

**PERENCANAAN PEMBANGUNAN SUB BIDANG
PENGEMBANGAN KESEJAHTERAAN RAKYAT
TAHUN 2014**

**BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA
2013**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke Hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas selesainya Laporan Perencanaan Pembangunan Sub Bidang Pengembangan Kesejahteraan Rakyat Tahun 2014. Semoga Laporan ini dapat menjadi acuan dalam menyusun Perencanaan Pembangunan Sub Bidang Pengembangan Kesejahteraan Rakyat.

Dalam pengembangan kesejahteraan Rakyat di Daerah Istimewa Yogyakarta, ada lima sektor yang menjadi pilarnya, yaitu sektor: Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera, Sosial, Kesehatan, Pemberdayaan dalam Perlindungan anak, Pemberdayaan Masyarakat dan Desa.

Kelima sektor ini saling mendukung dan saling melengkapi satu sama lain dengan kerangka pembangunan yang sinergis dan sustainable (berkelanjutan). Penyusunan Perencanaan Pembangunan Sub Bidang Pengembangan Kesejahteraan Rakyat ini dimaksud untuk menjaga kerangka pembangunan tetap sinergis dan *sustainable* (berkelanjutan).

Dengan tersusunnya buku ini, Tim Penyusun mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak atas partisipasinya dalam pelaksanaan dari awal sampai akhir perencanaan. Kami menyadari bahwa dalam penyusunan Perencanaan Pembangunan Sub Bidang Pengembangan Kesejahteraan Rakyat tahun 2014 ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu segala masukan, kritik, dan saran yang membangun akan sangat kami hargai. Semoga Laporan Perencanaan Pembangunan Sub Bidang Pengembangan Kesejahteraan Rakyat ini dapat memberikan manfaat dalam pengembangan pembangunan di Daerah Istimewa Yogyakarta.

Yogyakarta, Juli 2013

Tim Penyusun

BAPPEDA DAERAH ISTIMEWA YOGYAKARTA

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR.....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GAMBAR.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Maksud dan Tujuan.....	3
C. Manfaat	4
D. Kerangka Pikir dan Sistematika Penulisan	4
BAB II GAMBARAN UMUM DAN KONDISI SEKTOR	6
A. BATAS ADMINSTRASI DAN KONDISI GEOGRAFI	6
B. SEKTOR KEPENDUDUKAN, KELUARGA BERENCANA, DAN KELUARGA SEJAHTERA	8
1. Situasi Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera di DIY	10
2. Kondisi di Sektor Kependudukan	12
3. Permasalahan Kependudukan, Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera di DIY 21	
4. Analisis SWOT	24
C. SEKTOR SOSIAL	27
1. Identifikasi Isu-isu Strategis Sektor Sosial	31
D. SEKTOR KESEHATAN	65
1. Mortalitas	67
2. Morbiditas	72
3. Permasalahan di Sektor Kesehatan	79
E. SEKTOR PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DAN PERLINDUNGAN ANAK	87
1. Kesenjangan Gender dalam Pembangunan	87
2. Isu-isu Strategis Gender	89
F. SEKTOR PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DAN DESA.....	111
III. BAB III ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI PEMBANGUNAN	115

A. ARAH DAN KEBIJAKAN SEKTOR KELUARGA BERENCANA, DAN KELUARGA SEJAHTERA	115
B. ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI SEKTOR SOSIAL	119
C. ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI SEKTOR PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DAN PERLINDUNGAN ANAK	149
D. ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI SEKTOR KESEHATAN	162
E. ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI SEKTOR PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DAN DESA	178
BAB IV PENUTUP	197
A. KESIMPULAN	197
B. REKOMENDASI	198

DAFTAR TABEL

Tabel II-1 Pembagian Wilayah DIY menurut Kabupaten/Kota Tahun 2011	7
Tabel II-2 Jumlah Desa menurut Kabupaten/Kota dan Letak Geografis DIY	8
Tabel II-3 Perkembangan Jumlah Penduduk DIY 1971 – 2010	12
Tabel II-4 Jumlah Penduduk DIY berdasarkan Wilayah dan Jenis Kelamin	12
Tabel II-5 Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) DIY	13
Tabel II-6 Kepadatan Penduduk DIY	14
Tabel II-7 Jumlah Penduduk & Rasio Jenis Kelamin (Sex Ratio) DIY	15
Tabel II-8 Kelompok Usia Produktif	15
Tabel II-9 Indeks Pembangunan Manusia (HDI) DIY Tahun 2010	16
Tabel II-10 Indeks Pembangunan Manusia Menurut Komponen	17
Tabel II-11 Angka Kematian Bayi (IMR) per 1000 Kelahiran Hidup Di DIY, SP 1971-2010 Metode Trussell (Metode West)	19
Tabel II-12 Proyeksi Penduduk DIY 2010 – 2014	20
Tabel II-13 Proyeksi Penduduk DIY Tahun 2015 – 2019	20
Tabel II-14 Jenis Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS)	27
Tabel II-15 Jumlah Penduduk Miskin dan Garis Kemiskinan Tahun 2009 – 2012	33
Tabel II-16 Populasi Keluarga Bermasalah Sosial Psikologis	34
Tabel II-17 Populasi Perempuan Rawan Sosial Ekonomi	35
Tabel II-18 Jumlah Anak Balita Terlantar di DIY Tahun 2009 – 2012 & Proyeksi Tahun 2013 – 2017	37
Tabel II-19 Jumlah Anak Jalanan di DIY Tahun 2009 – 2012	39
Tabel II-20 Jumlah Anak Terlantar di DIY Tahun 2009 – 2012 & Proyeksi Tahun 2013 - 2017	40
Tabel II-21 Jumlah Penyandang Disabilitas di DIY Tahun 2009 – 2012 & Proyeksi Tahun 2013 – 2017	42

Tabel II-22 Jumlah Gelandangan di DIY Tahun 2009 – 2012 & Proyeksi Tahun 2013 – 2017	45
Tabel II-23 Jumlah Pengemis di DIY Tahun 2009 – 2012 & Proyeksi Tahun 2013 – 2017	45
Tabel II-24 Jumlah Wanita Tuna Susila di DIY Tahun 2009 – 2012& Proyeksi Tahun 2013 - 2017.....	48
Tabel II-25 Jumlah Bekas Warga Binaan Lembaga Pemasyarakatan di DIY Tahun 2009 – 2012 & Proyeksi Tahun 2013 – 2017	50
Tabel II-26 Jumlah Korban Penyalahgunaan NAPZA di DIY Tahun 2009 – 2012 & Proyeksi Tahun 2013 – 2017	51
Tabel II-27 Jumlah Orang dengan HIV/AIDS di DIY Tahun 2009 – 2012 & Proyeksi Tahun 2013 – 2017	52
Tabel II-28 Capaian IPG DIY, 2010-2011.....	88
Tabel III-1 Capaian IPG DIY, 2010-2011.....	151
Tabel III-2 Usia Perkawinan Pertama di DIY Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2010 ...	154
Tabel III-3 Data Anggota DPRD DIY dan Kabupaten/Kota di DIY Berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2009-2014.....	155
Tabel III-4 Jumlah Kematian Ibu di DIY menurut Kabupaten/Kota, 2010	157
Tabel III-5 Kematian Bayi dan Balita di DIY menurut Kabupaten/Kota Tahun 2010.....	158
Tabel III-6 Program Pengembangan Lembaga Ekonomi Perdesaan	190
Tabel III-7 PROGRAM PENINGKATAN KEBERDAYAAN MASYARAKAT PEDESAAN/KELURAHAN	191
Tabel III-8 PROGRAM PENINGKATAN KAPASITAS PEMBERDAYAAN PEMERINTAH DESA/KELURAHAN.....	193
Tabel III-9 PROGRAM PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM MEMBANGUN DESA.....	194

DAFTAR GAMBAR

Gambar I-1 Bagan Alur Perencanaan dan Penganggaran.....	2
Gambar I-2 Kerangka Pikir Penyusunan Perencanaan Pembangunan Sub Bidang Pengembangan Kesejahteraan Rakyat Tahun 2014	5
Gambar II-1 Peta Administrasi DIY	6
Gambar II-2 Komposisi Luas Wilayah DIY Tahun 2012	7
Gambar II-3 Perkembangan Jumlah Penduduk DIY menurut Sensus Penduduk .	9
Gambar II-4 Peta Kepadatan Penduduk DIY Tahun 2011	9
Gambar II-5 Struktur Penduduk DIY Hasil Sensus Penduduk (SP) tahun 2010..	14
Gambar II-6 Angka Prevalensi Penggunaan (CPR) Kontrasepsi Modern	17
Gambar II-7 Tren Unmet Need Berdasarkan Hasil SDKI DIY.....	18
Gambar II-8 Angka Kematian Bayi (IMR) per 1000 Kelahiran Hidup Di DIY	18
Gambar II-9 Angka Kematian Bayi (IMR) Berdasarkan Hasil SDKI DIY	19
Gambar II-10 Proyeksi Populasi Lanjut Usia Tahun 2013 -2015	41
Gambar II-11 Angka Harapan Hidup DIY Tahun 2002-2010	67
Gambar II-12 Perkembangan Total Fertility Rate (TFR) Hasil Sensus/Supas DIY Tahun 1968 – 2010.....	69
Gambar II-13 Angka Kematian Ibu Per 100.000 Kelahiran Tahun 2008-2012.....	70
Gambar II-14 Perbandingan Angka Kematian Bayi DIY dengan Angka Kematian Bayi Nasional Tahun 2008-2012.....	70
Gambar II-15 Angka Kematian Balita per 1000 Kelahiran Hidup Tahun 2002 - 2012.....	71
Gambar II-16 Distribusi 10 Besar PM & PTM berdasarkan STP Puskesmas Kab/Kota Tahun 2010.....	73
Gambar II-17 Distribusi 10 Besar Penyakit Tidak Menular Berdasarkan Tahun 2010 STP RS Kab/Kota.....	74
Gambar II-18 Grafik prevalensi gizi buruk di DIY Tahun 2004 - 2012.....	78
Gambar II-19 Persentase Ibu Hamil Kurang energi Kronis di DIY	78

Gambar III-1 Diagram Pengarus Utamaan Gender (PUG).....	150
Gambar III-2 Diagram Kekerasan Terhadap Perempuan di DIY 2011	152
Gambar III-3 Kerangka Berpikir Integrasi Isu Gender dalam Manajemen Pembangunan Berbasis Kinerja	160
Gambar III-4 Diagram Kerangka Kinerja Lois dalam Pembangunan.....	161
Gambar III-5 Model Analisis Kebijakan Publik.....	183

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

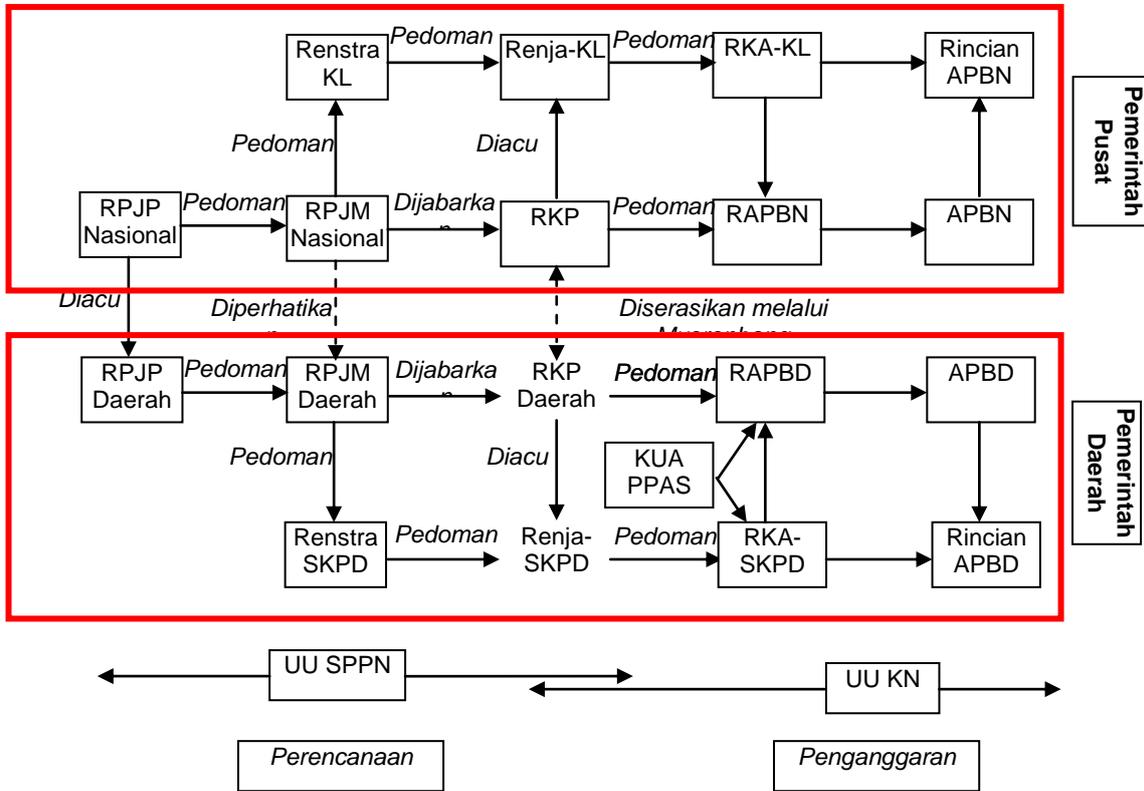
Berdasarkan Amanat Undang-undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN) dan Peraturan Pemerintah RI Nomor 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tatacara Penyusunan, Pengendalian, dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah, bahwa Perencanaan Pembangunan Nasional mencakup penyelenggaraan perencanaan makro semua fungsi pemerintah yang meliputi semua bidang kehidupan serta secara terpadu dalam Wilayah Negara Republik Indonesia.

Perencanaan pembangunan daerah merupakan satu kesatuan dalam Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional, yang dilakukan Pemerintah Daerah bersama dengan para pemangku kepentingan (*stakeholder* dan *shareholder*) berdasarkan peran dan kewenangan masing-masing, mengintegrasikan rencana tata ruang dengan rencana pembangunan daerah, dan dilaksanakan berdasarkan kondisi dan potensi yang dimiliki masing-masing daerah, sesuai dengan dinamika perkembangan daerah dan nasional. Perencanaan pembangunan daerah dirumuskan secara transparan, responsif, efisien, efektif, akuntabel, partisipatif, terukur, berkeadilan, dan berkelanjutan serta dengan menerapkan *triple track strategy*, yakni strategi pembangunan yang *pro-growht*, *pro-poor* dan *pro-job*, serta ditambah strategi pembangunan *pro-environment*.

Perencanaan pembangunan daerah di mulai dari dokumen Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah (RPJPD), yang kemudian menjadi pedoman dalam penyusunan Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMD). Selanjutnya RPJMD dijabarkan dalam Rencana Kerja Pembangunan Daerah (RKPD) dan menjadi pedoman dalam penyusunan Rencana Strategis satuan kerja Perangkat Daerah (Renstra SKPD).

Rencana Kerja SKPD (Renja SKPD) disusun dengan berpedoman pada Renstra SKPD dan mengacu pada RKPD. Dalam prosesnya,

perencanaan pembangunan daerah terintegrasi dengan penganggaran, sesuai dengan bagan alur perencanaan dan penganggaran berikut :



Gambar I-1 Bagan Alur Perencanaan dan Penganggaran

Lebih lanjut, dalam rangka meningkatkan kualitas pembangunan di DIY diperlukan perencanaan pembangunan daerah yang berkualitas dan terpadu. Hal ini dapat terlaksana dengan memperhatikan isu strategis yang berkembang pada saat ini serta berpedoman pada RPJMD yang memuat strategi pembangunan, kebijakan umum, program SKPD dan lintas SKPD, serta kerangka ekonomi makro yang mencakup gambaran perekonomian serta menyeluruh termasuk arah kebijakan fiskal dalam rencana kerja yang berupa kerangka regulasi dan kerangka pendanaan yang bersifat indikatif.

“Perencanaan pembangunan daerah adalah suatu proses penyusunan tahapan-tahapan kegiatan yang melibatkan berbagai unsur pemangku kepentingan di dalamnya, guna pemanfaatan dan pengalokasian sumber daya yang ada, dalam rangka meningkatkan kesejahteraan sosial dalam

suatu lingkungan wilayah/daerah dalam jangka waktu tertentu” (Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 54 Tahun 2010 tentang Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Tahapan, Tatacara Penyusunan, Pengendalian, dan Evaluasi Pelaksanaan Rencana Pembangunan Daerah).

Perencanaan Pembangunan Sub Bidang Pengembangan Kesejahteraan Rakyat mencakup lima sektor yang merupakan urusan wajib pemerintahan yaitu :

1. Sektor Kependudukan, Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera
2. Sektor Kesejahteraan Sosial
3. Sektor Kesehatan
4. Sektor Pemberdayaan dan Perlindungan Anak
5. Sektor Pemberdayaan Masyarakat dan Desa

Dengan melihat kondisi umum yang terjadi pada setiap sektor di DIY, dapat dipetakan permasalahan sektoral yang menjadi isu strategis sebagai landasan dalam penyusunan perencanaan pembangunan sektoral tahun 2014.

