahasa Indonesia, Seni dan Budaya.
3. Memajukan kerjasama di bidang pendidikan Indonesia dengan negara sahabat.

## SUMBER DATA

---

Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan dan Kementerian Luar Negeri: Laporan Biro Perencanaan dan Kerja Sama Luar Negeri.

## DISAGREGASI

---

Negara.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## TARGET 4.c

---

Pada tahun 2030, secara signifikan meningkatkan pasokan guru yang berkualitas, termasuk melalui kerjasama internasional dalam pelatihan guru di negara berkembang, terutama negara kurang berkembang, dan negara berkembang kepulauan kecil.

## INDIKATOR

### 4.c.1\*

---

Persentase guru TK, SD, SMP, SMA, SMK, dan PLB yang bersertifikat pendidik.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

1. Persentase guru (i) TK, (ii) SD, (iii) SMP, (iv) SMA dan SMK, dan (v) PLB yang memenuhi kualifikasi akademik (S1/D4).
2. Persentase guru (i) TK, (ii) SD, (iii) SMP, (iv) SMA dan SMK, dan (v) PLB yang memiliki sertifikat pendidik.

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara perhitungan:

1. Jumlah guru pada tingkatan tertentu\* yang berkualifikasi S1/D4 dibagi dengan jumlah seluruh guru pada tingkatan tertentu\* (i) TK, (ii) SD, (iii) SMP, (iv) SMA dan SMK, dan (v) PLB dan dinyatakan dalam satuan persen (%).
2. Jumlah guru pada tingkatan tertentu\* yang bersertifikat pendidik dibagi dengan jumlah seluruh guru pada tingkatan tertentu\* dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus 1:

$$PGS1S^* = \frac{JGS1S^*}{JGS^*} \times 100\%$$

#### Keterangan:

PGS1S\* : Persentase Guru Kualifikasi S1/D4 pada Tingkat Pendidikan Tertentu.

JGS1S\* : Jumlah guru yang berkualifikasi S1/D4 pada tingkat pendidikan tertentu

JGS\* : Jumlah seluruh guru yang ada pada tingkatan pendidikan tertentu

### Rumus 2:

$$PGSPS^* = \frac{JGSPS^*}{JGS^*} \times 100\%$$

#### Keterangan:

PGSPS\* : Persentase Guru Bersertifikat Pendidik pada Tingkat Pendidikan Tertentu

JGSPS\* : Jumlah guru yang memiliki sertifikat pendidik pada tingkat pendidikan tertentu

JGS\* : Jumlah seluruh guru yang ada pada tingkatan pendidikan tertentu

Catatan untuk (\*) dapat disesuaikan untuk menghitung data Guru Bersertifikat Pendidik Menurut tingkat pendidikan tertentu.

\*Tingkat pendidikan tertentu: (i) TK, (ii) SD, (iii) SMP, (iv) SMA dan SMK, dan (v) PLB .

## MANFAAT

Peningkatan Sertifikasi Profesi Pendidik diharapkan berdampak signifikan baik pada peningkatan kompetensi guru dalam proses pembelajaran maupun pada hasil belajar siswa.

Indikator ini bertujuan untuk memantau upaya peningkatan mutu dan uji kompetensi tenaga pendidik dalam mekanisme teknis yang telah diatur oleh pemerintah melalui Dinas Pendidikan dan Kebudayaan setempat, yang bekerjasama dengan instansi pendidikan tinggi yang kompeten,

yang diakhiri dengan pemberian sertifikat pendidik kepada guru yang telah dinyatakan memenuhi standar profesional.

## **SUMBER DATA**

---

Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan: Data Pokok Pendidikan, Pusat Data dan Statistik Pendidikan.

## **DISAGREGASI**

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi.
2. Jenis kelamin

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

Tahunan.





## 5 KESETARAAN GENDER



# TUJUAN 5

## MENCAPAI KESETARAAN GENDER DAN MEMBERDAYAKAN PEREMPUAN

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
5.1 Mengakhiri segala bentuk diskriminasi terhadap kaum perempuan dimanapun.	5.1.1*	Jumlah kebijakan yang responsif gender mendukung pemberdayaan perempuan.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
5.2 Menghapuskan segala bentuk kekerasan terhadap kaum perempuan di ruang publik dan pribadi, termasuk perdagangan orang dan eksploitasi seksual, serta berbagai jenis eksploitasi lainnya.	5.2.1*	Proporsi perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) mengalami kekerasan (fisik, seksual, atau emosional) oleh pasangan atau mantan pasangan dalam 12 bulan terakhir.	Indikator nasional yang sesuai dengan Indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	5.2.1.(a)	Prevalensi kekerasan terhadap anak perempuan.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	5.2.2*	Proporsi perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) mengalami kekerasan seksual oleh orang lain selain pasangan dalam 12 bulan terakhir.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	5.2.2.(a)	Persentase korban kekerasan terhadap perempuan yang mendapat layanan komprehensif.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
5.3 Menghapuskan semua praktik berbahaya, seperti perkawinan usia anak, perkawinan dini dan paksa, serta sunat perempuan	5.3.1*	Proporsi perempuan umur 20-24 tahun yang berstatus kawin atau berstatus hidup bersama sebelum umur 15 tahun dan sebelum umur 18 tahun.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
	5.3.1.(a)	Median usia kawin pertama perempuan pernah kawin umur 25-49 tahun.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	5.3.1.(b)	Angka kelahiran pada perempuan umur 15-19 tahun ( <i>Age Specific Fertility Rate/ASFR</i> ).	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	5.3.1.(c)	Angka Partisipasi Kasar (APK) SMA/SMK/MA/ sederajat.	Indikator nasional sebagai tambahan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	5.3.2	Persentase anak perempuan dan perempuan berusia 15-49 tahun yang telah menjalani FGM/C, menurut kelompok umur.	Indikator global yang akan dikembangkan.
5.4 Mengenali dan menghargai pekerjaan mengasuh dan pekerjaan rumah tangga yang tidak dibayar melalui penyediaan pelayanan publik, infrastruktur dan kebijakan perlindungan sosial, dan peningkatan tanggung jawab bersama dalam rumah tangga dan keluarga yang tepat secara nasional.	5.4.1	Proporsi waktu yang dihabiskan untuk pekerjaan rumah tangga dan perawatan, berdasarkan jenis kelamin, kelompok umur, dan lokasi.	Indikator global yang akan dikembangkan.
5.5 Menjamin partisipasi penuh dan efektif, dan kesempatan yang sama bagi perempuan untuk memimpin di semua tingkat pengambilan keputusan dalam kehidupan politik, ekonomi, dan masyarakat.	5.5.1*	Proporsi kursi yang diduduki perempuan di parlemen tingkat pusat, parlemen daerah dan pemerintah daerah.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).
	5.5.2*	Proporsi perempuan yang berada di posisi managerial.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (ada di dalam lampiran perpres).