Dalam penyusunan Perencanaan Pembangunan Sub Bidang Pengembangan Kesejahteraan Rakyat perlu memahami potensi daerah yang dimiliki serta melihat peluang dan tantangan ke depan, khususnya dalam menyikapi dinamika pembangunan dan permasalahan sektoral baik pada tingkat lokal, antar wilayah, maupun nasional. Dengan demikian, arah kebijakan yang diambil dapat memberikan gambaran program dan strategi yang dapat diimplementasikan secara optimal sebagai solusi dalam pembangunan daerah.

B. Maksud dan Tujuan

1. Maksud

Penyusunan Perencanaan Tahunan Kesejahteraan Rakyat Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2014 ini dimaksudkan untuk memberikan gambaran kondisi terkini sektor-sektor di bawah Sub Bidang Pengembangan Kesejahteraan Rakyat, analisa, penyesuaiannya terhadap dokumen-dokumen perencanaan terkait, indikator dan target, serta

kebijakan dan strategi pencapaiannya sehingga mampu memberikan arah yang jelas menuju pencapaian visi misi daerah.

2. Tujuan

Penyusunan Perencanaan Tahunan Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2014 ini dimaksudkan sebagai bahan masukan dan rujukan di dalam menyusun Rencana Kerja Pembangunan Daerah (RKPD) DIY Tahun 2014 yang selanjutnya digunakan sebagai bahan penyusunan Rencana Anggaran Pembangunan Daerah (RAPBD) DIY Tahun 2014.

C. Manfaat

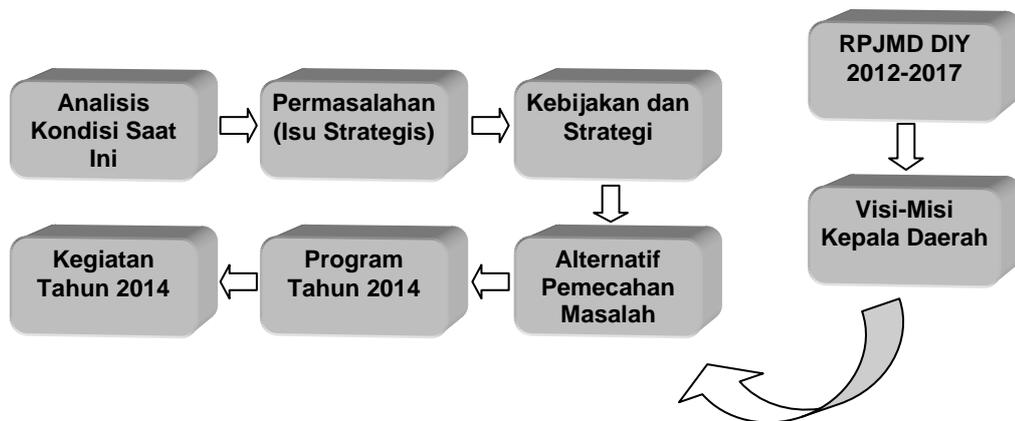
1. Tercapainya Perencanaan Sektor Kependudukan Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera, Kesejahteraan Sosial, Kesehatan, Pemberdayaan dan Perlindungan Anak, Pemberdayaan Masyarakat.
2. Meningkatkan keterpaduan dan sinergitas program/kegiatan pembangunan di sektor Kependudukan, Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera, Kesejahteraan Sosial, Kesejahteraan Pemberdayaan dan Perlindungan anak, Pemberdayaan Masyarakat.
3. Sebagai acuan penyusunan program/kegiatan sektor Kependudukan, Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera, Kesejahteraan Sosial, Kesehatan, Pemberdayaan dan Perlindungan Anak, Pemberdayaan Masyarakat.

D. Kerangka Pikir dan Sistematika Penulisan

1. Kerangka Pikir

Penyusunan perencanaan Sub Bidang Pengembangan Kesejahteraan Rakyat diawali dengan adanya pemahaman tentang kondisi saat ini, yang menyangkut dengan hasil yang telah dicapai oleh sektor kependudukan keluarga berencana-keluarga sejahtera, kesejahteraan sosial, kesehatan, pemberdayaan dan perlindungan anak, pemberdayaan masyarakat. Selanjutnya dilakukan analisis terhadap permasalahan-permasalahan yang ada, terutama yang bersifat strategis dan dirumuskan dalam isu strategis, dan kemudian dibuat kebijakan dan strategi untuk mengurai permasalahan

yang ada. Dalam upaya mencapai kondisi yang diharapkan, selanjutnya disusun alternatif pemecahan masalah yang dirumuskan pada program alternatif. Program alternatif yang ada kemudian dianalisis dan ditentukan program yang dapat dilaksanakan pada tahun 2014. Dari hasil ini, disusun program dan kegiatan untuk tahun 2014. Kerangka pikir penyusunan Perencanaan Pembangunan Sub Bidang Pengembangan Kesejahteraan Rakyat Tahun 2014 dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar I-2 Kerangka Pikir Penyusunan Perencanaan Pembangunan Sub Bidang Pengembangan Kesejahteraan Rakyat Tahun 2014

2. Sistematika Penulisan

Penulisan Perencanaan Tahunan Sub Bidang Pengembangan Kesejahteraan Rakyat Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2014 ini meliputi 4 (empat) bab yaitu:

- I. PENDAHULUAN
- II. GAMBARAN UMUM
- III. ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI PEMBANGUNAN
- IV. PENUTUP
 - A. Kesimpulan
 - B. Rekomendasi

BAB II

GAMBARAN UMUM DAN KONDISI SEKTOR

A. BATAS ADMINSTRASI DAN KONDISI GEOGRAFI

Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) secara astronomis terletak antara 7°33’-8°12’ Lintang Selatan dan 110°00’ -110°50’ Bujur Timur. Sementara itu dilihat dari posisi geostrategis, DIY terletak dibagian tengah Pulau Jawa bagian Selatan dan berbatasan dengan beberapa Provinsi di Jawa Tengah, yaitu sebelah utara dengan Kabupaten Magelang, sebelah timur dengan Kabupaten Klaten dan Wonogiri, sebelah barat dengan Kabupaten Purworejo, dan sebelah selatan dengan Samudera Indonesia.



Gambar II-1 Peta Administrasi DIY

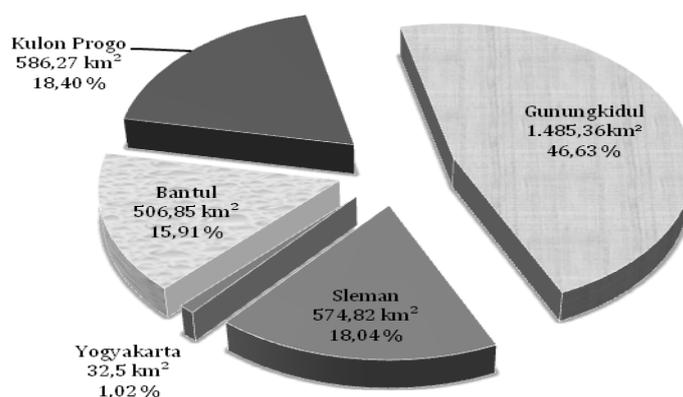
Secara administratif, DIY terdiri atas empat Kabupaten dan satu Kota dengan 78 Kecamatan dan 438 Desa/Kelurahan, dengan perincian:

Tabel II-1 Pembagian Wilayah DIY menurut Kabupaten/Kota Tahun 2011

Kabupaten/Kota	Ibukota	Kecamatan	Kelurahan/Desa
Kulon Progo	Wates	12	88
Bantul	Bantul	17	75
Gunungkidul	Wonosari	18	144
Sleman	Sleman	17	86
Kota Yogyakarta	Yogyakarta	14	45
DIY	Yogyakarta	78	438

Sumber: DDA 2012, BPS Provinsi DIY

Luas wilayah DIY adalah 3.185,80 km² atau 0,17% dari luas Indonesia (1.860.359,67 km²) dan merupakan wilayah dengan luas terkecil setelah Daerah Khusus Ibukota Jakarta. Wilayah di DIY yang terluas adalah Kabupaten Gunungkidul, yaitu 46,62% dari luas DIY sedangkan wilayah terkecil adalah Kota Yogyakarta, yaitu sebesar 1,02% seperti ditunjukkan pada gambar sebagai berikut:



Sumber: DDA 2012, BPS Provinsi DIY

Gambar II-2 Komposisi Luas Wilayah DIY Tahun 2012

DIY tidak memiliki kawasan pedalaman maupun kawasan terpencil. Menurut kondisi geografis, desa-desa di DIY terletak di daerah pesisir,

lereng/punggung bukit, dan daerah dataran. Jumlah desa di DIY menurut letak geografis tersebut disajikan dalam tabel berikut:

Tabel II-2 Jumlah Desa menurut Kabupaten/Kota dan Letak Geografis DIY

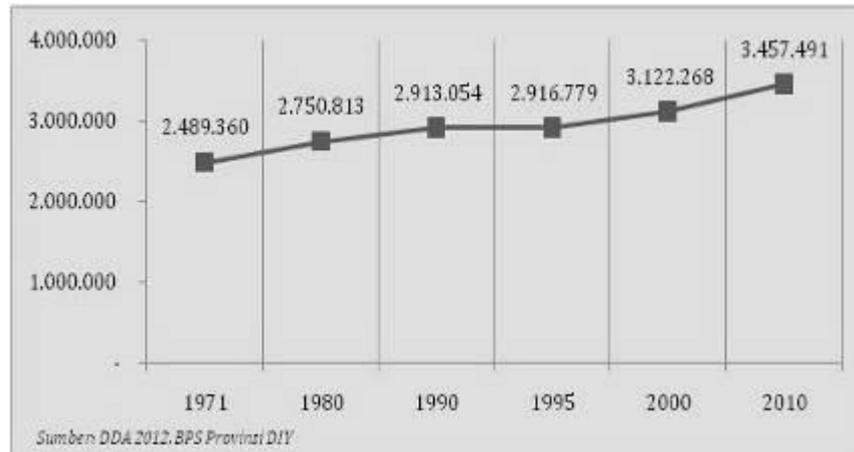
Kabupaten/ Kota	Pesisir	Bukan Pesisir			Jumlah
		Lembah/Daerah Aliran Sungai	Lereng/ Punggung Bukit	Dataran	
Kulon Progo	10	-	22	56	88
Bantul	5	-	11	59	75
Gunungkidul	18	-	56	70	144
Sleman	-	-	11	75	86
Yogyakarta	-	-	-	45	45
DIY	33	0	100	305	438

Sumber: DDA 2012, BPS Provinsi DIY

B. SEKTOR KEPENDUDUKAN, KELUARGA BERENCANA, DAN KELUARGA SEJAHTERA

Pertumbuhan penduduk DIY secara umum dipengaruhi oleh tiga komponen yaitu kelahiran, kematian, dan migrasi. Kebijakan pemerintah dalam upaya menekan laju pertumbuhan penduduk berorientasi pada penurunan tingkat kelahiran dan kematian serta mengendalikan mobilitas penduduk. Upaya untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan mendorong kegiatan, seperti penundaan usia perkawinan, penggunaan alat kontrasepsi dan kampanye program keluarga berencana (KB). Sementara upaya menurunkan kematian dengan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Menurut hasil Sensus Penduduk yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS), selama tahun 1971 hingga 2010 jumlah penduduk DIY terus mengalami peningkatan. Jumlah penduduk DIY tahun 1971 sebanyak 2.489.360 orang meningkat menjadi 3.457.491 orang pada tahun 2010 kemudian diperkirakan meningkat sebanyak 29.834 orang menjadi 3.487.325 orang pada tahun 2011.



Gambar II-3 Perkembangan Jumlah Penduduk DIY menurut Sensus Penduduk Tahun 1971, 1980, 1990, 2000, 2010 dan Sensus Penduduk antar Sensus (SUPAS) 1995

Komposisi kelompok umur penduduk DIY selama kurun waktu 1971-2010 didominasi oleh penduduk usia dewasa/produktif. Penduduk kelompok umur 0-14 tahun selama kurun waktu tersebut cenderung mengalami penurunan. Sejak tahun 1990, struktur umur penduduk DIY dikatakan sebagai “penduduk usia tua” karena penduduk umur 0-14 tahun kurang dari 30% dan penduduk usia 65 tahun ke atas mengalami kenaikan. Semakin meningkatnya jumlah penduduk usia lanjut mengindikasikan tingginya usia harapan hidup penduduk DIY.



Sumber: Bappeda DIY, 2012

Gambar II-4 Peta Kepadatan Penduduk DIY Tahun 2011

Menurut data proyeksi penduduk yang dilakukan oleh BPS, selama kurun waktu 2012-2017 jumlah penduduk DIY akan mengalami peningkatan. Jumlah penduduk laki-laki diperkirakan lebih besar dari pada jumlah penduduk perempuan.

Saat ini penduduk dunia terus bertambah dari 4 milyar menjadi 7 milyar pada tahun 2011. Hal ini menunjukkan komitmen global untuk keluarga berencana menurun, disebabkan antara lain oleh terbatasnya akses kontrasepsi. Kawasan Asia dilaporkan menyumbang 63% angka Unmet Need pelayanan kontrasepsi dunia. Kondisi ini membawa keprihatinan dan kekhawatiran bersama. Dalam Konferensi Tingkat Tinggi di London, Juli 2012 berhasil menjadi tonggak kembalinya keberpihakan dunia terhadap keluarga berencana dengan menyediakan akses layanan kontrasepsi kepada 120 juta wanita di negara berkembang sampai dengan tahun 2020. (Sambutan Menkokesra RI dalam Rakornas BKKBN 30 Januari 2013).

Kondisi kependudukan saat ini perlu di dukung dengan parameter kependudukan yang lengkap, akurat dan *up to date* serta dilakukannya sensus dampak kependudukan terhadap pembangunan secara menyeluruh, lintas sektor. Di sisi lain, sistem data dan informasi kependudukan yang lengkap, akurat, dan mudah diakses belum berjalan seperti yang diharapkan.

Saat ini banyak data kependudukan, namun belum diolah sehingga belum bisa dijadikan informasi. Perwakilan BKKBN diharapkan menjadi pusat data dan informasi kependudukan yang handal dan terpercaya.

Di era otonomi daerah ini pengelolaan program kependudukan dan KB diperkuat dengan adanya dasar hukum UU No. 52 tahun 2009.

1. SITUASI KB DAN KELUARGA SEJAHTERA DI DIY

- a. Program Keluarga Berencana dikatakan berhasil apabila angka kepesertaan KB Mandiri tinggi, kepesertaan KB Pria tinggi, dan Unmet need rendah. Untuk DIY peserta KB terbanyak pada kisaran umur 35 - 39 tahun, kepesertaan KB Pria rendah, unmet need masih relatif tinggi, peserta KB mandiri belum optimal, dan kesertaan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP) belum optimal.
- b. Kenaikan TFR dari 1,79 (SDKI 1994) menjadi 2,1 (SDKI 2012).

- c. Menurunnya komitmen terhadap program Bina Keluarga meliputi Bina Keluarga Balita (BKB), Bina Keluarga Remaja (BKR) dan Bina Keluarga Lansia (BKL) serta UPPKS sebagai upaya untuk meningkatkan kesejahteraan penduduk belum optimal.
- d. Hasil survei kesehatan reproduksi (BPPM DIY 2011) menunjukkan fakta sebagai berikut :
- Perilaku seks pra nikah : 10,10 %
 - Kehamilan di luar nikah : 10,53 %
 - Informasi pubertas bagi remaja paling banyak diperoleh dari guru (93,26 %) dan buku (83,94 %)
 - Informasi sistem reproduksi paling dominan dari guru (92,48 %), dari buku (79,27 %) dan dari internet (51,30 %)
 - Sumber informasi hubungan dengan lawan jenis tidak terlihat yang dominan meski guru tetap terbanyak (65,28 %) disusul buku (61,92 %) dan teman (53,89 %)
 - Sebanyak 77, 98 % remaja di DIY memiliki pengalaman berpacaran dimana sebanyak 44,30 % diantaranya masih aktif berpacaran. Perilaku pacaran menjadi semakin mungkin dilakukan dengan semakin umur bertambah.
 - Aktifitas/perilaku selama pacaran berupa berpegang tangan dan atau berpelukan dilakukan oleh sebagian besar remaja DIY yang berpacaran (88,70 %). Mencium bibir pacar dilakukan oleh 49, 17 % remaja berpacaran di DIY.
 - Sebanyak 13,29 % remaja menyatakan melakukan aktifitas menyentuh alat kelamin atau disentuh sementara 9,63 % remaja menyatakan pernah melakukan masturbasi/onani.
 - Sebanyak 12,29 % dari remaja yang berpacaran menyatakan pernah melakukan hubungan badan dengan pacar.
 - Sebanyak 10,10 %, remaja di DIY telah melakukan hubungan badan (52 % laki-laki, 40 % perempuan). Umur termuda adalah umur 12 tahun (12,7 %).
 - Kehamilan remaja yang pernah berhubungan badan mencapai 10,53 % yang merupakan hal tidak direncanakan. Dari sejumlah remaja yang

pernah hamil/menghamili, 75 % status hubungan dengan pasangannya adalah sebagai pacar.

- Dari sejumlah remaja yang menyatakan pernah hamil atau menghamili, prosentasenya seimbang antara laki-laki dan perempuan, dan 25 % masih berumur dibawah 17 tahun, 50 % masih berstatus sebagai pelajar, dimana 75 % diantaranya masih bersekolah di SMA. Seluruh kehamilan dari remaja responden berakhir dengan aborsi.