TARGET	INDIKATOR	KETERANGAN
5.6 Menjamin akses universal terhadap kesehatan seksual dan reproduksi, dan hak reproduksi seperti yang telah disepakati sesuai dengan <i>Programme of Action of the International Conference on Population and Development</i> and the <i>Beijing Platform</i> serta dokumen-dokumen hasil reviu dari konferensi-konferensi tersebut.	5.6.1*	Proporsi perempuan umur 15-49 tahun yang membuat keputusan sendiri terkait hubungan seksual, penggunaan kontrasepsi, dan layanan kesehatan reproduksi.
	5.6.1.(a)	<i>Unmet need</i> KB (Kebutuhan Keluarga Berencana/KB yang tidak terpenuhi).
	5.6.1.(b)	Pengetahuan dan pemahaman Pasangan Usia Subur (PUS) tentang metode kontrasepsi modern.
	5.6.2*	Undang-undang atau Peraturan Pemerintah (PP) yang menjamin perempuan umur 15-49 tahun untuk mendapatkan pelayanan, informasi dan pendidikan terkait kesehatan seksual dan reproduksi.
5.a Melakukan reformasi untuk memberi hak yang sama kepada perempuan terhadap sumber daya ekonomi, serta akses terhadap kepemilikan dan kontrol atas tanah dan bentuk kepemilikan lain, jasa keuangan, warisan dan sumber daya alam, sesuai dengan hukum nasional.	5.a.1	(1) Proporsi penduduk yang memiliki hak tanah pertanian; (2) Proporsi perempuan pemilik atau yang memiliki hak lahan pertanian, menurut jenis kepemilikan.
	5.a.2	Proporsi negara dengan kerangka hukum (termasuk hukum adat) yang menjamin persamaan hak perempuan untuk kepemilikan tanah dan/ atau hak kontrol.

TARGET	INDIKATOR		KETERANGAN
5.b Meningkatkan penggunaan teknologi yang memungkinkan, khususnya teknologi informasi dan komunikasi untuk meningkatkan pemberdayaan perempuan.	5.b.1*	Proporsi individu yang menguasai/memiliki telepon genggam.	Indikator nasional yang sesuai dengan indikator global (tidak ada di dalam lampiran perpres).
5.c Mengadopsi dan memperkuat kebijakan yang baik dan perundang-undangan yang berlaku untuk peningkatan kesetaraan gender dan pemberdayaan kaum perempuan di semua tingkatan.	5.c.1	Ketersediaan sistem untuk melacak dan membuat alokasi umum untuk kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan.	Indikator global yang akan dikembangkan.

## 5 KESETARAAN GENDER



# TUJUAN 5

## MENCAPAI KESETARAAN GENDER DAN MEMBERDAYAKAN PEREMPUAN

### INDIKATOR 5.1

Mengakhiri segala bentuk diskriminasi terhadap kaum perempuan di mana pun.

#### INDIKATOR 5.1.1\*

Jumlah kebijakan yang responsif gender mendukung pemberdayaan perempuan.

#### KONSEP DAN DEFINISI

Hukum nasional responsif gender adalah sistem atau peraturan hukum yang berlaku di Indonesia yang berpihak pada kesetaraan gender tidak membedakan laki-laki dan perempuan terhadap akses, partisipasi, manfaat, kontrol terhadap sumber daya dan pembangunan.

Peraturan harus menjamin kesetaraan dan keadilan gender serta sinergi optimal antara laki-laki dan perempuan berdasarkan peraturan yang berlaku *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW)*.

Hukum nasional yang ditinjau meliputi Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Instruksi Presiden, dan Peraturan Menteri (Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak/KemenPPPA).

Kementerian PPPA mengkoordinasikan proses identifikasi hukum nasional responsif gender yang dilakukan oleh Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia (Kemenkumham). Untuk selanjutnya, perlu dikembangkan dan disepakati sistem dan instrumen pemantauan hukum nasional tersebut yang dikoordinasikan oleh Kementerian PPN/Bappenas.

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara Perhitungan:

Jumlah peraturan/kebijakan responsif gender yang harmonis baik antarperaturan horizontal maupun antarperaturan vertikal.

**Rumus:** -

## MANFAAT

---

Semua warga negara sama kedudukannya di dalam hukum dan pemerintahan, sehingga segala bentuk diskriminasi terhadap perempuan harus dihapuskan karena tidak sesuai dengan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945.

Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa di dalam sidangnya pada tanggal 18 Desember 1979, telah menyetujui Konvensi mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi terhadap Perempuan (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women/CEDAW*).

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

1. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA): Penanggung Jawab untuk identifikasi hukum yang responsif gender
2. Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia melakukan identifikasi terhadap hukum nasional yang terkait gender pada tahun berjalan
3. Kementerian Dalam Negeri terkait informasi peraturan terkait gender pada tataran provinsi maupun kabupaten/kota
4. Komnas Perempuan
5. Kementerian PPN/Bappenas: Laporan administratif tahunan Deputy Bidang Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Tipe area hukum.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## TARGET 5.2

---

Menghapuskan segala bentuk kekerasan terhadap kaum perempuan di ruang publik dan pribadi, termasuk perdagangan orang dan eksploitasi seksual, serta berbagai jenis eksploitasi lainnya.

### INDIKATOR 5.2.1\*

---

Proporsi perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) mengalami kekerasan (fisik, seksual, atau emosional) oleh pasangan atau mantan pasangan dalam 12 bulan terakhir.

### KONSEP DAN DEFINISI

---

**Kekerasan** adalah setiap perbuatan terhadap seseorang yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, psikis, seksual, dan/atau penelantaran, termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum (UU. No. 35 Tahun 2014).

Adapun jenis kekerasan adalah sebagai berikut

1. **Kekerasan seksual** diukur dengan:
  - 1) perlakuan salah secara seksual (*sexual abuse*), termasuk sentuhan seksual yang tidak diinginkan (jika seseorang pernah melakukan sentuhan yang tidak diinginkan secara seksual, tetapi tidak mencoba atau memaksa responden untuk melakukan hubungan seksual), percobaan hubungan seksual yang tidak diinginkan, hubungan seksual dengan paksaan fisik, dan hubungan seksual di bawah tekanan non fisik, termasuk melalui penipuan, ancaman, rayuan;

- 2) eksploitasi seksual, seperti dengan pemberian uang, makanan, hadiah maupun bantuan untuk dapat melakukan hubungan seksual atau tindak seksual lainnya;
  - 3) eksploitasi atau kekerasan seksual tanpa hubungan (*non-contact*), misalnya berbicara atau menulis dengan cara seksual, memaksa untuk menonton foto atau video seks, atau memaksa untuk difoto atau berperan dalam video seks.
2. **Kekerasan fisik** ditunjukkan dengan perilaku menonjok, menendang, mencambuk atau memukul dengan benda, mencekik, membekap, mencoba menenggelamkan atau membakar dengan sengaja, menggunakan atau mengancam dengan pisau atau senjata lain. (UU no. 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga).
  3. **Kekerasan emosional** diukur dengan menanyakan apakah orangtua atau pengasuh mengatakan bahwa mereka tidak menyayangi si anak atau si anak tidak pantas disayangi, mengatakan bahwa mereka mengharapkan si anak tidak pernah dilahirkan atau mengharapkan si anak mati saja; menghina atau merendahkan (UU no. 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga). Kekerasan emosional mencakup kegagalan dalam menyediakan lingkungan yang sesuai dan mendukung, sehingga anak dapat mengembangkan kompetensi sosialnya secara menyeluruh dan stabil sesuai dengan potensi pribadi yang dimilikinya dan konteks masyarakat.

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara Perhitungan Kekerasan Fisik:

Perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) yang mengalami kekerasan fisik oleh pasangan atau mantan pasangan dalam 12 bulan terakhir dibagi jumlah penduduk perempuan



dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

#### **Rumus Kekerasan Fisik:**

$$\text{PKFoP} = \frac{\text{JPKFoP}}{\text{JP(15-64)}} \times 100\%$$

##### **Keterangan:**

- PKFoP : Proporsi perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) mengalami kekerasan fisik oleh pasangan atau mantan pasangan dalam 12 bulan terakhir
- JPKFoP : Jumlah perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) yang mengalami kekerasan fisik oleh pasangan/mantan pasangan dalam 12 bulan terakhir
- JP(15-64) : Jumlah penduduk perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun)

#### **Cara Perhitungan Kekerasan Seksual:**

Perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) yang mengalami kekerasan seksual oleh pasangan atau mantan pasangan dalam 12 bulan terakhir dibagi jumlah penduduk perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

#### **Rumus Kekerasan Seksual:**

$$\text{PKSoP} = \frac{\text{JPKSoP}}{\text{JP(15-64)}} \times 100\%$$

##### **Keterangan:**

- PKSoP : Proporsi perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) mengalami kekerasan seksual oleh pasangan atau mantan pasangan dalam 12 bulan terakhir
- JPKSoP : Jumlah perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) yang mengalami kekerasan seksual oleh pasangan/mantan pasangan dalam 12 bulan terakhir
- JP(15-64) : Jumlah penduduk perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun)

### Cara Perhitungan Kekerasan Fisik dan/atau Seksual:

Perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) yang mengalami kekerasan fisik dan/atau seksual oleh pasangan atau mantan pasangan dalam 12 bulan terakhir dibagi jumlah penduduk perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus Kekerasan Fisik dan/atau Seksual:

$$\text{PKFSOP} = \frac{\text{JPKFSOP}}{\text{JP(15-64)}} \times 100\%$$

#### Keterangan:

PKFSOP : Proporsi perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) mengalami kekerasan fisik dan/atau seksual oleh pasangan atau mantan pasangan dalam 12 bulan terakhir

JPKFSOP : Jumlah perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) yang mengalami kekerasan fisik dan/atau seksual oleh pasangan/mantan pasangan dalam 12 bulan terakhir

JP(15-64) : Jumlah penduduk perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun)

### Cara Perhitungan Kekerasan Emosional:

Perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) yang mengalami kekerasan emosional oleh pasangan atau mantan pasangan dalam 12 bulan terakhir dibagi jumlah penduduk perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus Kekerasan Emosional:

$$\text{PKEoP} = \frac{\text{JPKEoP}}{\text{JP(15-64)}} \times 100\%$$

#### Keterangan:

PKEoP : Proporsi perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) mengalami kekerasan emosional oleh pasangan atau mantan pasangan dalam 12 bulan terakhir

JPKEoP : Jumlah perempuan dewasa dan anak perempuan

(umur 15-64 tahun) yang mengalami kekerasan emosional oleh pasangan/mantan pasangan dalam 12 bulan terakhir

JP(15-64) : Jumlah penduduk perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun)

## MANFAAT

---

Setiap warga negara berhak mendapatkan rasa aman dan bebas dari segala bentuk kekerasan sesuai dengan falsafah Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Isu kekerasan terhadap perempuan dan anak perempuan ini penting, tidak hanya karena masalah kesehatan moral atau masalah masyarakat yang ditimbulkan, tapi juga karena ancaman kekerasan domestik yang membuat gerakan dan tindakan perempuan terbatas di dalam rumah sehingga membatasi pilihan hidup mereka. *Global Burden of Disease* mengestimasi bahwa lebih dari 30% perempuan >15 tahun mendapat pelecehan fisik atau seksual dari pasangannya selama masa hidup mereka. Mengetahui insiden dan prevalensi kekerasan menjadi langkah awal untuk memastikan kebijakan pencegahan tepat sasaran.

Indikator ini mengukur terjadinya kekerasan fisik dan/atau seksual terhadap perempuan. Karena sebagian besar kasus kekerasan terhadap perempuan dilakukan oleh suami atau pasangan intim, maka indikator ini tepat untuk menangkap sebagian besar kasus kekerasan yang dialami perempuan. Pengukuran kekerasan terhadap perempuan lebih cocok menggunakan time lag 12 bulan, karena dapat menggambarkan perubahan level dan risiko kekerasan dari waktu ke waktu dibandingkan dengan pengukuran menggunakan time lag seumur hidup.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

BPS : Survei Pengalaman Hidup Perempuan Nasional (SPHPN).

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional
2. Kelompok umur.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

3-5 (Tiga-Lima) tahunan.

## INDIKATOR

### 5.2.1.(a)

---

Prevalensi kekerasan terhadap anak perempuan.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Prevalensi kekerasan terhadap anak adalah paling tidak salah satu tindakan kekerasan seksual, fisik atau emosional, artinya dapat terjadi tumpang tindih antara tiga jenis kekerasan tersebut.

Tumpang tindih dengan jenis kekerasan yang lainnya terjadi:

- a. Pertama, mereka dapat terjadi secara bersamaan, dimana anak dapat dilecehkan secara emosional sekaligus dianiaya secara fisik.
- b. Kedua, mereka bisa mengalami tiga jenis kekerasan pada waktu yang bersamaan.

**Kekerasan** adalah setiap perbuatan terhadap seseorang yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, psikis, seksual, dan/atau penelantaran, termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum (UU. No. 35 Tahun 2014).

Adapun jenis kekerasan adalah sebagai berikut

1. **Kekerasan seksual** diukur dengan:

- 1) perlakuan salah secara seksual (*sexual abuse*), termasuk sentuhan seksual yang tidak diinginkan (jika seseorang pernah melakukan sentuhan yang tidak diinginkan secara seksual, tetapi tidak mencoba atau memaksa responden untuk melakukan hubungan seksual), percobaan hubungan seksual yang tidak diinginkan, hubungan seksual dengan paksaan fisik, dan hubungan seksual di bawah tekanan non fisik, termasuk melalui penipuan, ancaman, rayuan;
- 2) Eksploitasi seksual, seperti dengan pemberian uang, makanan, hadiah maupun bantuan untuk dapat melakukan hubungan seksual atau tindak seksual lainnya;
- 3) Eksploitasi atau kekerasan seksual tanpa hubungan (*non-contact*), misalnya berbicara atau menulis dengan cara seksual, memaksa untuk menonton foto atau video seks, atau memaksa untuk difoto atau berperan dalam video seks.

2. **Kekerasan fisik** ditunjukkan dengan perilaku menonjok, menendang, mencambuk atau memukul dengan benda, mencekik, membekap, mencoba menenggelamkan atau membakar dengan sengaja, menggunakan atau mengancam adengan pisau atau senjata lain. (UU no. 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga).

3. **Kekerasan emosional** diukur dengan menanyakan apakah orang tua atau pengasuh mengatakan bahwa mereka tidak menyayangi si anak atau si anak tidak pantas disayangi, mengatakan bahwa mereka mengharapakan si anak tidak pernah dilahirkan atau mengharapakan si anak mati saja; menghina atau merendahkan. (UU no. 23 tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah

Tangga). Kekerasan emosional mencakup kegagalan dalam menyediakan lingkungan yang sesuai dan mendukung, sehingga anak dapat mengembangkan kompetensi sosialnya secara menyeluruh dan stabil sesuai dengan potensi pribadi yang dimilikinya dan konteks masyarakat.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah anak perempuan umur 13-17 tahun yang mengalami setidaknya satu bentuk kekerasan (fisik, seksual, dan emosional) dalam 12 bulan terakhir dibagi dengan jumlah anak perempuan umur 13-17 tahun pada periode yang sama dikalikan 100%.