2. KONDISI DI SEKTOR KEPENDUDUKAN

Tabel II-3 Perkembangan Jumlah Penduduk DIY 1971 – 2010

Kabupaten /Kota	Jumlah Penduduk Menurut Hasil Sensus Penduduk				
	SP 1971	SP 1980	SP 1990	SP 2000	SP 2010
Kulonprogo	370.629	380.685	372.309	370.944	388.869
Bantul	568.618	634.442	696.905	781.013	911.503
Gunungkidul	620.085	659.486	651.004	670.433	675.382
Sleman	588.304	677.323	780.334	901.377	1.093.110
Yogyakarta	340.908	398.192	412.059	396.711	388.627
DIY	2.488.544	2.750.128	2.912.611	3.120.478	3.457.491
Nasional	119.208.229	147.490.298	179.378.946	206.264.595	237.641.326

Dari data di atas menunjukkan bahwa penduduk DIY dari tahun 1971-2010 terus bertambah sejumlah 968.947 jiwa selama 39 tahun.

Tabel II-4 Jumlah Penduduk DIY berdasarkan Wilayah dan Jenis Kelamin

No	Kabupaten/Kota	Laki-laki (Orang)	Perempuan (Orang)	Total (Orang)
1.	Kota Yogyakarta	189.137	199.490	388.627
2.	Kabupaten Bantul	454.491	457.012	911.503
3.	Kabupaten Kulon Progo	190.694	198.175	388.869
4.	Kabupaten Gunungkidul	326.703	348.679	675.382
5.	Kabupaten Sleman	547.885	545.225	1.093.110
6.	DIY	1.708.910	1.748.581	3.457.491

Sumber : Badan Pusat Statistik, Sensus Penduduk 2010

Berdasarkan tabel jumlah penduduk di atas, dapat dilihat bahwa DIY memiliki jumlah penduduk yang cukup besar dengan wilayah yang tidak terlalu luas. Jumlah penduduk yang besar tersebut adalah potensi pembangunan daerah. Besarnya potensi sumber daya manusia, secara kualitas akan memberikan sumbangan besar dalam pembangunan daerah, seperti meningkatnya perekonomian daerah dan besarnya jumlah angka kerja berkualitas. Dengan modal sosial berupa budaya gotong royong, pembangunan daerah dapat dilaksanakan secara efektif dan terpadu. Namun jika tidak dikelola dengan benar, jumlah penduduk yang besar juga dapat menimbulkan jumlah ancaman, seperti meningkatnya tingkat kriminalitas, meningkatnya angka pengangguran (bila tidak diimbangi dengan perluasan lapangan kerja), ancaman ketahanan pangan, kerusakan lingkungan hidup, dan lain sebagainya.

Tabel II-5 Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) DIY

Kabupaten/Kota	Laju Pertumbuhan Penduduk (% per tahun)			
	1971-1980	1980-1990	1990-2000	2000-2010
Kulonprogo	0,29	-0,22	-0,04	0,47
Bantul	1,21	0,94	1,19	1,57
Gunungkidul	0,68	-0,13	0,30	0,07
Sleman	1,56	1,43	1,50	1,96
Yogyakarta	1,72	0,34	-0,39	-0,21
Provinsi DIY	1,10	0,58	0,72	1,04
Nasional	2,31	1,98	1,45	1,49

Sumber : Sensus Penduduk (SP) tahun 1971 – 2010

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa laju pertumbuhan penduduk di DIY sejak 1971-2010 mengalami pasang surut, menurun agak tajam di tahun 1980-1990, agak naik di tahun 1990-2010, dan 2000-2010.

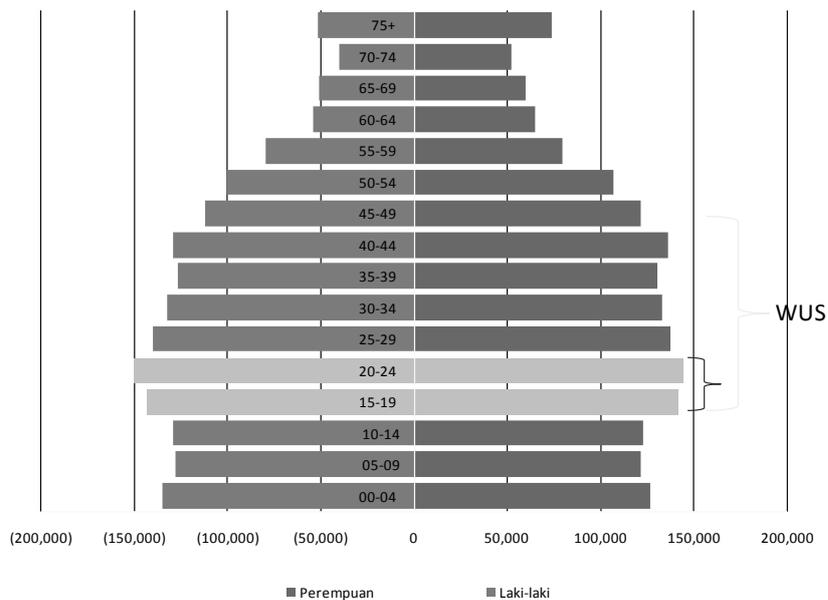
Sedang kepadatan penduduk DIY dari tahun ke tahun terus meningkat seperti terlihat dalam tabel berikut ini:

Tabel II-6 Kepadatan Penduduk DIY

Kabupaten/ Kota	Luas Wilayah		Kepadatan Penduduk per Km ²				
	Km ²	Persen tase	SP 1971	SP 1980	SP 1990	SP 2000	SP 2010
Kulonprogo	586,28	18,40	632	649	635	633	633
Bantul	506,85	15,91	1.122	1.252	1.357	1.541	1.798
Gunungkidul	1.485,36	46,63	418	444	438	451	455
Sleman	574,82	18,04	1.024	1.178	1.358	1.568	1.902
Yogyakarta	32,50	1,02	10.490	12.252	12.679	12.206	11.958
Provinsi DIY	3.185,81	100,00	781	863	914	979	1.085
Nasional	1.980.754	100,00	62	78	95	109	124

Sumber : Sensus Penduduk (SP) tahun 1971-2010

Mengenai struktur penduduk DIY paling banyak adalah pada kelompok usia 15-19 tahun sampai dengan 45-49 tahun seperti pada tabel berikut:



Gambar II-5 Struktur Penduduk DIY Hasil Sensus Penduduk (SP) tahun 2010

Sedang jumlah penduduk dan rasio jenis kelamin (sex ratio) DIY, jumlah penduduk perempuan sedikit lebih banyak daripada penduduk laki-laki.

Tabel II-7 Jumlah Penduduk & Rasio Jenis Kelamin (Sex Ratio) DIY

Kabupaten/ Kota	Jumlah Penduduk			Rasio Jenis Kelamin
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki + Perempuan	
Kulonprogo	190.694	198.175	388.869	96
Bantul	454.491	457.012	911.503	99
Gunungkidul	326.703	348.679	675.382	94
Sleman	547.885	545.225	1.093.110	100
Yogyakarta	189.137	199.490	388.627	95
DIY	1.708.910	1.748.581	3.457.491	98
Nasional	119.630.913	118.010.413	237.641.326	101

Sumber : Sensus Penduduk (SP) tahun 2010

Kelompok usia produktif menurut kelompok umur dan jenis kelamin, cukup bervariasi antara laki-laki dan perempuan menurut kelompok umur sebagai tampak dalam tabel berikut :

Tabel II-8 Kelompok Usia Produktif

Kelompok Umur	Jenis Kelamin			Sex Ratio
	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki + Perempuan	
15-19	144.199	141.564	285.763	102
20-24	151.706	144.840	296.546	105
25-29	140.728	137.237	277.965	103
30-34	132.726	132.697	265.423	100
35-39	127.354	130.460	257.814	98
40-44	129.568	136.044	265.612	95
45-49	112.558	121.461	234.019	93
50-54	101.011	106.595	207.606	95
55-59	79.917	79.220	159.137	101
Jumlah	1.119.767	1.130.118	2.249.885	99

Salah satu indikator keberhasilan pembangunan adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM), yang diukur dengan angka harapan hidup, angka melek huruf, dan rata-rata lama sekolah, dan pengeluaran riil perkapita yang disesuaikan IPM Kabupaten/Kota dan Daerah Istimewa Yogyakarta, selengkapnya dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel II-9 Indeks Pembangunan Manusia (HDI) DIY Tahun 2010

Komponen	YK	BTL	KP	GK	SLM	DIY	NAS
Angka Harapan Hidup(thn)	73,4	71,3	74,4	71,0	75,1	74,0	71,0
Angka Melek Huruf (%)	98,0	91,0	90,7	84,7	92,6	89,73	92,37
Rata-rata Lama Sekolah (thn)	11,5	8,8	8,2	7,6	10,3	9,1	5,7
Konsumsi Riil per Kapita yang Disesuaikan (Rp. 000)	649,7	646,1	630,4	625,2	647,8	646,6	3,957 US\$
IPM 2010	79,5	74,5	74,5	70,4	78,2	75,8	60,0
IPM 2009	79,3	73,8	73,8	70,2	77,7	75,2	59,3
Peringkat se Indonesia	1	107	106	283	14	4	124

Sumber : Sensus Penduduk (SP) tahun 2010

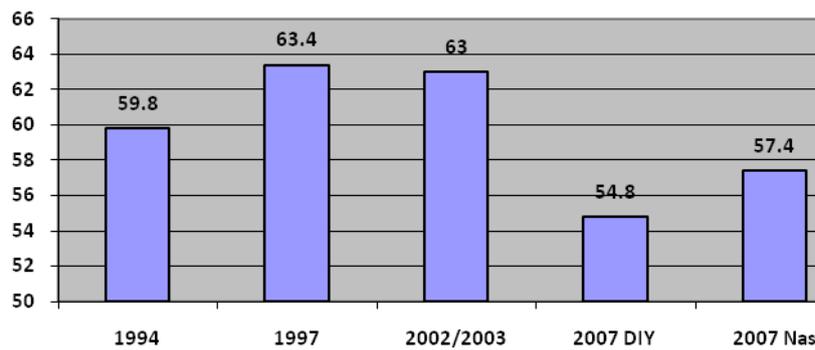
IPM per Kabupaten/Kota dan DIY tahun 2009 dibanding 2010 tidak terlalu banyak berubah. DIY peringkat ke 4 se Indonesia, Kota Yogyakarta No.1.

Tabel II-10 Indeks Pembangunan Manusia Menurut Komponen dan Kabupaten/Kota di Daerah Istimewa Yogyakarta

No	Kabupaten/Kota	Angka Harapan Hidup(thn)	Angka Melek Huruf (%)	Rata-rata Lama Sekolah (thn)	Konsumsi Riil Perkapita yang Disesuaikan (Rp. 000)	IPM
1	Kota Yogyakarta	73,44	98,03	11,48	649,71	79,52
2	Kabupaten Bantul	71,31	91,03	8,82	646,08	74,53
3	Kabupaten Kulon Progo	74,38	90,69	8,20	630,38	74,49
4	Kabupaten Gunung Kidul	70,97	84,66	7,65	625,20	70,45
5	Kabupaten Sleman	75,06	92,61	10,30	647,84	78,20
6	DIY	73,22	90,84	9,07	646,56	75,77

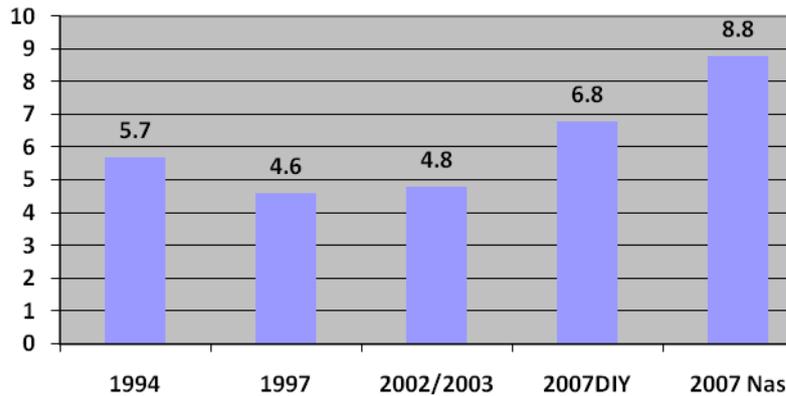
Sumber : Badan Pusat Statistik, *DIY Dalam Angka (DDA) 2011*

Daerah Istimewa Yogyakarta, dengan nilai IPM 75,77, menduduki peringkat 4 dari 33 propinsi se Indonesia.



Gambar II-6 Angka Prevalensi Penggunaan (CPR) Kontrasepsi Modern Berdasarkan Hasil SDKI DIY

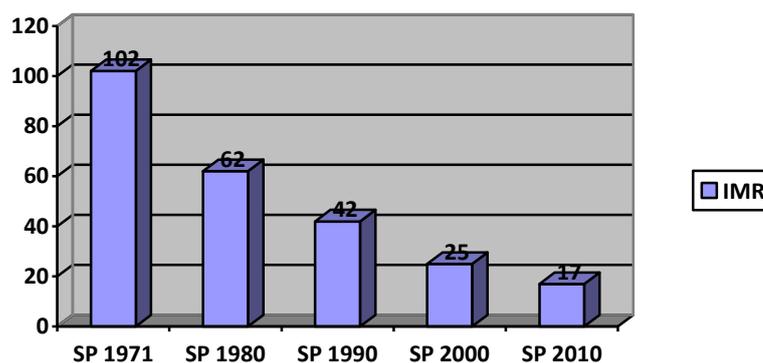
Terkait tren unmet need (PUS yang seharusnya KB tetapi belum KB) berdasarkan hasil SDKI DIY sebagai berikut :



Gambar II-7 Tren Unmet Need Berdasarkan Hasil SDKI DIY

Unmet Need DIY 1994 (5,7) mengalami penurunan sampai tahun 1997, namun mulai 2002/2003 dimana otonomi daerah mulai diberlakukan, mengalami kenaikan, tahun 2007 menjadi 6,8%. Sedangkan hasil SDKI 2012 unmet need DIY sebesar 7,9. Dan angka nasional unmet need sebesar 8,8 (SDKI 2007).

Sedang dalam hal kematian bayi (IMR=Infant Mortality Rate) per 1000 kelahiran hidup di DIY, sensus penduduk 1971-2010 dengan metode Trussell (model West), IMR DIY sangat bagus karena terus mengalami penurunan, berdasarkan hasil sensus penduduk 2010 sebagai berikut :



Gambar II-8 Angka Kematian Bayi (IMR) per 1000 Kelahiran Hidup Di DIY

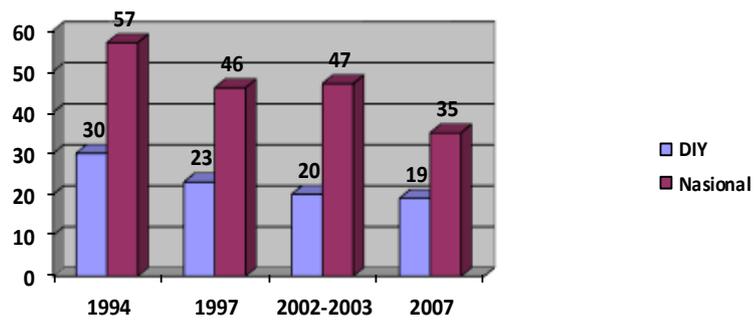
Sedang IMR per jenis kelamin di DIY, menurut hasil sensus penduduk, kecenderungan kematian bayi laki-laki lebih banyak daripada bayi perempuan, seperti ditunjukkan tabel berikut :

Tabel II-11 Angka Kematian Bayi (IMR) per 1000 Kelahiran Hidup Di DIY, SP
1971-2010 Metode Trussell (Metode West)

URAIAN	SP71 (1967)	SP80 (1976)	SP90 (1986)	SP2000 (1996)	SP2010 *(2007)
Laki-laki	111	69	47	29	20
Perempuan	93	55	36	21	14
Laki-laki + Perempuan	102	62	42	25	17

Sumber : Hasil Sensus Penduduk DIY

Berdasarkan hasil SDKI, angka kematian (IMR) di DIY selalu lebih rendah dari pada IMR nasional, ditunjukkan oleh tabel berikut :



Gambar II-9 Angka Kematian Bayi (IMR) Berdasarkan Hasil SDKI DIY

Proyeksi penduduk DIY 2013-2019 ditunjukkan oleh tabel sebagai berikut:

Tabel II-12 Proyeksi Penduduk DIY 2010 – 2014

PARAMETER	2010	2011	2012	2013	2014
Population					
Total population	3.457.491	3.482.612	3.507.488	3.531.711	3.555.663
Male population	1.708.910	1.721.510	1.734.034	1.746.299	1.758.408
Female population	1.748.581	1.761.101	1.773.454	1.785.472	1.797.255
Percent 0 – 4	7.43	7.39	7.35	7.31	7.28
Percent 5 – 14	14.53	14.38	14.28	14.22	14.18
Percent 15 – 49	54.47	54.24	53.93	53.63	53.26
Percent 15 – 64	68.53	68.7	68.82	68.92	68.97
Percent 65 and over	9.581	9.53	9.54	9.55	9.57
Percent females 15 – 49	54	53.71	53.36	52.95	52.51

*) oleh Tim Penyusun / Penetapan Parameter Kependudukan BKKBN DIY 2012

Tabel II-13 Proyeksi Penduduk DIY Tahun 2015 – 2019

PARAMETER	2015	2016	2017	2018	2019
Population					
Total population	3.578.386	3.601.533	3.623.401	3.644.636	3.664.901
Male population	1.770.194	1.781.776	1.792.972	1.803.878	1.814.313
Female population	1.808.642	1.819.757	1.830.429	1.840.758	1.850.588
Percent 0 – 4	7.24	7.19	7.13	7.06	6.99
Percent 5 – 14	14.14	14.1	14.07	14.03	14
Percent 15 – 49	52.87	52.45	52.01	51.57	51.15
Percent 15 – 64	69.01	69.01	69	68.96	68.9
Percent 65 and over	9.62	9.7	9.81	9.94	10.12
Percent females 15 – 49	52.05	51.56	51.07	50.58	50.12

Sensus Penduduk 2010 Penduduk DIY sejumlah 3.457.491 sedang proyeksi di tahun selanjutnya mengalami kenaikan sampai dengan tahun 2019 sebesar 3.664.901, terdiri dari laki yang pada umumnya lebih sedikit dari jumlah wanita, dengan prosentase penduduk 0-4 tahun yang pasang surut

namun tidak terlalu banyak berubah dalam kisaran 7%. Usia 5-14 tahun, juga tidak terlalu banyak berubah, hanya pada kisaran 14%. Sedang usia 15-49 tahun diperkirakan turun dari 54,47 % (2010) menjadi 51,15% (2019). Untuk usia 65 dan lebih diproyeksikan bertambah pada kisaran 9% sampai 2018, namun 2019 menjadi 10,12%. Sedang untuk perempuan 15-49 tahun dari 54% (2010), di proyeksikan terus menurun menjadi 50,12% (2019).

3. PERMASALAHAN KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA DAN KELUARGA SEJAHTERA DI DIY

a. Masalah Kependudukan

Masalah kependudukan di Indonesia mencakup 3 aspek yaitu : kuantitas, kualitas dan mobilitas. Belum dipahaminya mandat ICPD (*International Conference On Population and Development*) untuk mengintegrasikan kependudukan ke dalam kebijakan pembangunan, pembangunan berwawasan, kependudukan belum dipahami sebagai suatu konsep : Dalam pembangunan berkelanjutan (*Sustainable Development*) pembangunan sumber daya manusia (PSDM) pembangunan manusia (*Human Development*) dan pembangunan berwawasan kependudukan (*People Centered Development*).

b. Masalah di Bidang Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi

- Belum optimalnya konseling dg menggunakan informed choice dan informed consent oleh petugas pelayanan.
- Masih rendahnya penggunaan kontrasepsi jangka panjang (MKJP), karena belum meratanya sosialisasi yg dilakukan oleh pengelola program KKB di masing2 Kab/Kota.
- Belum adanya sinergitas program dan kegiatan antar dinas/instansi/lintas sektor dalam mendukung pelaksanaan program KKB, seperti program JAMPERSAL dan KELUARGA HARAPAN yg tidak membatasi jumlah anak.
- Masih rendahnya akses pelayanan KB di wilayah khusus (Bantaran sungai, kumuh perkotaan) dan sasaran khusus (Komunitas yg belum bisa menerima program KKB).

- Masih rendahnya partisipasi pria dalam ber KB, karena masih terbatasnya cara/metode/jenis alat/obat kontrasepsi bagi pria, pengaruh sosial budaya yg menempatkan pria sebagai kepala keluarga (pencari nafkah) sehingga KB adalah urusan perempuan dan adanya penolakan dari para isteri jika suaminya mengikuti KB MOP karena ada rasa kekhawatiran suaminya menjadi bebas.
 - Belum optimalnya pemanfaatan hasil pelatihan provider dalam pelayanan KB, hal ini disebabkan masyarakat di masing2 kab/kota sudah memiliki tempat pelayanan yg menjadi pilihannya (Rumah Sakit) yg dipandang bisa memberikan pelayanan sesuai dg keinginan mereka, disamping itu adanya perda pelayanan KB di masing2 kab/kota yg biayanya relatif tinggi sehingga tidak terjangkau oleh calon akseptor.
 - Jumlah petugas lapangan KB (PLKB) di wilayah desa makin berkurang karena pensiun, sedang rekrutmen baru hanya sedikit tidak sesuai dengan kebutuhan lapangan. PLKB mempunyai tugas untuk memotivasi calon akseptor baru, menjaga agar menjadi peserta aktif dan juga menjaga keberlangsungan peserta KB aktif, yang pada akhirnya akan berpengaruh kepada TFR (Total Fertility Rate). Saat ini 1 orang PLKB terpaksa meng-cover 2 - 3 desa dan tidak fokus kepada bidang KB saja, karena harus menangani tupoksi dinas yang bergabung. Di samping itu Pengawas PLKB (PPLKB) sangat penting di tiap kecamatan, namun di era otonomi keberadaan PPLKB dihapus, sehingga pengawasan terhadap PLKB berkurang.
- c. Masalah di Bidang Keluarga Sejahtera dan Pemberdayaan Keluarga
- Tingkat pengetahuan remaja terhadap kesehatan reproduksi remaja dan perencanaan keluarga masih rendah.
 - Kasus pernikahan dini di DIY cenderung mengalami kenaikan dari tahun ke tahun (Kemenag DIY).
 - Masih belum optimalnya kegiatan kelompok BINA KELUARGA SEJAHTERA, sehingga partisipasi masyarakat belum sesuai yang diharapkan (kurang dari 88%).

- Belum optimalnya kegiatan ekonomi produktif yang ada di masyarakat yang di tandai dengan ketrampilan kelompok dalam kemampuan berproduksi, pengemasan dan pemasaran belum seperti yang di harapkan.
- Kabupaten/kota belum terlalu peduli atas LPP/Laju Pertambahan Penduduk yang tidak turun (meningkat), TFR (rata-rata jumlah anak dalam keluarga) meningkat, walau CPR (kesertaan KB aktif) meningkat.
- Program KKB di kabupaten/kota belum terlalu dianggap prioritas, bahkan cenderung “dianggap” membebani, karena harus membeli obat, alat kontrasepsi KB, dukungan operasional kader KB dalam manajemen program KKB.
- Belum optimalnya pola pikir kabupaten/kota bahwa program KKB bersifat lokal need/kebutuhan lokal, dan karenanya membutuhkan lokal widom/kebijakan dan kebijaksanaan lokal untuk pencapaian sesuai target.
- Masih belum disadari secara maksimal bahwa program KB adalah pemutus rantai kemiskinan. Salah satu pemutus beban pemerintah daerah dalam hal perwujudan keluarga sejahtera, SDM berkualitas dan dalam hal anggaran.
- Masih kurangnya pemahaman terhadap payung hukum program KKB, membuat dukungan Pemkab/Pemkot terhadap program KKB belum optimal.
- UU Perkawinan mengatur usia kawin minimal 16 tahun, BKKBN kampanye minimal 20 tahun untuk wanita, dan minimal 25 tahun untuk laki-laki, agar lebih siap secara ekonomi, psikologi, sosial, dan anatomi.
- Jamkesmas mengcover semua ibu hamil anak keberapapun tidak dibatasi.
- Jampersal mengcover semua persalinan tidak terbatas, sementara BKKBN kampanye dua anak cukup, walau setelah memikirkan diwajibkan memakai alat kontrasepsi.
- Program advokasi dan KIE yang berjalan belum mampu mengubah perilaku masyarakat untuk mengikuti keluarga berencana (KB) secara optimal (masih ada komunitas yang menginginkan banyak anak).

- Advokasi melalui massa media, tidak diikuti oleh advokasi face to face, door to door, kelompok yang efektif sehingga masyarakat makin kurang akrab dengan program KKB untuk menjadi tahu, mau dan mampu menjadi peserta KB yang kontinyu sebagai bentuk implementasi mengikuti perubahan nilai bahwa KB adalah life skill keluarga atau pasangan.
- Dengan berkurangnya jumlah petugas lapangan KB (PLKB) diminta 1 PLKB menangani 2 atau 3 desa/ kelurahan, tenaga kader KB, kurang bersemangat untuk melakukan KIE, penyuluhan *door to door* / kunjungan rumah yang sangat efektif mengakrabkan masyarakat dalam program KKB.
- Belum optimalnya sinkronisasi anggaran yang mendukung program advokasi, KIE, penyuluhan, konseling. Dari APBN dan APBD.
- Belum optimalnya sinkronisasi anggaran untuk capacity building tenaga KIE, tenaga program, tenaga pelayanan kontrasepsi (dokter, bidan, perawat) dan pelatihan pasang/cabut IUD dan implant, MOW, MOP : dalam CTU / Contraceptive Technology Update) antara APBN dan APBD.

4. ANALISIS SWOT

Terkait dengan sektor kependudukan, keluarga berencana dan keluarga sejahtera, misi ketiga dicapai dengan strategi dan kebijakan yang didapat dari analisis SWOT.

Berdasarkan analisis internal dan eksternal maka potensi dan permasalahan yang diidentifikasi sebagai berikut:

- **POTENSI**

1. Adanya komitmen pemangku kepentingan pengelolaan Kependudukan dan KB.
2. Adanya jaringan kemitraan dan koordinasi dengan praktisi.
3. Dukungan teknologi informasi dan komunikasi (TIK) yang memadai, baik untuk kepentingan internal dan eksternal.
4. Program KB telah menjadi prioritas di dalam RPJMD 2012-2017

5. Adanya BPPM (Badan Pemberdayaan Perempuan dan Masyarakat) DIY yang menangani program keluarga berencana minus kependudukan.

- **KELEMAHAN**

1. Kesenjangan kompetensi SDM aparatur Pemda yang disebabkan adanya kebijakan zero growth terhadap pengadaan pegawai baru selama kurang lebih 8 tahun (1996-2004).
2. Sarana dan prasarana operasional penggerakan masyarakat yang kurang memadai.
3. SDM yang menangani pengelolaan program kependudukan dan KB makin terbatas.
4. Belum semua SDM memenuhi kualifikasi kebutuhan dan kinerja yang optimal.
5. Keterbatasan anggaran.
6. Sarana dan prasarana belum memadai.
7. Kependudukan belum menjadi tupoksi dalam wewenang BPPM DIY.

- **TANTANGAN**

1. Untuk mengatasi perubahan lingkungan strategis seperti perubahan sistem Pemerintah dari Sentralisasi ke Desentralisasi yang menyebabkan bervariasinya kelembagaan yang menangani program KB di Kabupaten/ Kota. Program kependudukan belum menjadi tupoksi SKDP Kabupaten/ Kota, sehingga tidak mendapat dukungan anggaran APBD II.
2. Meningkatkan jumlah tenaga pengawas PLKB (PPLKB) di tingkat kecamatan dan PLKB di tingkat desa/ kelurahan. Sebagai petugas yang memotivasi calon peserta KB baru (PB) dan menjaganya secara kontinyu akhirnya menjadi peserta KB aktif yang berpengaruh terhadap TFR dengan 1 desa / kelurahan ada 1 PLKB.
3. Laju pertumbuhan penduduk terus meningkat dari 0,58 menjadi 1,04 serta kepadatan penduduk yang terus meningkat

4. TFR (Angka Fertilitas Total) yang naik dari 1,44 (SP 2000), menjadi 1,93 (SP 2010), dan SDKI 2012 (2,1).
5. Angka prevalensi penggunaan alat kontrasepsi menurun, SDKI 2002/2003 (75,6 %) menjadi (66,9 %) SDKI 2007.
6. Terjadi kenaikan fertilitas pada usia dini (ASFR 15-19 tahun)
7. Median usia kawin pertama perenpuan menurun.
8. Pemakaian alkon metode jangka panjang menurun.

- **PELUANG**

1. Dengan disyahnkannya UU. No: 52, Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, reputasi dan pengalaman BKKBN dalam pengendalian penduduk melalui program KB dengan menggerakkan masyarakat dan promosi program kependudukan , KB sangat mendukung.
2. Komitmen pemerintah yang semakin tinggi terhadap pembangunan kependudukan dan KB menjadi bagian dan prioritas nasional dalam RPJMN 2010-2014, dan telah masuk dalam RPJMD 2010-2014.
3. Peraturan Pemerintah No.38 Tahun 2007 tentang pembagian urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah daerah provinsi, dan pemerintahan kabupaten/kota memperjelas pembagian kewenangan pengelolaan program KB di tingkat pusat, dan kabupaten/kota.
4. Komitmen mitra kerja yang cukup baik dalam mendukung kebijaksanaan pembangunan kependudukan dan KB di DIY, antara lain dengan adanya koalisi kependudukan DIY.
5. Masih cukup tersedianya SDM Kader PKK (Pemberdayaan dan Kesejahteraan Keluarga) dalam kependudukan dan SB sampai Dasa Wisma, antara lain sebagai Kader PKKBD, Sub PKKBD.
6. Masih cukup efektifnya peran ToMa (Tokoh Masyarakat), ToGa (Tokoh Agama) dalam program kependudukan dan KB.
7. Adanya nilai-nilai budaya DIY yang menghargai anak sehingga mau berkeluarga kecil. NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) masih dianut oleh sebagian besar warga.

8. Reputasi dan pengalaman perwakilan BKKBN DIY dalam pengendalian penduduk melalui program KB dengan menggerakkan masyarakat dan promosi program KB.
9. Adanya kerjasama dengan klinik P2KS (Pusat Pelayanan Klinik Sekunder) RSUP Dr. Sarjito DIY, tenaga ahli untuk melatih dokter, bidan dan tim, dalam hal MOW, MOP, pasang / cabut IND, pasang/cabut implant dilengkapi dengan inform choice dan inform concont dalam pelatihan CTU (Contraceptive Technology Update), dengan updating metode dan sarana-prasarana.
10. Peningkatan pemanfaatan Sistem Informasi Manajemen (SIM) berbasis Tehnologi Informasi (IT)
11. Pelatihan, penelitian, dan pengembangan program kependudukan dan KB.
12. Peningkatan kualitas manajemen program.

Pengoperasian kebijakan pengendalian penduduk yang direkankan pada:

 - a. Penyusunan peraturan daerah mengenai pengendalian penduduk
 - b. Perumusan kebijakan kependudukan yang sinergis antar aspek kuantitas, kualitas, dan mobilitas.
 - c. Penyediaan sasaran parameter kependudukan yang disepakati semua pemangku kepentingan yang terkait.

C. SEKTOR SOSIAL

Pembangunan bidang kesejahteraan sosial mempunyai dimensi yang sangat luas, karena harus memberikan pelayanan kepada 26 jenis penyandang masalah kesejahteraan sosial (PMKS). Dari anak di bawah usia lima tahun (balita) hingga lanjut usia yang mengalami permasalahan kesejahteraan sosial menjadi sasaran pelayanan bidang kesejahteraan sosial. Kementerian Sosial telah mengidentifikasi ke 26 PMKS tersebut, seperti yang tertera pada tabel 1 berikut:

Tabel II-14 Jenis Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS)

1.	Anak Balita Terlantar	14.	Kelompok Minoritas
2.	Anak terlantar	15.	Bekas Warga Binaan Lembaga Kemasyarakatan
3.	Anak yang berhadapan dengan hukum	16.	Orang dengan HIV/AIDS
4.	Anak jalanan	17.	Korban Penyalahgunaan NAPZA
5.	Anak dengan kedisabilitas	18.	Korban Trafficking
6.	Anak yang menjadi korban kekerasan	19.	Korban tindak kekerasan
7.	Anak yang memerlukan perlindungan khusus	20.	Pekerja migran bermasalah sosial
8.	Lanjut usia terlantar	21.	Korban bencana alam
9.	Penyandang disabilitas	22.	Korban bencana sosial
10.	Tuna susila	23.	Perempuan rawan sosial ekonomi
11.	Gelandangan	24.	Fakir miskin
12.	Pengemis	25.	Keluarga bermasalah sosial psikologis
13.	Pemulung	26.	Komunitas adat terpencil

Sumber : Peraturan Menteri Sosial RI Nomor : 8 Tahun 2012 tentang Pedoman Pendataan PMKS.

Akar permasalahan yang dhadapi PMKS adalah kemiskinan, yang kemudian mengakibatkan berkembangnya masalah lain, seperti keterlantaran, kecacatan, ketunaan sosial, kebencanaan, dan kekerasan. Kemiskinan tampil pada wajah seorang anak jalanan, anak yang terpaksa bekerja, perempuan yang menjadi korban komodifikasi seksual, perempuan yang mengalami depresi karena KDRT, lanjut usia yang renta dan tidak terurus, gelandangan dan pengemis yang tidur di emperan toko, meminta-minta dan mengambil sisa-sisa makanan dengan mengorek-orek tong-tong sampah.

Penyelenggaraan pelayanan kesejahteraan sosial menghadapi keraguan publik karena dianggap tidak mampu untuk memberi bukti atas hasil-hasil yang telah dicapai. Apalagi masyarakat masih melihat dengan jelas masih ada anak-anak, gelandangan pengemis yang berkeliaran di jalanan, angka kemiskinan yang hanya turun perlahan, tingkat pengangguran yang masih tinggi, semakin tingginya kasus tindak kekerasan serta masalah sosial lainnya. Keraguan ini

dipahami sebagai besarnya ekspektasi publik atas kinerja pemerintah dalam menanggulangi masalah kesejahteraan sosial dan memberikan pelayanan kepada masyarakat, khususnya warga masyarakat marginal. Oleh karenanya agenda besar yang harus dilakukan pemerintah adalah meningkatkan kinerjanya dalam penyelenggaraan pelayanan kesejahteraan sosial.