### Rumus:

$$P \text{ KtAP} = \frac{JAPK}{JAP} \times 100\%$$

### Keterangan:

- P KtAP : Prevalensi kekerasan terhadap anak perempuan  
JAPK : Jumlah anak perempuan umur 13-17 tahun yang mengalami setidaknya satu bentuk kekerasan (fisik, seksual, dan emosional) dalam 12 bulan terakhir  
JAP : Jumlah anak perempuan umur 13-17 tahun pada periode yang sama

## MANFAAT

Setiap warga negara berhak mendapatkan rasa aman dan bebas dari segala bentuk kekerasan sesuai dengan falsafah Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Perlindungan anak dalam segala aspeknya merupakan bagian dari kegiatan pembangunan nasional, khususnya dalam memajukan kehidupan berbangsa dan bernegara (UU No. 23 Tahun 2002). Tindakan ini dimaksudkan untuk mewujudkan kehidupan terbaik bagi anak yang diharapkan sebagai

penerus bangsa yang potensial, tangguh, memiliki nasionalisme yang dijiwai oleh akhlak mulia dan nilai Pancasila, serta berkemauan keras menjaga kesatuan dan persatuan bangsa dan negara.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

Kementerian Sosial, Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KPPPA), BPS, Kementerian PPN/Bappenas bekerjasama dalam melakukan Survey Kekerasan terhadap Anak (SKtA).

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Jenis kekerasan.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

5 (Lima) tahunan.

## INDIKATOR

### 5.2.2\*

---

Proporsi perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) mengalami kekerasan seksual oleh orang lain selain pasangan dalam 12 bulan terakhir.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

**Kekerasan seksual** didefinisikan sebagai perilaku seksual yang berbahaya atau tidak diinginkan yang dikenakan pada seseorang. Ini termasuk tindakan hubungan seksual yang kasar, keterlibatan paksa dalam tindakan seksual, melakukan tindakan seksual tanpa persetujuan, pelecehan seksual, dll.

**Proporsi kekerasan seksual terhadap perempuan oleh selain pasangan** pada sebagian besar survei mengumpulkan informasi yang terbatas pada paksaan melakukan hubungan seksual ketika perempuan tersebut tidak ingin melakukan, serta mencoba untuk memaksa seseorang untuk bertindak seksual melawan kehendaknya atau mencoba untuk memaksa dia ke hubungan seksual.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) yang mengalami kekerasan seksual oleh orang lain selain pasangan dalam 12 bulan terakhir dibagi jumlah penduduk perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$\text{PKSoSP} = \frac{\text{JPKSoSP}}{\text{JP(15-64)}} \times 100\%$$

### Keterangan:

PKSoSP : Proporsi perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) mengalami kekerasan seksual oleh orang lain selain pasangan dalam 12 bulan terakhir

JPKSoSP : Jumlah perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun) mengalami kekerasan seksual oleh orang lain selain pasangan dalam 12 bulan terakhir

JP(15-64) : Jumlah penduduk perempuan dewasa dan anak perempuan (umur 15-64 tahun)

## MANFAAT

Setiap warga negara berhak mendapatkan rasa aman dan bebas dari segala bentuk kekerasan sesuai dengan falsafah Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Isu kekerasan terhadap perempuan dan anak perempuan ini penting, tidak hanya karena masalah kesehatan moral atau masalah masyarakat yang ditimbulkan, tapi juga karena ancaman kekerasan domestik yang membuat gerakan dan tindakan perempuan terbatas di dalam rumah sehingga membatasi pilihan hidup mereka. Mengetahui insiden dan prevalensi kekerasan menjadi langkah awal untuk memastikan kebijakan pencegahan tepat sasaran.



## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

BPS: Survei Pengalaman Hidup Perempuan Nasional (SPHPN).

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah Administrasi: nasional
2. Kelompok umur
3. Lokasi kejadian.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

3-5 (Tiga-Lima ) tahunan.

## INDIKATOR 5.2.2.(a)

---

Persentase kekerasan terhadap perempuan yang mendapat layanan komprehensif.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Menurut Peraturan Menteri PPPA No. 1 Tahun 2010 tentang SPM Bidang Layanan Terpadu bagi Perempuan dan Anak Korban Kekerasan:

**Kekerasan terhadap perempuan** adalah setiap tindakan berdasarkan perbedaan jenis kelamin yang berakibat atau mungkin berakibat kesengsaraan atau penderitaan perempuan secara fisik, seksual atau psikologis, termasuk ancaman tindakan tertentu, pemaksaan atau perampasan kemerdekaan secara sewenang-wenang, baik yang terjadi di ranah publik atau dalam kehidupan pribadi.

**Unit pelayanan terpadu atau disingkat UPT** adalah suatu unit kesatuan yang menyelenggarakan fungsi pelayanan terpadu bagi perempuan dan anak korban kekerasan. UPT tersebut dapat berada di Pusat Pelayanan Terpadu (PPT) dan Pusat Krisis Terpadu (PKT) yang berbasis Rumah Sakit, Puskesmas, Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A), Unit Pelayanan Perempuan dan Anak (UPPA), Rumah Perlindungan Trauma Center (RPTC), Rumah Perlindungan Sosial Anak (RPSA),

BP4 dan lembaga-lembaga keumatan lainnya, kejaksaan, pengadilan, Satuan Tugas Pelayanan Warga pada Perwakilan RI di luar negeri, Women Crisis Center (WCC), lembaga bantuan hukum (LBH), dan lembaga sejenis lainnya. Layanan ini dapat berbentuk satu atap (one stop crisis center) atau berbentuk jejaring, tergantung kebutuhan di masing-masing daerah.

SPM Bidang Layanan Terpadu Bagi Perempuan dan Anak Korban Kekerasan, meliputi layanan:

- a. Penanganan pengaduan/laporan korban kekerasan terhadap perempuan dan anak;
- b. Pelayanan kesehatan bagi perempuan dan anak korban kekerasan;
- c. Rehabilitasi sosial bagi perempuan dan anak korban kekerasan;
- d. Penegakan dan bantuan hukum bagi perempuan dan anak korban kekerasan; dan
- e. Pemulangan dan reintegrasi sosial bagi perempuan dan anak korban kekerasan.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah perempuan dan anak perempuan korban kekerasan yang mendapatkan layanan penanganan dan pendampingan secara komprehensif (sesuai SPM) pada periode waktu tertentu dibagi jumlah perempuan dan anak perempuan korban kekerasan pada periode yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$P \text{ KKLK} = \frac{JKKLK}{JKK} \times 100\%$$

### Keterangan:

P KKLK : Persentase kekerasan terhadap perempuan yang mendapat layanan komprehensif

JKKLK : Jumlah perempuan dan anak perempuan korban kekerasan yang mendapatkan layanan penanganan

dan pendampingan secara komprehensif (sesuai SPM) pada periode waktu tertentu

JKK : Jumlah perempuan dan anak perempuan korban kekerasan pada periode yang sama

## MANFAAT

---

Setiap warga negara berhak mendapatkan rasa aman dan bebas dari segala bentuk kekerasan sesuai dengan falsafah Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

SPM Bidang Layanan Terpadu bagi Perempuan dan Anak Korban Kekerasan dimaksudkan untuk menjadi panduan bagi Pemerintah dan Pemerintah Daerah dalam menyelenggarakan layanan terpadu bagi perempuan dan anak korban kekerasan agar perempuan dan anak korban kekerasan mendapatkan layanan minimal yang dibutuhkan.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

1. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KemenPPA): Laporan administratif tahunan
2. Komnas Perempuan: Laporan administratif tahunan.