Saat ini sebenarnya pemerintah sudah mulai menggunakan pendekatan yang lebih bersifat antisipatif, bukan lagi reaksioner dalam menangani penyandang masalah kesejahteraan sosial. Pendekatan yang reaksioner sering dianalogikan dengan pemadam kebakaran yang hanya bertindak apabila sudah terjadi kebakaran. Pendekatan antisipatif lebih banyak bekerja pada upaya-upaya pencegahan melalui perlindungan dan pemberdayaan masyarakat miskin sehingga tidak terpuruk dan mengalami masalah-masalah lainnya. Pendekatan yang bersifat antisipatif membutuhkan upaya-upaya promotif yang melibatkan banyak pihak untuk melaksanakannya.

Selain itu dalam aspek pelayanan kesehatan juga masih terdapat sejumlah kendala, yaitu :

1. masih terdapat (meskipun kasusnya sangat sedikit) penolakan pasien
2. Jamkesmas dengan alasan kapasitas RS sudah penuh
3. sistem rujukan belum berjalan dengan optimal
4. belum semua RS menerapkan kendali mutu dan kendali biaya
5. peserta masih dikenakan urun biaya dalam mendapatkan obat, Alat Medis Habis Pakai (AMHP) atau darah
6. penyediaan dan distribusi obat belum mengakomodasi kebutuhan pelayanan obat program Jamkesmas
7. penetapan status kepesertaan Jamkesmas atau bukan peserta Jamkesmas sejak awal masuk Rumah Sakit, belum dipatuhi sepenuhnya oleh peserta.

Pelaksanaan Program Subsidi Siswa miskin sejak tahun 2008 hingga 2011, jumlah sasaran penerima subsidi Siswa miskin mengalami peningkatan. Pada tahun 2011, jumlah sasaran penerima subsidi siswa miskin untuk Seluruh jenjang mencapai 6,8 juta siswa/mahasiswa. Walaupun demikian, dalam

pelaksanaan program subsidi siswa miskin masih ditemui beberapa masalah dan kendala, antara lain :

1. terbatasnya kapasitas pengelolaan pemberian subsidi siswa miskin baik di tingkat pusat, daerah, dan satuan pendidikan, termasuk ketepatan pendataan, penentuan sasaran, dan mekanisme penyalurannya.
2. koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah juga masih belum optimal dalam proses pemberian subsidi siswa miskin. Akibatnya, proses pencairan dana menjadi terlambat dan dikhawatirkan bisa mengganggu proses kegiatan belajar-mengajar siswa yang bersangkutan.
3. Pemberian subsidi siswa miskin juga dirasakan belum sepenuhnya mampu untuk mengurangi angka putus sekolah, mengulang kelas dan lama penyelesaian sekolah serta meningkatkan angka melanjutkan sekolah. Selain itu, optimalisasi manfaat subsidi siswa miskin belum didukung oleh tersedianya beasiswa transisi untuk jenjang pendidikan dasar dan menengah, sehingga upaya meningkatkan angka melanjutkan sekolah ke jenjang pendidikan selanjutnya belum optimal.

Pemberdayaan sosial dilaksanakan melalui peningkatan kemauan, pemberian motivasi, dan peningkatan kemampuan dalam bentuk pelatihan ketrampilan. Selain itu juga dengan melakukan penggalan potensi dan sumber daya termasuk menjalin kemitraan dan penggalangan dana. Pemberdayaan juga dilakukan dengan meningkatkan akses keluarga miskin dengan pelayanan sosial dasar serta penguatan modal kerja melalui bantuan stimulan baik berbentuk bahan, peralatan, tambahan modal, tempat usaha, pendampingan maupun pemasaran. Pada sisi masyarakat juga dilakukan penataan lingkungan, menumbuhkan keserasian sosial, penggalan nilai-nilai dasar dan penguatan kelembagaan masyarakat.

Salah satu program yang dilaksanakan dengan pendekatan pemberdayaan adalah pemberdayaan keluarga miskin. Program ini adalah salah satu dari program pembangunan kesejahteraan sosial yang mendapat alokasi dana cukup besar dari Kementerian Sosial. Skema pemberdayaan sosial ekonomi

dilaksanakan melalui penumbuhan dan pengembangan kelompok usaha bersama (KUBE).

Hasil-hasil penelitian evaluatif terhadap program pemberdayaan fakir miskin menunjukkan bahwa implementasi program tersebut belum mencapai tujuan dalam meningkatkan kesejahteraan fakir miskin. Berbagai persoalan yang ditemukan antara lain :

1. Seleksi KUBE dan pendamping belum tepat, karena ditemukan KUBE yang sebenarnya tidak memenuhi kelayakan untuk menerima program pengembangan. Proposal tidak sesuai potensi lokal, dan ada intervensi dari instansi sosial dengan alasan kemudahan dalam pembinaan.
2. Kepala desa melakukan intervensi lebih jauh dalam penyelenggaraan program, seperti dalam penentuan KUBE, pendamping dan jenis bantuan.
3. Sebagian besar KUBE tidak memenuhi kualifikasi, dimana KUBE penerima bantuan pengembangan sudah tidak memiliki aset dari usaha sebelumnya, atau sudah tidak produktif dan prospektif pendamping belum melaksanakan tugasnya dengan baik, karena kompetensinya masih relatif rendah, kesibukan dengan tugas-tugas sehari-hari dan tugas-tugas kedinasan.
4. Bantuan bersifat hibah murni kepada warga dampingan sosial tersebut menumbuhkan sikap mental warga dampingan sosial yang cenderung menggunakan habis bantuan yang diterima karena merasa sudah menjadi miliknya.
5. Pada umumnya aset maupun modal usaha yang dimiliki KUBE belum bertambah. Iuran Kesetiakawanan Sosial (IKS) dan kas kelompok belum dilaksanakan.
6. Monitoring dan evaluasi belum dilaksanakan dengan sungguh-sungguh. Instansi sosial di daerah belum menganggap penting kegiatan ini dalam siklus perencanaan program.

1. IDENTIFIKASI ISU-ISU STRATEGIS SEKTOR SOSIAL

a) **KEMISKINAN**

Sampai dengan Bulan Maret 2012, di seluruh Daerah Istimewa Yogyakarta terdapat 132.238 rumah tangga sangat miskin (RTSM), 114.452 rumah

tangga miskin dan 114.391 rumah tangga hampir miskin. Jumlah keseluruhan warga miskin sebesar 361.081. Yogyakarta masih menempati urutan ke 10 dari Propinsi lain di Indonesia yang masih mengalami problem kemiskinan. Tingkat kemiskinan di DIY juga lebih tinggi dari tingkat kemiskinan nasional. Tabel 2 berikut ini menggambarkan jumlah perkembangan penduduk miskin di DIY dari tahun ke tahun.

Tabel II-15 Jumlah Penduduk Miskin dan Garis Kemiskinan Tahun 2009 – 2012

Tahun	Garis Kemiskinan (Rp/Kapita/Bln)	Penduduk Miskin (ribu orang)	Persentase Penduduk Miskin
Maret 2009	220.830	574,92	16,86
Maret 2010	234.282	540,40	15,63
Sept 2011	257.909	564,30	16,14
Maret 2012	260.173	565,32	16,05
Sept 2012	270.110	562,11	15,88

Sumber : BPS DIY, dikutip dari RPJMD DIY 2012-2017

Kemiskinan di DIY sangat erat kaitannya dengan masalah ketenagakerjaan, yaitu terbatasnya lapangan kerja, rendahnya produktifitas dan tingginya tingkat pengangguran. Pada tahun 2012 jumlah penganggur di DIY sebesar 77.150 orang atau sekitar 3,97 %. Angka yang lebih besar adalah setengah penganggur terpaksa yang berjumlah 144.874 orang dan penduduk yang bekerja pada sektor-sektor informal sebanyak 56, 56 %. Jadi meskipun kelihatannya bekerja, namun tidak memperoleh pendapatan yang memadai karena produktifitas rendah dan bekerja pada sektor informal. Proporsi penduduk yang bekerja pada sektor pertanian menunjukkan angka yang tertinggi, yaitu sebesar 27 %, sementara sektor ini hanya memberi kontribusi sebesar 7, 38 % dari total produktivitas daerah (Materi Presentasi Musrenbang, disnakertran DIY, 2013).

Alih fungsi lahan di Yogyakarta sangat pesat khususnya untuk kepentingan pemukiman (perumahan). Seiring dengan tekanan perkembangan jumlah penduduk, tanah pertanian juga semakin terfragmentasi, sehingga tidak bisa digunakan untuk tujuan agroindustri, hanya cukup untuk memenuhi kebutuhan keluarga, bahkan banyak rumah tangga sangat miskin yang masih harus membeli beras, utamanya ketika musim paceklik.

Kemiskinan di DIY bukan termasuk kategori kemiskinan ekstrim dalam bentuk kelaparan dan kekurangan pangan. Namun konsumsi energi belum memenuhi standar yaitu sebesar 1.915,43 kkal/kap/hari sedangkan standar nasional sebesar 2.200 kkal/kapita/hari.

Penduduk pada wilayah miskin, khususnya di wilayah perbukitan/pegunungan juga menghadapi permasalahan dengan sumber air bersih yang digunakan untuk kebutuhan dasar, sanitasi juga tidak memadai, rumah tidak layak dihuni dan tidak tahan terhadap resiko bencana. Secara total, ratio elektrifikasi pada tahun 2012 tercapai 76,80%, meningkat sebesar 0,59% dari tahun 2011. Artinya masih ada sejumlah penduduk DIY yang belum terjangkau pelayanan listrik, sebagai kebutuhan utama yang mendukung kelangsungan hidup keluarga dan penyangga kehidupan ekonomi masyarakat.

Populasi keluarga bermasalah psikologis dari tahun ke tahun mengalami peningkatan, meskipun pada tahun 2012 sedikit mengalami penurunan menjadi kurang lebih 3356 keluarga. Dengan memperhatikan populasi selama 4 tahun terakhir, diproyeksikan dalam 5 tahun ke depan (2017), gambaran populasinya adalah sebagai berikut :

Tabel II-16 Populasi Keluarga Bermasalah Sosial Psikologis

Populasi Tahun 2009 - 2012		Proyeksi Tahun 2013 - 2017	
Tahun	Jumlah	Tahun	Jumlah
2009	3.368	2013	3422
2010	3.433	2014	3417
2011	3.476	2015	3399
2012	3.356	2016	3413
		2017	3409

Sumber : Dinas Sosial DIY

Keluarga bermasalah sosial psikologis dapat menjadi pemicu munculnya berbagai masalah sosial lainnya yang membahayakan bagi keluarga itu sendiri maupun masyarakat. Ketegangan yang terus mendera menjadikan depresi berat bahkan berujung pada percobaan bunuh diri. Di Gunungkidul, kasus bunuh diri cukup sering terjadi. Masih banyak kasus depresi lain yang menjadikan gangguan jiwa ringan maupun berat yang akhirnya justru mengganggu fungsi keluarga. Disfungsi dalam keluarga juga memicu kriminalitas, mulai dari mabuk, perjudian, kekerasan, pencurian, kenakalan remaja, dan tindakan melawan hukum lainnya.

Selain keluarga bermasalah psikologis, kemiskinan memiliki relasi sebab akibat dengan persoalan perempuan rawan sosial ekonomi. Di dalam rumah tangga sangat miskin, perempuan adalah anggota keluarga yang termiskin. Perempuan mengalami berbagai bentuk diskriminasi, sebagai pihak yang harus mengalah, karena budaya patriarki yang lebih menempatkan laki-laki sebagai orang pertama dan memperoleh prioritas. Dalam situasi demikian kaum perempuan menjadi sangat rentan terhadap tindakan pengabaian, perlakuan salah dan berbagai bentuk kekerasan maupun eksploitasi. Tabel 4 di bawah ini menunjukkan jumlah perempuan rawan sosial ekonomi dan kecenderungan perkembangannya pada waktu yang akan datang.

Tabel II-17 Populasi Perempuan Rawan Sosial Ekonomi

Populasi tahun 2009 -2012		Proyeksi Tahun 2013 – 2017	
Tahun	Jumlah	Tahun	Jumlah
2009	12.499	2013	12.522
2010	13.607	2014	12.160
2011	11.623	2015	12.340
2012	12.337	2016	12.341
		2017	12.280

Sumber : Dinas Sosial DIY

b) KETERLANTARAN

Keterlantaran dialami oleh anak-anak dan lanjut usia. Mereka adalah dua populasi yang membutuhkan perlindungan karena posisinya yang rentan dibanding kelompok umur yang lain. Oleh karena kondisi dan posisinya yang lemah dibanding orang dewasa, mereka seringkali diabaikan atau malah mendapat perlakuan salah dan kekerasan.

(1) Anak Balita Terlantar

Jumlah balita terlantar di DIY pada tahun 2012 ini sebesar 2.569 anak. Dari data yang ada di Dinas Sosial DIY menunjukkan bahwa jumlah balita terlantar tertinggi berada di wilayah Kulonprogo. Kriteria dari balita terlantar antara lain:

- 1) Anak yang berasal dari keluarga sangat miskin/miskin.
- 2) Anak yang kehilangan hak asuh dari orangtua/keluarga
- 3) Anak yang mengalami perlakuan salah dan di terlantarkan oleh orangtua/keluarga
- 4) Anak yang dieksploitasi secara ekonomi seperti anak balita yang disalahgunakan orang tua menjadi pengemis di jalanan.
- 5) Anak yang menderita gizi buruk atau kurang.

Selain kriteria yang telah disebutkan diatas, salah satu penyebab adanya balita terlantar adalah kehamilan diluar nikah atau tidak dikehendaki. Hal tersebut nampak dengan peningkatan jumlah bayi yang diserahkan ke pemerintah karena ditolak keberadaannya oleh keluarga maupun ketidakmampuan pengasuhan keluarga. Tabel 5 berikut menggambarkan perkembangan jumlah anak balita terlantar serta proyeksinya 5 tahun mendatang.

Tabel II-18 Jumlah Anak Balita Terlantar di DIY Tahun 2009 – 2012 & Proyeksi Tahun 2013 – 2017

Tahun 2009 -2012		Proyeksi Tahun 2013 - 2017	
Tahun	Jumlah	Tahun	Jumlah
2009	5.731	2013	3.255
2010	4.353	2014	2.889
2011	2.842	2015	2.904
2012	2.569	2016	3.015
		2017	2.936

Sumber : Dinas Sosial DIY

(2) Anak Yang Berhadapan Dengan Hukum (ABH)

Kasus yang terjadi di masyarakat akhir-akhir ini, terjadi kecenderungan peningkatan kasus ABH. Banyak pencurian, kekerasan fisik, pelecehan seksual, penggelapan dan penipuan, perkelahian yang melibatkan anak sebagai pelaku maupun korban. Banyak faktor penyebab anak menjadi pelaku penyimpangan hukum antara lain :

- a) Penyalahgunaan minuman ber-alkohol dan NAPZA
- b) Kesalahan dalam pengasuhan.
- c) Pengaruh dalam pergaulan anak.
- d) Ketidakharmonisan keluarga.
- e) Akses internet yang terlalu bebas (pornografi maupun *game online*).

Pada tahun 2012 ada kurang lebih 302 anak yang berkonflik dengan hukum (ABH). Angka ini diperoleh dari pendataan dan laporan kasus dari masyarakat dan kepolisian. Diduga masih banyak kasus ABH lain yang belum dilaporkan kepada penegak hukum, namun nyata terjadi dalam masyarakat.

(3) Anak Yang Membutuhkan Perlindungan Khusus (AMPK)

Permasalahan anak korban tindak kekerasan (KTK) akhir-akhir ini marak diberitakan di berbagai media. Peningkatan jumlah anak korban tindak kekerasan fisik, psikis, seksual, eksploitasi ekonomi dan seksual, anak korban NAPZA, korban bencana, ADHA serta trafficking terjadi di wilayah DIY. Peningkatan jumlah AMPK di DIY banyak diakibatkan oleh berbagai faktor:

- 1) Kemiskinan
- 2) Orangtua yang tidak memahami tentang pengasuhan secara tepat.
- 3) Kesadaran orangtua yang kurang terhadap hak-hak anak untuk tumbuh kembang sebagai akibat dari rendahnya pendidikan orang tua.

Kenyataan yang kita jumpai di dalam masyarakat masih banyak anak-anak yang hidup dalam kondisi yang tidak menguntungkan atau teraniaya, yang menjadi sasaran dari tindak kekerasan yang dilakukan oleh orang yang lebih dewasa. Berdasarkan kasus yang ditangani oleh Dinas Sosial DIY akhir-akhir ini, menunjukkan pelaku tindak kekerasan terhadap anak ada kecenderungan dilakukan oleh orang-orang terdekat anak. Tindak kekerasan yang diterima anak baik secara fisik, psikis maupun seksual akan memberikan dampak negatif terhadap tumbuh kembang anak baik secara fisik, psikis dan sosial. Secara psikologis, anak korban tindak kekerasan akan mengalami trauma dan gangguan emosional yang pada akhirnya akan menghambat dalam tugas-tugas perkembangan anak. Bahkan tidak sedikit anak korban tindak kekerasan tidak terpenuhi hak-hak dasarnya.

(4) Anak Jalanan

Data di DIY menunjukkan bahwa anak yang hidup di jalanan di wilayah DIY sebanyak 497 anak. Sedangkan berdasarkan penjangkauan yang telah dilakukan tim perlindungan anak selama bulan Oktober hingga Desember 2012 diketahui bahwa anak yang hidup di jalan di beberapa titik konsentrasi anjal di DIY sebanyak 189. Dari data tersebut diketahui bahwa anak tidak hanya berasal dari wilayah DIY saja akan tetapi juga di luar DIY. Data selengkapnya mengenai jumlah anak jalanan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel II-19 Jumlah Anak Jalanan di DIY Tahun 2009 – 2012
& Proyeksi Tahun 2013 – 2017

Tahun 2009 -2012		Proyeksi Tahun 2013 - 2017	
Tahun	Jumlah	Tahun	Jumlah
2009	1.200	2013	506
2010	710	2014	438
2011	312	2015	481
2012	497	2016	475
		2017	465

Sumber : Dinas Sosial DIY

Salah satu yang menjadi permasalahan adalah keberadaan anak jalanan. Banyak faktor yang mengakibatkan mereka akhirnya turun kejalan, faktor keluarga, eksplotasi ekonomi oleh pihak-pihak tertentu, dan sebagainya. Kondisi-kondisi tersebut mengakibatkan anak-anak yang hidup di jalan terhambat dalam mengakses kebutuhan dasarnya. Sehingga pada akhirnya akan menghambat pula dalam tugas perkembangan dan pertumbuhan anak.

(5) Anak Terlantar

Anak terlantar meliputi anak yang mengalami perlakuan salah dan diterlantarkan oleh orangtua/keluarga atau anak kehilangan hak asuh dari orangtua/keluarga. Anak terlantar di DIY merupakan PMKS anak yang tertinggi dibandingkan PMKS anak yang lain. Jumlah PMKS anak terlantar sebanyak 28.165 anak termasuk didalamnya anak putus sekolah terlantar. Perkembangan populasi anak terlantar dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Tabel II-20 Jumlah Anak Terlantar di DIY Tahun 2009 – 2012 & Proyeksi Tahun 2013 - 2017

Tahun 2009 -2012		Proyeksi Tahun 2013 - 2017	
Tahun	Jumlah	Tahun	Jumlah
2009	36.468	2013	28.185
2010	32.728	2014	28.175
2011	28.204	2015	28.180
2012	28.165	2016	28.177
		2017	28.178

Sumber : Dinas Sosial DIY

(6) Anak dengan Disabilitas (ADK)

Anak dengan disabilitas merupakan salah satu jenis PMKS anak. Jumlah anak dengan disabilitas di DIY pada tahun 2012 sebesar 3.910 anak. Kondisi yang ada saat ini, di masyarakat masih ada stigma bahwa anak dengan disabilitas merupakan aib keluarga. Hal tersebut mengakibatkan anak disembunyikan dan kurang dapat mengakses kebutuhan dan hak-hak dasarnya. Bahkan tidak jarang anak dengan disabilitas tidak dapat mengakses hak pendidikan. Banyak masyarakat terutama dengan kondisi miskin yang kurang menyadari bahwa anak dengan disabilitas membutuhkan pendidikan inklusi. Hak bermain dengan lingkungan sekitarnya pun akhirnya terbatas. Berkaitan dengan kesehatan, banyak keluarga anak dengan disabilitas yang kurang sadar akan akses kesehatan anak seperti terapi dan lain sebagainya. Begitu juga dengan cara pengasuhan yang tepat bagi anak dengan disabilitas masih nampak kurang disadari oleh masyarakat.

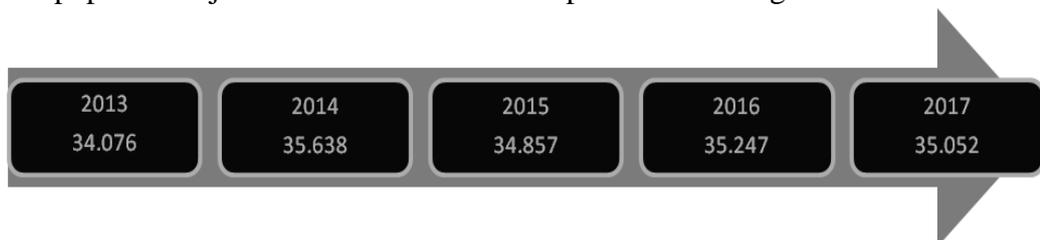
(7) Lanjut Usia Terlantar (LUT)

Menurut catatan BPS, Usia harapan hidup di DIY adalah 72, 25 tahun untuk laki-laki dan 76, 31 tahun bagi perempuan. Angka ini adalah angka tertinggi di seluruh Indonesia. Seiring dengan peningkatan kualitas

layanan kesehatan diperkirakan usia harapan hidup akan meningkat. Faktor budaya menjadi dimensi yang signifikan untuk menjelaskan mengapa warga Yogyakarta memiliki usia harapan hidup yang lebih panjang.

Yogyakarta akan menghadapi struktur penduduk tua (*aging community*), populasi lanjut usia akan semakin meningkat. Berdasarkan hasil sensus penduduk tahun 2010, jumlah penduduk lanjut usia di Propinsi DIY sebanyak 448.223 orang atau 12, 96 % dari total populasi penduduk. Jumlah tersebut terdiri dari laki-laki sebanyak 198.439 orang, dan perempuan sebanyak 249.784 orang. Jadi penduduk lanjut usia perempuan lebih banyak dari pada laki-laki. Dari jumlah populasi lanjut usia tersebut, yang tergolong lanjut usia muda (60-69 tahun) adalah sebesar 230.497, lanjut usia menengah (70-79 tahun) sebanyak 155.740 orang dan lanjut usia tua (80 tahun ke atas) sebanyak 61.986 orang. Kelompok pra lanjut usia (45-54 tahun) sebanyak 441.625 dan kelompok umur 55 – 59 tahun sebanyak 159.137 orang.

Pelayanan kesejahteraan sosial lanjut usia selama ini diarahkan pada lanjut usia terlantar, yaitu penduduk yang sudah berusia 60 tahun ke atas dan hidupnya terlantar karena tidak terpenuhi kebutuhan dasarnya seperti sandang, pangan dan papan serta kebutuhan psiko sosialnya. Populasi lanjut usia terlantar pada tahun 2012 tercatat sebanyak 37.199. proyeksi populasi lanjut usia untuk 5 tahun ke depan adalah sebagai berikut :



Gambar II-10 Proyeksi Populasi Lanjut Usia Tahun 2013 -2015

c) **KECACATAN/ DISABILITAS**

Persoalan kecacatan atau disabilitas juga menjadi isu penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesejahteraan sosial. Populasi penyandang disabilitas di DIY kurang lebih sebesar 29.543 jiwa. Angka ini belum

termasuk penyandang disabilitas yang belum teridentifikasi karena sikap keluarga yang menutupi keberadaan anggota keluarganya yang cacat. Tabel berikut memuat data populasi penyandang disabilitas dan proyeksinya pada 5 tahun yang akan datang.

Tabel II-21 Jumlah Penyandang Disabilitas di DIY Tahun 2009 – 2012 & Proyeksi Tahun 2013 – 2017

Tahun 2009 - 2012		Proyeksi Tahun 2013 - 2017	
Tahun	Jumlah	Tahun	Jumlah
2009	36.281	2013	33.890
2010	36.863	2014	32.899
2011	35.264	2015	32.111
2012	29.543	2016	32.966
		2017	32.658

Sumber : Dinas Sosial DIY

Penyandang disabilitas masih mengalami berbagai hambatan fisik dan sosial. Stigma, diskriminasi, kekerasan dialami baik di lingkungan keluarga, masyarakat bahkan di ranah publik. Lingkungan yang aksesibel belum tersedia.

Kondisi kehidupan para penyandang disabilitas juga masih memprihatinkan. Mayoritas masih berada dalam keluarga yang belum terpenuhi kebutuhan hidupnya. Kemiskinan dan kecacatan memang menjadi dua masalah yang sulit untuk dipisahkan. Ibu dari keluarga miskin, misalnya dalam beberapa kasus tidak tercukupi kebutuhan gizinya selama hamil, dan sesudah melahirkan-pun anak-anaknya juga mengalami gizi kurang sehingga bisa mengakibatkan anak menjadi cacat. Dalam perkembangannya, kecacatan itu sendiri juga akan mengakibatkan kemiskinan. Penyandang disabilitas banyak menghadapi hambatan, pembatasan dalam banyak bentuk sehingga sulit mengakses pendidikan

yang memadai serta pekerjaan yang layak. Sampai dengan tahun 2004 anak berkebutuhan khusus yang mengikuti pendidikan mencapai 63,24 % (RPJP DIY, 2005-2025). Mereka sulit mendapatkan pekerjaan sebagai sumber mata pencaharian, sehingga banyak kebutuhan hidupnya belum tercukupi, bahkan harus bergantung pada orang lain. Di Propinsi DIY saat ini masih terdapat banyak keluarga yang termasuk ke dalam rumah tangga miskin dan masih ada pula kasus-kasus gizi kurang yang di derita anak-anak.

Terbatasnya pendidikan, ketrampilan dan keahlian yang dimiliki penyandang disabilitas pada akhirnya dijadikan alasan oleh banyak lembaga dan dunia usaha untuk menolak mereka ketika akan mencari kerja. Kemampuan dan prestasi mereka diragukan. Akibat lebih lanjut adalah banyak penyandang disabilitas yang belum memperoleh pekerjaan yang permanen dan dapat dijadikan sumber bagi kemandirian dan kehidupannya.

Pemerintah pada saat ini mempunyai komitmen yang kuat untuk menyediakan layanan jaminan kesehatan, baik melalui skema jamkesmas, jamkesos maupun jamkesda. Namun tidak mudah bagi penyandang disabilitas untuk mendapatkan dan menggunakan fasilitas tersebut. Bahkan informasi tentang adanya jaminan kesehatan tersebut belum tentu banyak dipahami oleh keluarga penyandang disabilitas. Bagi penyandang disabilitas yang sudah mempunyai kartu, juga masih menghadapi persoalan dengan mobilitas ke unit pelayanan kesehatan seperti puskesmas. Para penderita paraplegi di Bantul misalnya tidak bisa secara teratur periksa ke puskesmas karena kesulitan mobilitas. Ada banyak penderita paraplegi mengalami luka decubitus, bahkan ada kasus sampai meninggal dunia karena infeksi yang tidak terobati.

Potret kehidupan penyandang disabilitas seperti inilah yang terjadi di Yogyakarta, di tengah pandangan bahwa Yogyakarta adalah tanah yang menjanjikan untuk kedamaian dan kesejahteraan, tempat yang nyaman untuk hidup sampai usia senja. Kondisi inilah yang menjadi alasan utama

kenapa harus ada Peraturan Daerah yang dapat dijadikan dasar hukum untuk meningkatkan kualitas hidup para penyandang disabilitas.

d) KE-TUNA-AN SOSIAL

Permasalahan Ketunaan Sosial terdiri dari penyandang masalah kesejahteraan sosial (PMKS) : gelandangan pengemis, tuna susila, korban penyalahgunaan NAPZA, bekas warga binaan Lembaga Pemasyarakatan, Kelompok Minoritas Waria serta pengidap HIV/AIDS.

(1) Gelandangan Pengemis

Yogyakarta sebagai pusat pendidikan, pusat kebudayaan dan daerah tujuan wisata ternyata juga mempunyai daya tarik bagi warga masyarakat untuk mencari peluang hidup di kota Yogyakarta. Masyarakat kurang mampu dari wilayah pedesaan baik yang masih berada di dalam wilayah Daerah istimewa Yogyakarta atau dari Propinsi lain berdatangan ke Yogyakarta. Sejumlah tukang becak, pemulung, pengamen, buruh gendong mencoba mempertahankan hidup dengan mencari penghasilan di Kota Yogyakarta. Namun banyak diantaranya yang hidupnya tetap miskin bahkan menjadi gelandangan dan atau pengemis bergabung dengan komunitas jalanan lainnya.

Mengemis dengan cara mengamen, tidak saja dilakukan oleh anak-anak, orang dewasa tetapi juga komunitas waria. Komunitas ini mobilitasnya juga sangat tinggi, namun tempat yang seringkali dijadikan lokasi mengamen adalah di Perempatan Maguwoharjo serta perempatan Proliman Prambanan. Kadangkala komunitas ini juga mengamen dari rumah ke rumah atau di sepanjang pertokoan dan pasar.

Komunitas pengamen lain yang ada di DIY adalah anak-anak dan remaja '*punk*'. Dengan semua atribut yang melekat di tubuhnya mereka juga mengamen di jalan-jalan dan juga di angkutan umum.

Demikian pula tarif bis kota dan bis antar kota/antar propinsi kelas ekonomi juga cukup murah dan terjangkau. Mobilitas yang tinggi menjadi kendala dalam melakukan pendataan populasi gelandangan pengemis di Daerah Istimewa Yogyakarta. Namun demikian Dinas Sosial DIY telah

menerima dan merekapitulasi hasil pendataan dari Petugas Pendata di masyarakat yang dikoordinasikan oleh Dinas Sosial Kabupaten/Kota, yang hasilnya disajikan dalam tabel-tabel di bawah ini.

Tabel II-22 Jumlah Gelandangan di DIY Tahun 2009 – 2012 & Proyeksi Tahun 2013 – 2017

Tahun 2009 - 2012		Proyeksi Tahun 2013 - 2017	
Tahun	Jumlah	Tahun	Jumlah
2009	800	2013	183
2010	218	2014	171
2011	169	2015	172
2012	161	2016	175
		2017	173

Sumber : Dinas Sosial DIY

Tabel II-23 Jumlah Pengemis di DIY Tahun 2009 – 2012 & Proyeksi Tahun 2013 – 2017

Tahun 2009 - 2012		Proyeksi Tahun 2013 - 2017	
Tahun	Jumlah	Tahun	Jumlah
2009	448	2013	235
2010	297	2014	214
2011	208	2015	216
2012	199	2016	224
		2017	217

Sumber : Dinas Sosial DIY

Jumlah populasi gelandangan dan atau pengemis memang lebih terpusat di wilayah-wilayah perkotaan dan wilayah pinggiran. Bahkan sejumlah

pengemis mempunyai pola komuter atau 'nglajo', berangkat di pagi hari dan pulang pada sore harinya.

Sejumlah pengemis yang sudah menjalani kehidupannya selama belasan tahun sudah mampu menyewa rumah kost murah. Tarifnya Rp. 100.000,- sampai dengan Rp. 175.000,- per bulan. Mereka menyewa sendirian atau bersamaan dengan teman sesama pengemis, pemulung atau komunitas jalanan lainnya, sehingga biaya kost bisa lebih murah. Namun banyak pula yang malam hari tidur di emperan masjid atau tempat umum lainnya.

(2) *Tuna Susila*

Yogyakarta, dalam sejarahnya, meskipun bukan kota metropolitan juga menghadapi persoalan yang terkait dengan tindak tuna susila. Setidaknya terdapat dua lokasi yang populer di kalangan masyarakat Yogyakarta dan sekitarnya, yaitu kawasan Pasar Kembang dan Sanggrahan (SG). Sanggrahan adalah lokalisasi resmi, meskipun secara formal pemerintah kota menyebutnya sebagai Resosialisasi (Resos). Pendirian Resos Mrican Sanggrahan Giwangan Umbulharjo tersebut secara resmi tertuang dalam Surat Keputusan Walikotamadya Yogyakarta Nomor 166/KD/1974 tentang Penunjukkan Tempat Untuk Proyek Resosialisasi Wanita Tuna Susila Kotamadya Yogyakarta. Setelah beroperasi selama kurang lebih 23 tahun, pada akhir tahun 1997 resosialisasi tersebut dinyatakan ditutup melalui Surat Keputusan Walikotamadya Yogyakarta Nomor 408/KD/Tahun 1997. Pada saat akan ditutup resosialisasi tersebut tercatat dihuni oleh 87 orang WTS. Pertimbangan utama yang dijadikan argumentasi untuk menutup Resos adalah karena di lingkungan sekitar kompleks tersebut telah berkembang menjadi tempat hunian penduduk, sehingga tidak mungkin lagi digunakan sebagai lokasi untuk pembinaan WTS. Beberapa tahun kemudian lokasi tersebut dibangun Terminal Bis Giwangan.

Meskipun bukan lokalisasi resmi, Pasar Kembang sudah sangat dikenal luas dan ramai dikunjungi orang, khususnya pada malam hari. Pasar Kembang sebenarnya merupakan kawasan hunian biasa, yang ditempati oleh penduduk warga kota Yogyakarta, namun di dalam wilayah tersebut

terdapat penginapan, rumah kost yang dapat disewa oleh perempuan-perempuan yang dapat digunakan untuk menerima tamu dan menawarkan jasa pelayanan seksual. Menurut tokoh masyarakat setempat, Pasar Kembang sebagai tempat praktek pelacuran telah ada sejak masa penjajahan Belanda. Karena letaknya yang strategis di sebelah selatan stasiun Tugu Yogyakarta dan berdekatan dengan pusat Kota Yogyakarta, maka lokasi ini semakin ramai dikunjungi orang dari berbagai daerah. Semula para perempuan penghibur berada di jalan Pasar Kembang ketika mencari tamu, namun semakin lama dan semakin banyak populasinya maka kemudian masuk ke Kampung Sosrowijayan Kulon (*Supartini, Studi Evaluasi Terhadap Program Pemberdayaan Pekerja Seks di Sosrowijayan Kulon Yogyakarta, 1999*).