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional, provinsi dan kabupaten/kota.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## TARGET 5.3

Menghapuskan semua praktik berbahaya, seperti perkawinan usia anak, perkawinan dini dan paksa, serta sunat perempuan.

### INDIKATOR

#### 5.3.1\*

Proporsi perempuan umur 20-24 tahun yang berstatus kawin atau berstatus hidup bersama sebelum umur 15 tahun dan sebelum umur 18 tahun.

### KONSEP DAN DEFINISI

Status perkawinan dikategorikan menjadi, 1) belum kawin; 2) kawin; 3) cerai hidup; dan 4) cerai mati. Status hidup bersama adalah kawin berdasarkan surat maupun tanpa surat.

Faktor utama yang mempengaruhi kemungkinan seorang perempuan untuk hamil antara lain perkawinan, dan aktivitas seksual. Perkawinan merupakan awal dari kemungkinan untuk hamil bagi seorang perempuan. Di Indonesia, perkawinan memiliki hubungan yang kuat dengan fertilitas, karena biasanya kebanyakan perempuan melahirkan setelah ada dalam ikatan perkawinan. Masyarakat dengan usia perkawinan pertama yang rendah cenderung untuk mulai mempunyai anak pada usia yang rendah pula dan mempunyai fertilitas yang tinggi.

### METODE PERHITUNGAN

#### Cara Perhitungan 1:

Jumlah perempuan umur 20-24 tahun yang kawin atau hidup bersama pada umur sebelum 15 tahun dibagi dengan jumlah penduduk perempuan umur 20-24 tahun dinyatakan dalam satuan persen (%).

#### Rumus (1):

$$PHB<15 = \frac{JP HB<15}{JP(20-24)} \times 100\%$$

#### Keterangan:

PHB<15 : Proporsi perempuan umur 20-24 tahun yang berstatus kawin atau berstatus hidup bersama sebelum umur 15 tahun

JPHB<15: Jumlah perempuan umur 20-24 tahun yang berstatus kawin atau berstatus hidup bersama sebelum umur 15 tahun

JP(20-24) : Jumlah penduduk perempuan umur 20-24 tahun

### Cara Perhitungan 2:

Jumlah perempuan umur 20-24 tahun yang kawin atau hidup bersama pada umur sebelum 18 tahun dibagi dengan jumlah penduduk perempuan umur 20-24 tahun dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus (2):

$$PHB<18 = \frac{JPHB<18}{JP(20-24)} \times 100\%$$

#### Keterangan:

PHB<18 : Proporsi perempuan umur 20-24 tahun yang berstatus kawin atau berstatus hidup bersama sebelum umur 18 tahun

JPHB<18: Jumlah perempuan umur 20-24 tahun yang berstatus kawin atau berstatus hidup bersama pada umur sebelum 18 tahun

JP(20-24) : Jumlah penduduk perempuan umur 20-24 tahun

## MANFAAT

Indikator ini sebagai salah satu dasar pengambilan kebijakan untuk perlindungan anak dari perkawinan usia dini serta menekan laju pertumbuhan penduduk. Dengan menangkap informasi status perkawinan atau hidup bersama maka dapat diperoleh informasi indikasi awal kemungkinan untuk hamil dan tingkatan risiko menjadi hamil, sebagai contoh usia pertama kali melakukan hubungan seksual, dan frekuensi hubungan seksual yang terakhir serta untuk mempelajari perubahan pola fertilitas di Indonesia. Perkawinan dini selain memiliki risiko dalam kesehatan perempuan, juga memicu munculnya kekerasan seksual dan pelanggaran hak asasi manusia. Hal ini bertolak belakang dengan undang-undang Republik Indonesia No. 1 tahun 1974 pasal 6.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor. DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

### INDIKATOR 5.3.1.(a)

---

Median usia kawin pertama perempuan pernah kawin umur 25-49 tahun.

### KONSEP DAN DEFINISI

---

Median usia kawin pertama untuk perempuan pernah kawin umur 25-49 tahun didefinisikan sebagai usia di mana 50% dari semua perempuan dalam kelompok umur sudah melakukan perkawinan. Median lebih banyak digunakan daripada nilai rata-rata sebagai salah satu pengukuran nilai tengah, karena tidak seperti nilai rata-rata, angka median dapat diperkirakan untuk semua kohor di mana setidaknya setengah dari perempuan atau pria berstatus kawin pada saat survei.

### METODE PERHITUNGAN

---

#### Cara Perhitungan:

Nilai tengah dari urutan usia kawin pertama pada perempuan pernah kawin umur 25-49 tahun pada periode tertentu.

#### Rumus:-

### MANFAAT

---

Pada umumnya, hubungan seksual pertama kali dilakukan bertepatan dengan perkawinan pertama, karena biasanya seseorang akan melakukan hubungan seksual jika sudah dalam ikatan perkawinan. Hubungan seksual merupakan

awal seseorang berisiko hamil. Oleh karena itu usia perkawinan pertama juga dapat digunakan sebagai indikator awal seseorang berisiko hamil. Dengan demikian usia kawin pertama merupakan indikator sosial dan demografi yang penting. Suatu masyarakat yang kebanyakan perempuannya melakukan perkawinan pertama pada usia muda, angka kelahirannya lebih tinggi dibandingkan dengan masyarakat yang perempuannya melakukan perkawinan pertama pada usia lebih tua. Di Indonesia, perkawinan memiliki hubungan yang kuat dengan fertilitas, karena biasanya kebanyakan perempuan melahirkan setelah ada dalam ikatan perkawinan. Dengan demikian, mengetahui tren usia kawin pertama adalah sangat penting dalam mempelajari perubahan pola fertilitas di Indonesia.

## **SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

---

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

## **DISAGREGASI**

---

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Tingkat pendidikan.

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

5 (Lima) tahunan.

## **INDIKATOR**

### **5.3.1.(b)**

---

Angka kelahiran pada perempuan umur 15-19 tahun (Age Specific Fertility Rate/ASFR).

## **KONSEP DAN DEFINISI**

---

Banyaknya kelahiran pada perempuan umur 15-19 tahun pada periode tertentu, dibagi jumlah penduduk perempuan umur 15-19 tahun pada periode yang sama, yang dinyatakan dalam 1000 perempuan 15-19 tahun.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah kelahiran pada perempuan umur 15-19 tahun pada tahun tertentu dibagi jumlah perempuan umur 15-19 tahun pada periode yang sama dikali 1.000.