Oleh karena bukan merupakan lokalisasi resmi, maka di Pasar Kembang tidak dikenal germo atau mucikari. Yang ada hanyalah pemilik kost atau penginapan. Namun bukan berarti pula tidak ada pengorganisasian atas beroperasinya kompleks. Di wilayah tersebut terdapat koordinator atau penanggung jawab yang bertanggung jawab terhadap keamanan para penghuninya. Penanggung jawab harus menjamin keamanan kompleks tetap terjaga, tidak ada keributan, tindak kriminal dan kejahatan lainnya seperti peredaran minuman keras dan narkoba. Selain itu juga menertibkan para ‘penghuni’ supaya tidak melakukan aksi secara mencolok di jalan. Penghuni juga dilarang menerima tamu anak-anak atau remaja usia sekolah. Setiap anak kost (sebutan untuk WTS) harus menandatangani peraturan tata tertib kampung dan harus tunduk pada peraturan tersebut, dan jika melanggar maka akan dikeluarkan dari kompleks.

Selain Pasar Kembang, di sudut-sudut lain Kota Yogyakarta juga terdapat sejumlah wilayah yang menjadi tempat praktek pelacuran. Di Kampung Badran dan Jlagran Kecamatan Jetis terdapat sedikitnya 110 orang, di Jalan Magelang, Purwisata dan alun-alun Utara juga terdapat sedikitnya 50 orang. Di bekas Resosialisasi Giwangan juga masih beroperasi sedikitnya 50 orang Wanita Tuna Susila (*Seksi Rehabilitasi Tuna Sosial, Dinas Sosial Pemerintah Daerah DIY, 2012*). Selain Kota Yogyakarta, kawasan pantai selatan Kabupaten Bantul juga menjadi wilayah yang

dijadikan tempat praktek prostitusi. Pada tahun 1970-an wilayah Pantai Samas di Kecamatan Sanden menjadi lokasi yang populer sebagai lokasi wisata seksual. Setelah Pantai Parangtritis dan Parangkusumo di Kecamatan Kretek berkembang lebih pesat, maka kawasan tersebut juga mulai dihuni oleh para perempuan yang menawarkan jasa seksual. Namun setelah pemerintah Kabupaten Bantul menetapkan Perda yang melarang praktek pelacuran, maka di kedua lokasi tersebut mulai sering diadakan operasi razia sehingga banyak penghuni yang sudah pergi, meskipun masih ada beberapa yang bertahan mencari celah waktu selagi tidak ada razia meskipun dengan resiko tinggi terjaring razia. Sebagian yang lainnya lagi minggir ke wilayah-wilayah yang dinilai lebih aman. Hasil pendataan dan perhitungan proyeksi yang telah dilakukan Dinas Sosial menunjukkan data seperti yang tertera pada tabel berikut:

Tabel II-24 Jumlah Wanita Tuna Susila di DIY Tahun 2009 – 2012 & Proyeksi Tahun 2013 - 2017

Tahun 2009 - 2012		Proyeksi Tahun 2013 - 2017	
Tahun	Jumlah	Tahun	Jumlah
2009	876	2013	188
2010	224	2014	176
2011	174	2015	177
2012	166	2016	180
		2017	178

Sumber : Dinas Sosial DIY

Data yang valid mengenai populasi wanita tuna susila memang sulit untuk dikumpulkan, karena mereka menjadi salah satu bagian dari *hidden population*, yang sulit diidentifikasi meskipun secara faktual mereka ada. Hal ini disebabkan karena tidak mudah membuktikan seseorang

perempuan sebagai WTS. Banyak WTS yang mempunyai aktivitas lain seperti tukang pijat, atau bekerja di tempat hiburan, tempat wisata, atau bahkan mereka hanya mengaku sebagai anak kost. Sangat sulit melakukan pendataan secara resmi dan formal seperti yang dilakukan petugas sensus. Data biasanya dikumpulkan dengan teknik outreach yang membutuhkan waktu yang cukup lama. Data yang disampaikan di atas adalah data yang dilaporkan oleh para petugas outreach dari berbagai LSM yang melakukan pendampingan terhadap para WTS di Yogyakarta. Pengumpulan data akan lebih sulit lagi jika sasarannya adalah para pelacur *high class* yang beroperasi di hotel dan di sarana hiburan lainnya. Dengan demikian data yang disampaikan adalah data WTS yang tercatat, dan bukan menunjukkan data populasi yang sebenarnya.

(3) *Bekas Warga Binaan Lembaga Pemasyarakatan (BWBLP)*

Bekas Warga Binaan Lembaga Pemasyarakatan merupakan salah satu penyandang Masalah Kesejahteraan sosial. Sebagai salah satu PMKS mereka mengalami kesulitan dalam melaksanakan fungsi sosial. Setelah keluar dari Lembaga Pemasyarakatan, mereka harus beradaptasi dengan kehidupan sosial. Namun seringkali masyarakat bahkan keluarga belum mau menerima kehadirannya kembali hidup bersama dalam masyarakat. Selain itu mereka juga sulit untuk mendapatkan kembali pekerjaan untuk menjamin kelangsungan hidupnya. Sulitnya menghadapi hambatan sosial dan semakin terbatasnya akses untuk memulai lagi kehidupan di dalam masyarakat dapat memicu residivis. Seorang pelaku kejahatan dapat berkali-kali menjadi narapidana.

Di DIY Bekas narapidana yang mengalami masalah sosial dari tahun ke tahun jumlahnya fluktuatif. Kasus pidana yang dilakukan juga bervariasi mulai dari pencurian, penipuan, perjudian, penjambretan maupun tindakan kekerasan. Tabel berikut menggambarkan jumlah BWBLP dan proyeksinya 5 tahun ke depan.

Tabel II-25 Jumlah Bekas Warga Binaan Lembaga Pemasyarakatan di DIY Tahun 2009 – 2012 & Proyeksi Tahun 2013 – 2017

Tahun 2009 - 2012		Proyeksi Tahun 2013 - 2017	
Tahun	Jumlah	Tahun	Jumlah
2009	2.757	2013	3.845
2010	4.556	2014	3.608
2011	3.322	2015	3.704
2012	3.658	2016	3.719
		2017	3.677

Sumber : Dinas Sosial DIY

Jangkauan pelayanan dan rehabilitasi yang telah dilakukan masih sangat terbatas. Pada setiap tahun program rehabilitasi sosial hanya menjangkau kurang dari 100 orang BWBLP. Data awal yang tersedia sudah dikirim oleh Balai Pemasyarakatan, namun masih sulit mendorong mereka untuk masuk dalam program rehabilitasi sosial.

BWBLP yang sudah mengikuti rehabilitasi sosial menunjukkan perkembangan yang membutuhkan dukungan yang lebih komprehensif. Secara bertahap keluarga sudah mulai menerima kembali dan memberi dukungan, namun masih sulit untuk mengembalikan kepercayaan masyarakat.

(4) Korban Penyalahgunaan NAPZA

Daerah Istimewa Yogyakarta sebagai pusat kota pendidikan dan daerah tujuan wisata memiliki tingkat mobilitas penduduk yang cukup tinggi. Warga masyarakat lebih heterogen dengan budaya yang dibawa oleh berbagai macam kelompok masyarakat. peringkat kelima prevalensi penyalahgunaan NAPZA. Pengguna NAPZA tidak lagi terbatas pada mahasiswa tetapi juga sudah merambah di kalangan pelajar, dan bukan

hanya pelajar tingkat SMU tetapi sudah menjalar ke siswa SMP. Remaja juga tidak lagi hanya sebagai pengguna, tetapi sudah ada yang menjadi kurir atau pengedar narkoba.

Menurut catatan BNNP Daerah Istimewa Yogyakarta, jumlah penduduk rentan penyalahgunaan narkoba pada tahun 2008 diperkirakan sejumlah 2.537.100 orang dan ditemukan prevalensi pengguna sebanyak 2,72% yaitu 68.980 orang. Hal ini diperkuat hasil penelitian tahun 2009 yang mengkhususkan pada pelajar Di Daerah Istimewa Yogyakarta ditemukan yang seumur hidup memakai narkoba sejumlah 6,2%; setahun terakhir pernah pakai 4,1%; dan sebulan terakhir pernah pakai narkoba 3%. Pada penelitian tahun 2011 diperkirakan prevalensi pengguna narkoba di DIY mencapai 2,8%.

Daerah Istimewa Yogyakarta memang memiliki potensi peningkatan kasus penyalahgunaan narkoba yang cukup tinggi. Sindikat perdagangan narkoba di dunia selalu berupaya membidik para pengguna pemula yang lebih muda sehingga para pelajar dan mahasiswa sangat rawan terhadap pengaruh para pengedar yang selalu berjuang keras mempengaruhi para remaja. Tabel berikut ini menunjukkan perkembangan jumlah korban penyalahgunaan NAPZA.

Tabel II-26 Jumlah Korban Penyalahgunaan NAPZA di DIY Tahun 2009 – 2012 & Proyeksi Tahun 2013 – 2017

Tahun 2009 - 2012		Proyeksi Tahun 2013 - 2017	
Tahun	Jumlah	Tahun	Jumlah
2009	2.161	2013	1.804
2010	2.068	2014	1.716
2011	1.718	2015	1.716
2012	1.627	2016	1.746
		2017	1.726

Sumber : Dinas Sosial DIY

(5) Orang dengan HIV/AIDS

Penyebaran virus HIV menjadi salah satu masalah yang terjadi di wilayah Yogyakarta. HIV/AIDS tidak lagi dipandang semata-mata sebagai persoalan kesehatan, namun menjadi masalah sosial yang saling bertautan dengan masalah sosial lainnya. Penularan HIV sebagian besar melalui relasi hetero seksual dan jarum suntik di antara para penasun (pengguna jarum suntik para pengguna narkoba). Penularan HIV di kalangan populasi kunci memiliki potensi penyebaran yang lebih tinggi. Hal ini diperparah oleh masih rendahnya praktek relasi seksual yang aman dengan menggunakan kondom. Selain itu di kalangan ODHA sendiri yang sudah mulai melakukan therapy ARV banyak yang mengalami putus obat dan tidak diketahui keberadaannya. Tabel 14 menunjukkan jumlah ODHA dan proyeksinya di tahun-tahun yang akan datang.

Tabel II-27 Jumlah Orang dengan HIV/AIDS di DIY Tahun 2009 – 2012 & Proyeksi Tahun 2013 – 2017

Tahun 2009 - 2012		Proyeksi Tahun 2013 - 2017	
Tahun	Jumlah	Tahun	Jumlah
2009	646	2013	1.040
2010	930	2014	1.077
2011	1.094	2015	1.071
2012	1.096	2016	1.063
		2017	1.070

Sumber : Dinas Sosial DIY

(6) Kelompok Minoritas Waria

Kelompok Minoritas waria menjadi salah satu jenis PMKS yang ada di wilayah DIY. Masyarakat DIY cukup toleran dan memberi ruang sosial bagi kelompok minoritas waria. Namun bukan berarti tidak ada perlakuan diskriminatif terhadap mereka. Masyarakat memang membiarkan keberadaan mereka, namun tidak secara inklusif dapat menerimanya ke

dalam praktek-praktek relasi sosial di dalam kehidupan masyarakat. akibatnya mereka semakin ter-segregasi dan menjadi kelompok minoritas yang berdiri di luar masyarakat yang 'normal'.

Problem kemiskinan, sempitnya lapangan kerja membawa akibat lebih jauh dan menempatkan kelompok minoritas dalam upaya-upaya membangun kehidupan di luar tertib sosial yang disepakati oleh norma. Mereka mencari penghidupan dengan mengamen di jalanan dan di tempat-tempat umum lainnya. Bahkan ada di antaranya yang terlibat dalam praktek komodifikasi seksual. Persoalan ini menjadikan mereka semakin berada di posisi marginal. Data jumlah waria di DIY tahun 2012 sebanyak 733 orang dan berada di Kota Yogyakarta dan Kabupaten Sleman. Namun karena mobilitas waria cukup tinggi, angka ini dapat berubah dan ada sejumlah waria yang kemungkinan belum terdata.

e) **KEBENCANAAN**

Daerah Istimewa Yogyakarta berada pada wilayah Rawan bencana. Di Bagian selatan terbentang Samodera Hindia, yang sewaktu-waktu ketika terjadi gempa tektonik dapat mengakibatkan tsunami. Di sebelah utara terdapat Gunung Merapi yang termasuk gunung paling aktif di dunia, yang dari periode ke periode mengalami erupsi secara eksplosif yang dampaknya mengakibatkan kerusakan dan kerugian harta benda, pemukiman bahkan korban jiwa.

Pemerintah Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (RPJMD 2009-2013 dan RPJP 2005 – 2025) mencatat potensi bencana alam, terutama berkaitan dengan bahaya geologi, yang meliputi :

1. Bahaya alam Gunung Merapi, mengancam wilayah kabupaten Sleman bagian utara dan wilayah-wilayah sekitar sungai yang berhulu di puncak merapi.
2. Bahaya gerakan tanah/batuan dan erosi, berpotensi terjadi pada lereng Pegunungan Kulon Progo yang mengancam wilayah Kulon progo bagian utara dan barat serta pada lereng pegunungan selatan yang mengancam wilayah Kabupaten Gunungkidul bagian utara dan Bagian timur wilayah Kabupaten Bantul.

3. Bahaya banjir, terutama berpotensi mengancam daerah pantai selatan kabupaten Kulon Progo dan Kabupaten Bantul.
4. Bahaya kekeringan berpotensi terjadi di wilayah kabupaten Gunungkidul bagian selatan, khususnya pada kawasan bentang alam karst.
5. Bahaya tsunami, berpotensi terjadi di daerah Pantai Selatan Kabupaten Kulon progo, Kabupaten Bantul dan kabupaten Gunungkidul, khususnya pada pantai dengan ketinggian kurang dari 30 m dari permukaan laut.
6. Bencana alam akibat angin berpotensi terjadi di wilayah pantai selatan kabupaten Kulon progo, Kabupaten Bantul, dan daerah-daerah Kabupaten Sleman wilayah utara serta wilayah kota Yogyakarta.
7. Bencana alam gempa bumi berpotensi terjadi di wilayah DIY, baik gempa bumi tektonik maupun vulkanik. Gempa bumi tektonik terjadi karena wilayah DIY berdekatan dengan kawasan tumbukan lempeng di dasar Samodera Indonesia yang berada di selatan wilayah DIY. Secara geologis di wilayah DIY juga terdapat beberapa patahan yang diduga aktif. Wilayah dataran rendah yang tersusun oleh sedimen lepas, terutama hasil endapan sungai merupakan wilayah yang rentan mengalami guncangan akibat gempabumi.

Bencana gempa bumi tektonik juga menjadi ancaman serius bagi keberlangsungan hidup penduduk Propinsi DIY. Sejarah juga mencatat bahwa pada tahun 1930-an pernah terjadi gempa bumi besar. Pusat gempa adalah di dasar Samodera Indonesia. Kejadian itu menjadi bagian dari ingatan masyarakat yang menyebutnya sebagai *lindu gedhe*. Bencana gempa bumi besar kembali mengguncang Yogyakarta pada 27 Mei 2006. Wilayah yang paling parah adalah Kabupaten Bantul. Gempa bumi tersebut berkekuatan 5,9 SR menimbulkan banyak kerusakan harta benda, sarana dan prasarana, serta banyak korban manusia yang terluka dan meninggal dunia . Sebanyak 6000 (enam ribu) jiwa tewas, dan ribuan penduduk luka berat dan luka ringan.

Selain itu di beberapa titik perbukitan di kawasan pedesaan juga mempunyai resiko terkena bencana tanah longsor. Perubahan iklim juga mempertinggi resiko terjadinya bencana tanah longsor, karena curah hujan yang tinggi. Perubahan ekosistem di wilayah perbukitan yang sekarang banyak ditanami tanaman budidaya oleh warga masyarakat lokal juga menambah resiko

terjadinya tanah longsor. Tanaman semusim seperti kentang, dan sayur mayur kurang mampu menahan curah hujan yang tinggi. Di beberapa wilayah perbukitan, setiap tahun selalu terjadi bencana tanah longsor baik dalam skala kecil maupun besar.

Selain bencana alam Yogyakarta juga mempunyai potensi terjadinya bencana sosial. Bencana sosial adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antar kelompok atau antar komunitas masyarakat, dan teror. Yogyakarta sebagai Pusat Pendidikan dan Pusat Pariwisata, dihuni oleh berbagai etnis dan suku bangsa yang berbeda bahasa, budaya, agama, keyakinan, aliran politik, serta perbedaan lainnya. Perbedaan adalah fakta dan karenanya penting dijaga harmoni dan keserasian dalam kehidupan berbangsa dan bermasyarakat di wilayah Yogyakarta.

Namun demikian, di Yogyakarta juga kerap kali terjadi bencana sosial, meskipun dalam skala yang lebih kecil dibanding bencana sosial yang terjadi di luar wilayah DIY. Misalnya konflik sosial yang terjadi antara mahasiswa dari wilayah atau suku tertentu dengan warga masyarakat DIY, konflik sosial yang berlatar belakang Pilkada, konflik antar pemeluk agama atau antar aliran dalam satu agama. Tawuran antar pelajar, antar supporter sepakbola, antar asrama mahasiswa juga sering terjadi. Konflik vertikal dan horisontal juga terjadi yang disebabkan oleh sikap pro dan kontra pembangunan proyek pasir besi di Kulon Progo.