### Rumus:

$$\text{ASFR 15-19} = \frac{\text{JK15-19}}{\text{JP15-19}} \times 100\%$$

### Keterangan:

ASFR 15-19: Angka kelahiran pada remaja perempuan umur 15-19 tahun per 1000 perempuan umur 15-19 tahun (Age Specific Fertility Rate/ASFR)

JK15-19 : Jumlah kelahiran pada perempuan umur 15-19 tahun pada periode tertentu

JP15-19 : Jumlah penduduk perempuan umur 15-19 tahun pada periode yang sama

## MANFAAT

Angka ini diperlukan untuk memantau besarnya masalah kelahiran remaja. Semakin tinggi angka kelahiran remaja maka akan semakin tinggi risiko kematian ibu melahirkan dan bayi baru lahir.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

1. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).
2. BPS: Sensus Penduduk (SP) dan Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS).

## DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Kelompok pendapatan (pengeluaran)



## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

1. SDKI:5 tahunan
2. Sensus Penduduk (SP):10 tahunan
3. Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS): 10 tahunan.

## INDIKATOR

### 5.3.1.(c)

Angka Partisipasi Kasar (APK)SMA/ SMK/MA/ sederajat.

## KONSEP DAN DEFINISI

**Angka Partisipasi Kasar (APK) SMA/SMK/MA/ sederajat** adalah perbandingan antara jumlah penduduk yang masih bersekolah di jenjang pendidikan SMA/SMK/MA/sederajat (tanpa memandang usia penduduk tersebut) dengan jumlah penduduk yang memenuhi syarat resmi penduduk usia sekolah di jenjang pendidikan SMA/ SMK/MA/sederajat (umur 16-18 tahun). Sejak tahun 2007 Pendidikan Non Formal (Paket C) turut diperhitungkan.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah murid pada SMA/SMK/MA/sederajat dibagi dengan jumlah penduduk umur 16-18 tahun dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$\text{APK SMA} = \frac{\text{JMSMA}}{\text{JP16-18}} \times 100\%$$

### Keterangan:

APKSMA : Angka Partisipasi Kasar (APK) SMA/SMK/MA/ sederajat

JMSMA : Jumlah murid pada SMA/SMK/MA/sederajat pada periode tertentu

JP16-18 : Jumlah penduduk umur 16-18 tahun pada periode yang sama

## MANFAAT

---

Indikator ini untuk menunjukkan berapa besar umumnya tingkat partisipasi penduduk pada suatu tingkat pendidikan. Untuk menunjukkan berapa besar kapasitas sistem pendidikan dapat menampung siswa dari kelompok usia sekolah tertentu. APK merupakan indikator yang paling sederhana untuk mengukur daya serap penduduk usia sekolah di masing-masing jenjang pendidikan. Sebagai indikator pelengkap dari indikator Angka Partisipasi Murni (APM), sehingga dapat ditunjukkan besarnya penduduk yang bersekolah pada suatu jenjang namun usianya belum mencukupi atau bahkan melebihi dari usia sekolah yang seharusnya.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor.

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi dan kabupaten/kota
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Jenis kelamin
4. Kelompok pendapatan (pengeluaran).

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## TARGET 5.5

---

Menjamin partisipasi penuh dan efektif, dan kesempatan yang sama bagi perempuan untuk memimpin di semua tingkat pengambilan keputusan dalam kehidupan politik, ekonomi, dan masyarakat.

## INDIKATOR

### 5.5.1\*

Proporsi kursi yang diduduki perempuan di parlemen tingkat pusat, parlemen daerah dan pemerintah daerah.

## KONSEP DAN DEFINISI

Proporsi kursi yang diduduki perempuan di parlemen tingkat pusat, parlemen daerah dan pemerintah daerah adalah keterwakilan perempuan di lembaga legislatif tingkat pusat (anggota DPR RI, DPD RI), keterwakilan perempuan di lembaga legislatif tingkat daerah (anggota DPRD provinsi dan kabupaten/kota) dan perempuan di pemerintah daerah yang menduduki posisi Gubernur, Bupati, Walikota, eselon I dan II.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan DPR RI :

Jumlah perempuan yang menjadi anggota DPR RI dibagi jumlah seluruh anggota DPR dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus DPR RI:

$$P \text{ PPP} = \frac{JPDPR}{JADPR} \times 100\%$$

### Keterangan:

P PPP : Proporsi kursi yang diduduki perempuan di parlemen tingkat pusat (DPR)

JPDPR : Jumlah perempuan yang menjadi anggota DPR RI

JADPR : Jumlah seluruh anggota DPR RI

### Cara Perhitungan DPD RI:

Jumlah perempuan yang menjadi anggota DPD Provinsi. Jika terdapat 2 perwakilan perempuan dari 4 perwakilan DPD di tiap provinsi maka dikatakan kesetaraan gender tercapai.

### Rumus: -

### Cara Perhitungan DPRD Daerah:

Jumlah perempuan yang menjadi anggota DPRD provinsi dan kabupaten/kota dibagi jumlah seluruh anggota DPRD provinsi dan kabupaten/kota dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus Daerah:

$$P \text{ PPD} = \frac{JPDPDRD}{JADPRD} \times 100\%$$

#### Keterangan:

P PPD : Proporsi kursi yang diduduki perempuan di parlemen tingkat daerah (DPRD) provinsi dan kabupaten/kota

JPDPDRD : Jumlah perempuan yang menjadi anggota DPRD provinsi dan kabupaten/kota

JADPRD : Jumlah seluruh anggota DPRD provinsi dan kabupaten/kota

### Cara Perhitungan Pemerintah Daerah:

Perempuan di posisi kepemimpinan pemerintah (Menteri, Gubernur, Bupati, Walikota, Eselon I-II) dibagi dengan jumlah seluruh jabatan pemerintah (Menteri, Gubernur, Bupati, Walikota, Eselon I-II) dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus Pemerintah Daerah:

$$P \text{ PJP} = \frac{JPJP}{JJP} \times 100\%$$

#### Keterangan:

P PJP : Proporsi Perempuan Pada Jabatan Pemerintah

JPJP : Jumlah perempuan di posisi kepemimpinan pemerintah (Menteri, Gubernur, Bupati, Walikota, Eselon I-II)

JJP : Jumlah seluruh jabatan pemerintah (Menteri, Gubernur, Bupati, Walikota, Eselon I-II)

## MANFAAT

Indikator ini menunjukkan sejauh mana perempuan memiliki akses yang sama terhadap posisi penting pengambil keputusan dalam proses politik formal khususnya di lembaga legislatif baik di tingkat pusat maupun daerah. Partisipasi di jabatan terpilih merupakan aspek kunci peluang perempuan dalam kehidupan politik dan publik, serta dikaitkan dengan pemberdayaannya. Keikutsertaan di badan pengambil

keputusan dapat mengubah dinamika dan membawa perubahan bagi perempuan. Namun, indikator ini tidak dapat mengukur kekuatan pengambil keputusan politik yang sebenarnya dan perempuan masih mengalami kendala dalam membawa mandat politik yang diberikan kepada mereka. Selain itu, kehadiran perempuan di parlemen bukan berarti secara otomatis menunjukkan dukungan terhadap isu perempuan.

## **SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

---

1. Komisi Pemilihan Umum (KPU)
2. Sekretariat DPD
3. Badan Kepegawaian Negara (BKN): Data jabatan pemerintah

## **DISAGREGASI**

---

1. Kelompok Umur
2. Fraksi

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

5 (Lima) tahunan sesuai periode pemilihan atau sesuai dengan periode pergantian antar waktu.

## **INDIKATOR 5.5.2\***

---

Proporsi perempuan yang berada di posisi managerial.

## **KONSEP DAN DEFINISI**

---

Proporsi perempuan di posisi kepemimpinan di sejumlah area seperti pemerintah di tingkat eksekutif, legislatif, peradilan dan penegak hukum, serta perusahaan milik publik atau swasta.

Jabatan manajer menurut Klasifikasi Baku Jabatan Indonesia (KBJI) 2014 BPS meliputi: Pimpinan Eksekutif, Pejabat Tinggi Pemerintah dan Pejabat Pembuat Peraturan Perundang-undangan (kode 11); Manajer Administrasi dan Komersial (kode 12); Manajer Produksi dan Pelayanan Khusus (kode 13); dan Manajer Jasa Perhotelan, Perdagangan, dan Jasa Lainnya (kode 14).

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan Kepemimpinan Pemerintah:

Perempuan di posisi kepemimpinan pemerintah (Menteri, Gubernur, Bupati, Walikota, Eselon I-II) dibagi dengan jumlah seluruh jabatan pemerintah (Menteri, Gubernur, Bupati, Walikota, Eselon I-II) dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus Kepemimpinan Pemerintah:

$$P \text{ PJP} = \frac{JPJP}{JJP} \times 100\%$$

#### Keterangan:

P PJP : Proporsi Perempuan Pada Jabatan Pemerintah

JPJP : Jumlah perempuan di posisi kepemimpinan pemerintah (Menteri, Gubernur, Bupati, Walikota, Eselon I-II)

JJP : Jumlah seluruh jabatan pemerintah (Menteri, Gubernur, Bupati, Walikota, Eselon I-II)

### Perhitungan Kepemimpinan Swasta:

Perempuan yang menduduki posisi manager di perusahaan milik publik atau swasta sebagai pekerjaannya dibagi dengan jumlah seluruh jabatan manager dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus Kepemimpinan Swasta:

$$P \text{ PJM} = \frac{JPJM}{JMLP} \times 100\%$$

#### Keterangan:

P PJM : Proporsi perempuan pada jabatan managerial

JPJM : Jumlah tenaga manager perempuan

JMLP : Jumlah tenaga manager laki-laki dan perempuan

## MANFAAT

Indikator ini merupakan komponen dari Indeks Pemberdayaan Gender. Proporsi perempuan dalam memegang jabatan dapat memberikan gambaran

bahwa perempuan dapat berpartisipasi penuh dan mendapat kesempatan yang sama untuk kepemimpinan pada semua level pengambilan keputusan dalam kehidupan politik, ekonomi dan publik.

Jumlah perempuan sebagai tenaga manager per 100 tenaga manager (semakin meningkatnya indikator ini menunjukkan bahwa semakin banyak perempuan yang berpartisipasi dan mendapat kesempatan yang sama dalam jabatan kepemimpinan).

## **SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA**

---

1. Badan Kepegawaian Negara (BKN): Data jabatan pemerintah
2. BPS melalui Survei Angkatan Kerja Nasional (Sakernas): Data jabatan managerial pada perusahaan publik atau swasta

## **DISAGREGASI**

---

1. BKN: nasional dan provinsi
2. Sakernas:
  - a) Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
  - b) Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
  - c) Kelompok umur
  - d) Tingkat pendidikan
  - e) Status perkawinan.

## **FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA**

---

Tahunan.

## TARGET 5.6

---

Menjamin akses universal terhadap kesehatan seksual dan reproduksi, dan hak reproduksi seperti yang telah disepakati sesuai dengan Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the Beijing Platform serta dokumen-dokumen hasil reviu dari konferensi-konferensi tersebut.

### INDIKATOR 5.6.1\*

---

Proporsi perempuan umur 15-49 tahun yang membuat keputusan sendiri terkait hubungan seksual, penggunaan kontrasepsi, dan layanan kesehatan reproduksi.

### KONSEP DAN DEFINISI

---

Proporsi perempuan umur 15-49 tahun yang membuat keputusan sendiri terkait hubungan seksual, penggunaan kontrasepsi, dan layanan kesehatan reproduksi adalah perbandingan perempuan umur reproduktif (15-49 tahun) yang membuat keputusan sendiri terkait hubungan seksual, penggunaan kontrasepsi, dan layanan kesehatan reproduksi terhadap jumlah penduduk perempuan umur 15-49 tahun.

### METODE PERHITUNGAN

---

#### Cara Perhitungan:

##### Pembilang:

Dikomputasi dari 3 (tiga) pertanyaan di bawah ini.

1. Pertanyaan 1: Keputusan perempuan untuk mengatakan tidak kepada suami atau pasangan untuk melakukan hubungan seksual.
2. Pertanyaan 2: Keputusan perempuan untuk menggunakan alat kontrasepsi.
3. Pertanyaan 3: Keputusan perempuan untuk memperoleh pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi untuk dirinya sendiri.

Jika semua pertanyaan dijawab “ya” maka dihitung sebagai perempuan yang membuat keputusan sendiri.

##### Penyebut:

Jumlah perempuan umur reproduksi 15-49 tahun.



### Rumus :

$$P \text{ PKSR} = \frac{JP \text{ KSR}}{JP(15-49)} \times 100\%$$

#### Keterangan:

P PKSR : Proporsi perempuan umur 15-49 tahun yang membuat keputusan sendiri terkait tubungan seksual, penggunaan kontrasepsi, dan layanan kesehatan reproduksi

JP KSR : Jumlah perempuan umur reproduksi (15-49 tahun) yang membuat keputusan sendiri terkait tubungan seksual, penggunaan kontrasepsi, dan layanan kesehatan reproduksi

JP(15-49) : Jumlah perempuan umur reproduksi (15-49 tahun).

## MANFAAT

Kewenangan dan kemampuan perempuan untuk membuat keputusan dalam mengontrol kelahiran, keinginan untuk melahirkan dan pelayanan kesehatan yang digunakan berpengaruh pada status perempuan dalam rumah tangga, gambaran terhadap dirinya sendiri (self image) dan kemampuan perempuan dalam memberdayakan diri sendiri.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

## DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Kelompok umur
4. Tingkat pendidikan.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

5 (Lima) tahunan.

## INDIKATOR

### 5.6.1.(a)

*Unmet need* KB  
(Kebutuhan Keluarga Berencana/KB yang tidak terpenuhi).

## KONSEP DAN DEFINISI

Proporsi pasangan usia subur (PUS) dalam status kawin yang tidak menggunakan alat kontrasepsi meskipun mereka menyatakan ingin menunda atau menjarangkan anak.

## METODE PERHITUNGAN

### Cara Perhitungan:

Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) bukan peserta KB dikurangi jumlah PUS hamil, kemudian dikurangi lagi jumlah PUS ingin anak segera, pada periode tertentu hasilnya dibagi dengan jumlah PUS pada periode yang sama dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus :

$$\text{Unmet Need KB} = \frac{\text{JPUS(nonKB, hamil, intensi anak)}}{\text{JPUS}} \times 100\%$$

### Keterangan:

Unmet need KB : Unmet need KB (Kebutuhan Keluarga Berencana/KB yang tidak terpenuhi)

JPUS (non KB,

hamil, intensi anak) : Jumlah PUS bukan peserta KB dikurangi jumlah PUS hamil, lalu dikurangi jumlah PUS ingin anak segera pada periode tertentu

JPUS : Jumlah PUS pada periode yang sama

## MANFAAT

Untuk mengetahui sejauh mana program KB telah memenuhi kebutuhan masyarakat. Semakin rendah angka unmet need, menjelaskan bahwa pelayanan KB telah memenuhi kebutuhan masyarakat.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

## DISAGREGASI

---

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Tingkat pendidikan.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

5 (Lima) tahunan.

### INDIKATOR 5.6.1.(b)

---

Pengetahuan  
dan pemahaman  
Pasangan Usia Subur  
(PUS) tentang metode  
kontrasepsi modern.

## KONSEP DAN DEFINISI

---

Pengetahuan responden mengenai metode kontrasepsi diperoleh dengan cara menanyakan semua jenis alat atau cara kontrasepsi yang pernah didengar untuk menunda atau menghindari terjadinya kehamilan dan kelahiran. Bila responden tidak dapat menjawab secara spontan pewawancara membacakan penjelasan dari tiap alat/cara KB dan menanyakan apakah responden mengetahui alat/cara KB tersebut.

Metode atau cara kontrasepsi dibagi dalam dua kategori, yaitu metode kontrasepsi modern dan cara tradisional. Metode kontrasepsi modern meliputi sterilisasi perempuan, sterilisasi pria, pil KB, IUD, suntik KB, susuk, kondom pria, intravag, diafragma, kontrasepsi darurat, dan metode amenorrhea laktasi (MAL).

## METODE PERHITUNGAN

---

### Cara Perhitungan:

Jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) umur 15-49 tahun yang mengetahui paling sedikit satu alat/cara KB modern pada periode tertentu dibagi jumlah PUS umur 15-49 tahun pada periode yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$P \text{ PUS PKM} = \frac{JPUS \text{ PKM}}{JPUS} \times 100\%$$

#### Keterangan:

P PUS PKM : Pengetahuan dan pemahaman Pasangan Usia Subur (PUS) tentang metode kontrasepsi modern

JPUS PKM : Jumlah Pasangan PUS umur 15-49 tahun yang mengetahui paling sedikit satu alat/cara KB modern

JPUS : Jumlah PUS umur 15-49 tahun pada periode yang sama

## MANFAAT

Pengetahuan mengenai pembatasan kelahiran dan keluarga berencana (KB) merupakan salah satu aspek penting ke arah pemahaman tentang berbagai alat/cara kontrasepsi yang tersedia. Selanjutnya, pengetahuan tersebut akan berpengaruh kepada pemakaian alat/cara kontrasepsi yang tepat dan efektif.

Informasi mengenai pemakaian kontrasepsi penting untuk mengukur keberhasilan program KB. Informasi ini diperoleh dengan cara menanyakan apakah pada saat wawancara dilakukan responden atau pasangannya menggunakan suatu jenis alat atau cara kontrasepsi.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bekerjasama dengan BPS: Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI).

## DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional dan provinsi
2. Daerah tempat tinggal: perkotaan dan perdesaan
3. Tingkat pendidikan.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

5 (Lima) tahunan.

### INDIKATOR

#### 5.6.2\*

---

Undang-undang atau Peraturan Pemerintah (PP) yang menjamin perempuan untuk mendapatkan pelayanan, informasi dan pendidikan terkait kesehatan seksual dan reproduksi.

### KONSEP DAN DEFINISI

---

Tersedianya Undang-undang atau Peraturan Pemerintah (PP) yang menjamin perempuan untuk mendapatkan pelayanan, informasi dan pendidikan terkait kesehatan seksual dan reproduksi.

### METODE PERHITUNGAN

---

#### Cara Perhitungan:

1. Pusat: Mengidentifikasi ada tidaknya peraturan/perundang-undangannya (UU, PP, Permen, Perda) terkait yang tertera pada definisi.
2. Daerah: Mengidentifikasi ada tidaknya peraturan pelaksanaannya dalam bentuk Pergub, Perbup/perwali.

#### Rumus:-

### MANFAAT

---

Indikator ini bertujuan untuk menjamin pemenuhan hak kesehatan reproduksi setiap orang yang diperoleh melalui pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan dapat dipertanggungjawabkan. Juga menjamin kesehatan ibu dalam usia reproduksi agar mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu. Pelayanan kesehatan ibu dilakukan sedini mungkin dimulai dari masa remaja sesuai dengan perkembangan mental dan fisik (PP No. 61 tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi).

### SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

---

1. Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia
2. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana

- Nasional (BKKBN)
3. Kementerian Kesehatan
  4. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak
  5. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan

## DISAGREGASI

---

Wilayah administrasi: nasional dan provinsi.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

---

Tahunan.

## TARGET 5.b

---

Meningkatkan penggunaan teknologi yang memungkinkan, khususnya teknologi informasi dan komunikasi untuk meningkatkan pemberdayaan perempuan.

### INDIKATOR

#### 5.b.1\*

---

Proporsi individu yang menguasai/memiliki telepon genggam.

### KONSEP DAN DEFINISI

---

**Telepon genggam/Telepon seluler, termasuk smartphone** adalah setiap alat perlengkapan yang digunakan dalam berkomunikasi jarak jauh dengan menggunakan jaringan seluler dan jaringan nirkabel lainnya.

**Proporsi individu yang memiliki telepon genggam** adalah perbandingan antara individu yang memiliki telepon genggam terhadap jumlah penduduk.

### METODE PERHITUNGAN

---

#### Cara Perhitungan:

Proporsi individu yang memiliki telepon genggam diperoleh dengan cara membagi jumlah individu yang menguasai/memiliki telepon genggam dengan jumlah penduduk pada periode yang sama dan dinyatakan dalam satuan persen (%).

### Rumus:

$$P\ ITG = \frac{JITGt}{JPt} \times 100\%$$

### Keterangan:

P ITG : Individu yang menguasai/memiliki telepon genggam

JITGt : Jumlah individu yang menguasai/memiliki telepon genggam pada periode tertentu

JPt : Jumlah penduduk pada periode tertentu

## MANFAAT

Menggambarkan tentang tingkat akses masyarakat terhadap komunikasi dan informasi melalui jaringan bergerak (mobile) Fixed Wireless Access dan seluler.

## SUMBER DAN CARA PENGUMPULAN DATA

BPS: Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Kor. DISAGREGASI

1. Wilayah administrasi: nasional, provinsi, dan kabupaten/kota
2. Jenis kelamin
3. Kelompok umur.

## FREKUENSI WAKTU PENGUMPULAN DATA

Tahunan.





**Masukan dan Saran disampaikan kepada:**

1. Sekretariat SDGs  
c/o Bappenas, Wisma Bakrie II Lantai 6 Jl. HR Rasuna Said Kav. B-2 Jakarta 12920  
T/F. (021) 57945716, Email: [sekretariat.sdgs@bappenas.go.id](mailto:sekretariat.sdgs@bappenas.go.id)
2. Direktorat Kehutanan dan Sumber Daya Air,  
Jl. Taman Suropati No. 2 Jakarta 10310 Gedung TS. 2A Lantai 4 T/F. (021) 3926254,  
Email: [ningsih@bappenas.go.id](mailto:ningsih@bappenas.go.id)
3. Kedeputan Bidang Kemaritiman dan Sumber Daya Alam Bappenas,  
Jl. Taman Suropati No. 2 Jakarta 10310 Gedung TS.2A Lantai 5 T. (021) 31934671,  
F. (021) 3144131, Email: [sekretariat.sdalh@bappenas.go.id](mailto:sekretariat.sdalh@bappenas.go.id)