Di DIY terdapat 3.560.810 orang pemeluk agama, terdiri dari 91,68 % Islam, 5,03 % Katholik, 2,93 % Kristen, 0,20 % Hindu dan 0,16 % Budha (*DIY Dalam Angka 2009*, BPS Propinsi DIY). pluralitas agama memiliki potensi dan peran sangat besar dalam proses integrasi. pluralitas agama ini juga mengandung potensi terjadinya konflik, disintegrasi bangsa. Konflik atas dasar perbedaan agama bisa disebabkan, baik oleh tafsir atas ajaran agama itu sendiri, kualitas moral-spiritual penganutnya, maupun latar belakang budaya. Secara struktural perbedaan agama tersebut berkaitan erat dengan rasa *insecurity dalam bidang sosial, ekonomi, politik, dan budaya*.

f) Permasalahan dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial

Dinas Sosial menyelenggarakan mandate penanggulangan kemiskinan melalui program pemberdayaan fakir miskin. Program ini dilaksanakan dengan kegiatan pelatihan ketrampilan, pengembangan Kelompok Usaha Bersama (KUBE) dan penumbuhan Lembaga Keuangan Mikro (LKM). Sampai dengan tahun 2011 jumlah fakir miskin yang telah terjangkau program pemberdayaan sebanyak kurang lebih 48.450 KK. Dinas Sosial juga mengkoordinasikan penyelenggaraan program penanggulangan kemiskinan nasional yaitu Program Keluarga Harapan (PKH). PKH di Yogyakarta telah menjangkau 18.727 RTSM. Dengan demikian kedua program tersebut telah menjangkau 18,60 % dari populasi penduduk miskin di DIY. Melalui program pemberdayaan keluarga miskin telah terbentuk 4.845 KUBE dan 35 LKM. Pelaksanaan program pemberdayaan tersebut dibiayai oleh dana APBN dan APBD. Namun sumber pembiayaan lebih banyak dari APBN dengan penumbuhan KUBE, sedangkan APBD mendukung melalui kegiatan pengembangan KUBE. PKH sepenuhnya dibiayai oleh APBN karena menjadi program nasional. APBD baik provinsi maupun kabupaten/kota hanya memberi dukungan pada biaya operasional serta anggaran untuk *capacity building* bagi pada pendamping dan operator.

Program pemberdayaan keluarga miskin menghadapi banyak tantangan mengingat jangkauannya yang masih sangat terbatas dibandingkan dengan populasi penduduk miskin. Selain itu Kelompok usaha bersama yang dikembangkan juga mengalami banyak kesulitan. Ada sebagian yang mampu berkembang dengan baik, namun sebagian yang lainnya tidak kunjung bisa ditingkatkan, atau malah mati. Program-program lanjutan sangat diperlukan khususnya pendampingan teknis sesuai dengan jenis usaha yang dikelola. Selain itu pemasaran hasil produksi masih menjadi masalah sebagian besar KUBE, khususnya yang mengelola usaha perdagangan dan usaha pengolahan. Meskipun akses permodalan telah disediakan melalui Lembaga keuangan mikro, kemampuan penyerapan dana melalui pinjaman juga terbatas, karena skala produksi yang juga terbatas. Anggota kelompok tidak mau mengambil resiko meningkatkan produksi jika tidak jelas pemasaran produknya. Kurangnya informasi dan akses terhadap jaringan pemasaran

menjadi penyebab sulitnya KUBE bisa berkembang lebih cepat. Usaha peternakan (sapi, kambing, ayam), juga mengalami kendala teknis. Banyak kambing yang mati, atau tidak mampu tumbuh maksimal, dan beranak karena kurangnya pengetahuan teknis dalam bidang peternakan.

Aspek lain yang juga sangat penting dalam program pemberdayaan keluarga miskin adalah belum terintegrasi dengan program pelayanan yang lain. Di dalam rumah tangga sangat miskin, misalnya keuntungan yang diperoleh dari usaha KUBE sangat tidak memadai jika digunakan untuk memenuhi kebutuhan rumah tangga, apalagi jika digunakan untuk biaya pendidikan dan pengobatan. Di sisi lain belum semua rumah tangga miskin terjangkau program jaminan kesehatan maupun bantuan pendidikan. Agenda utama program penanggulangan ke depan adalah bagaimana mengintegrasikan program pelayanan pemerintah sehingga penanggulangan kemiskinan menjadi program yang lebih komprehensif.

Program Keluarga Harapan sebenarnya sudah mempunyai skema yang komprehensif dalam penanggulangan kemiskinan. Program tersebut sudah terintegrasi dengan pelayanan kesehatan dan pendidikan. Namun demikian program ini akan berakhir pada tahun 2014 dan selama 2 tahun waktu yang tersisa, sangat terbatas untuk menambah jumlah kepesertaan, khususnya untuk wilayah DIY. Sebagai batuan bersyarat, rumah tangga sangat miskin yang sudah tidak lagi eligible, tidak lagi memenuhi persyaratan sebagai penerima bantuan PKH (peserta), meskipun mereka masih termasuk rumah tangga miskin. Issu kritis yang perlu diakomodasi pada waktu yang akan datang adalah bagaimana memperjelas *exiting strategy* PKH dengan memberi dukungan penguatan pada rumah tangga sangat miskin yang tidak lagi menjadi peserta PKH namun masih dalam kondisi miskin.

Kurangnya integrasi dan sinergi antar program di Dinas Sosial menjadi titik kritis dalam penyelenggaraan program kesejahteraan sosial. Masalah kecacatan, keterlantaran, ketunaan sosial, kebencanaan belum terintegrasi dengan masalah kemiskinan. Setiap masalah ditangani oleh unit teknis masing-masing dan kurang koordiansi. Program pelayanan dapat dilaksanakan lebih efektif dan efisien jika dilakukan secara integratif. Dalam kasus anak

rumah tangga sangat miskin yang mengalami kecacatan, misalnya akan lebih terdukung dengan program pelayanan bagi penyandang disabilitas maupun program perlindungan anak. Namun sampai saat ini program yang terintegrasi belum dilakukan.

Berdasarkan hasil review pencapaian MDGs di DIY, ada beberapa tujuan yang harus diperhatikan terkait dengan penanggulangan kemiskinan. Indikator yang dicapai ternyata lebih rendah dari capaian nasional sehingga memerlukan perhatian khusus dan kerja keras terutama dalam hal proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari \$ 1; indeks kedalaman kemiskinan; dan proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum.

Permasalahan-permasalahan riil yang dihadapi dalam penyelenggaraan penanggulangan kemiskinan antara lain :

1. Data kemiskinan yang digunakan masing-masing kabupaten kota tidak sama, sehingga pelaksanaan program kurang sinergis.
2. Terbatasnya kesempatan kerja dan berusaha.
3. Rendahnya akses masyarakat miskin terhadap permodalan.
4. Rendahnya akses pendidikan non formal dan formal untuk masyarakat miskin.
5. Kurang optimalnya pendampingan
6. Kurangnya koordinasi dalam pelaksanaan program
7. Kesulitan membangkitkan semangat kewirausahaan
8. Sulitnya akses pada pemasaran
9. Kecilnya dana yang dialokasikan jika dibandingkan jumlah rumah tangga miskin.
10. Pemberian fasilitas kepada orang miskin kurang komprehensif dan sinergis dipandang dari sisi pengurangan beban dan peningkatan pendapatan.

g) Penyelenggaraan Pelayanan Kesejahteraan Sosial Anak

Permasalahan yang dihadapi dalam proses penanganan ABH ini antara lain:

1. Keterbatasan lembaga yang menangani ABH.
2. Beberapa aparat penegak hukum yang belum
3. m mengaplikasikan SKB 5 menteri (penerapan restorative justice).

4. Belum adanya pemahaman dari orangtua dan masyarakat terhadap hak-hak anak yang berhadapan hukum (Penolakan).
5. Pemda DIY belum mempunyai panti/lembaga secara khusus dan representatif untuk menangani ABH.
6. Keterbatasan SDM yang kompeten dalam penanganan ABH (pemulihan perilaku).
7. Pendampingan orang tua ABH dalam proses persidangan maupun dalam proses rehabilitasi anak masih kurang.
8. Sarana dan prasarana di RPSA belum memadai
9. Komite PRS-ABH belum semua terbentuk di wilayah kota/kabupaten.
10. Komitmen dari lembaga pendidikan dalam memenuhi hak anak terkait hak pendidikan.
11. Masih dibutuhkan penguatan keluarga.

h) Permasalahan yang dihadapi dalam penyelenggaraan perlindungan terhadap AMPK antara lain :

1. Orangtua kurang kooperatif dalam penanganan anak sebagai korban, karena masih ada stigma kasus yang dialami anak sebagai aib keluarga.
2. Ada keluarga dari AMPK yang sulit diakses/ditelusuri.
3. Pemahaman akan bantuan hukum dan pertolongan pemulihan psikososial bagi anak korban dari pihak keluarga maupun masyarakat masih rendah.
4. SDM dari pendamping yang menangani AMPK masih terbatas baik secara kuantitas maupun kualitas.
5. Sarana prasarana yang kurang representatif di trauma center

Sejauh ini komitmen dari instansi pemerintah dan lembaga terkait dalam penanganan anak korban tindak kekerasan cukup baik. Berbagai upaya dan fasilitasi pelayanan dalam penanganan maupun proses pemulihan anak korban tindak kekerasan telah dilakukan. Meskipun masih diperlukan peningkatan kompetensi pendamping/pekerjasosial terkait kemampuan pemulihan kondisi anak. Dalam hal ini diperlukan juga peningkatan peran orangtua selaku pihak terdekat dari anak dalam upaya pencegahan maupun proses pemulihan bagi anak korban tindak kekerasan. Selain itu diperlukan pemberdayaan keluarga anak korban tindak kekerasan. Selain itu diperlukan pemisahan penanganan antara ABH, AMPK dan KTK. Lembaga yang independen diperlukan untuk

memaksimalkan penangangan anak. Diperlukan reposisi fungsi dan restrukturisasi organisasi terkait TC dan RPSA.

i) Permasalahan dalam penerapan Standar Nasional Pengasuhan Anak, antara lain :

1. Penyesuaian persepsi dan proses adaptasi terkait penerapan SNPA
2. Kebijakan yang kurang mendukung terkait penerapan SNPA terkait dengan LKSA pemerintah.
3. Keterbatasan baik kualitas dan kuantitas SDM dalam penerapan SNPA.
4. Kesiapan keluarga dan anak ketika anak direunifikasi.
5. Kesiapan pemerintah daerah dan SKPD terkait dalam akses pemenuhan hak anak
6. Anggaran yang kurang mengakomodir penerapan SNPA

j) Penyelenggaraan Pelayanan Kesejahteraan Sosial Dan Lanjut Usia Terlantar

Permasalahan yang dihadapi dalam pelayanan kesejahteraan sosial lanjut usia terlantar adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan kesejahteraan sosial lanjut usia terlantar dilaksanakan melalui sistem dalam panti dan luar panti. Di DIY terdapat 3 Panti Werdha yang dikelola oleh pemerintah, 2 di antaranya di bawah Pemerintah Propinsi dan satu di kelola oleh Pemerintah Kota Yogyakarta. Pelayanan di dalam panti diperuntukkan bagi lanjut usia yang masih bisa mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Padahal banyak lanjut usia terlantar lain yang justru lebih membutuhkan, karena sudah tidak lagi mampu mengurus dirinya sendiri, tidak mempunyai sanak keluarga atau diterlantarkan oleh keluarga karena berbagai sebab. Pada sisi yang lain kemampuan panti werdha untuk menambah kapasitas tampung terbatas. Kebijakan pelayanan di panti cenderung mengambil pelayanan jangka panjang (*long term*) hingga lanjut usia meninggal dunia. Upaya-upaya untuk memberdayakan keluarga lanjut usia agar mampu membawa kembali dan merawat orang tua/saudaranya belum dilakukan. Ini menyebabkan

terbatasnya jangkauan panti werdha untuk menambah jangkauan pelayanan.

2. Model pelayanan *home care* maupun *day care* sudah dilaksanakan, namun karena keterbatasan sumber daya manusia dan prasarana yang dimiliki PSTW, model tersebut juga masih terbatas jangkauan pelayanannya, yaitu terbatas pada lanjut usia yang berada di sekitar lokasi panti.
3. Pelayanan kesejahteraan lanjut usia di luar panti ditujukan kepada lanjut usia atau keluarganya. Selain pemenuhan kebutuhan dasar dan jaminan sosial, juga diberikan bantuan usaha ekonomi produktif bagi lanjut usia yang masih produktif, atau keluarga yang merawatnya. Jaminan sosial lanjut usia merupakan program dekonsentrasi yang dibiayai dari dana APBN melalui Kementerian Sosial RI. Program ini dinilai mampu menjamin pemenuhan kebutuhan dasar lanjut usia. Namun demikian sifat program ini adalah *pilot project*, belum menjadi sebuah skema jaminan sosial yang terlembaga dan berkelanjutan. Pemerintah DIY perlu mempersiapkan keberlanjutan program ini, manakala dukungan dari dana dekonsentrasi sudah tidak lagi tersedia.
4. Perkembangan positif lain di masyarakat adalah semakin tumbuhnya perkumpulan lanjut usia di masyarakat, baik pada tingkat dusun, desa/kalurahan, kecamatan bahkan di tingkat kabupaten. Komda lanjut usia semakin melembaga dan berhasil dalam menggerakkan kegiatan lanjut usia. Di Kabupaten Bantul, misalnya di setiap kecamatan sudah terbentuk Komda Lansia, dan di desa-desa terbentuk Pos Pelayanan Sosial Lanjut Usia. Paguyuban dan perkumpulan ini cukup aktif melakukan aktivitas-aktivitas yang bermanfaat bagi lanjut usia seperti pemeriksaan kesehatan, kegiatan keagamaan dan kegiatan sosial lainnya. Namun banyak perkumpulan belum mendapat dukungan dan terjangkau program pelayanan pemerintah.
5. Perluasan jangkauan pelayanan yang berbasis keluarga dan masyarakat menjadi kebijakan yang perlu diambil sehingga pelayanan dapat menjangkau lebih banyak lanjut usia. Keterbatasan sumber daya dapat diatasi dengan strategi meningkatkan kapasitas keluarga sebagai *care giver* dalam merawat dan mendampingi lanjut usia. Peningkatan

kemampuan ekonomi bagi keluarga miskin yang harus merawat lanjut usia dapat diintegrasikan dengan program penanggulangan kemiskinan yang diselenggarakan oleh banyak SKPD maupun lembaga lain.

6. Pelayanan kesejahteraan sosial lanjut usia juga tidak lagi bisa dibatasi pada kategori lanjut usia terlantar. Oleh karena kesejahteraan adalah hak bagi setiap warga negara, maka pelayanan kesejahteraan sosial perlu menjangkau lanjut usia yang tidak terlantar. Pengembangan program pelayanan kesejahteraan lanjut usia yang tidak terlantar disesuaikan dengan kebutuhannya. Model pelayanan di dalam panti juga sudah mengembangkan pelayanan khusus, dimana keluarga lanjut usia memberi kontribusi biaya perawatan. Model ini mempunyai prospek yang cukup baik untuk berkembang, mengingat struktur penduduk DIY yang semakin akan menua. Selain itu model home care bagi lanjut usia tidak terlantar juga akan menjawab kebutuhan lanjut usia dan keluarganya yang memiliki keterbatasan waktu dan tenaga dalam merawat lanjut usia.
7. *Post power syndrom* yang banyak dialami oleh lanjut usia dari kelas menengah perlu diantisipasi dengan memfasilitasi ruang-ruang publik berserta aktivitasnya, dimana lanjut usia dapat melakukan representasi diri dan komunitasnya. *Golden age group* dapat menjadi kegiatan yang bersifat rekreasional sekaligus kelompok sukarela, tempat berkumpul para warga negara senior ber-sosialita sambil memberi kontribusi pada pemikiran, gagasan mengenai arah perkembangan masyarakat.

Daloh hal pelayanan dan rehabilitasi sosial penyandang disabilitas Posisi ambivalen yang masih sangat terasa dalam pelaksanaan kebijakan pelayanan dan rehabilitasi sosial penyandang cacat. Misalnya soal pendidikan, yang terjadi adalah penolakan anak cacat atau anak berkebutuhan khusus untuk masuk jenis sekolah tertentu karena dinilai tidak sesuai dengan derajat kecacatannya. Demikian pula perusahaan juga menolak mempekerjakan penyandang disabilitas karena pekerjaan yang akan dilakukan tidak sesuai dengan derajat, jenis kecacatan dan kemampuannya. Jadi *statement* sesuai dengan jenis, derajat kecacatan dan kemampuan justru menjadi boomerang bagi penyandang disabilitas untuk memperoleh hak-haknya, karena dapat

dijadikan alibi bagi penyelenggara pendidikan maupun perusahaan swasta bahkan lembaga pemerintah sendiri untuk menolak mereka mengikuti pendidikan atau melamar pekerjaan.

Pemberian bantuan sosial dan pemeliharaan taraf kesejahteraan sosial juga masih mencerminkan adanya diskriminasi perlakuan terhadap para penyandang disabilitas. Bantuan sosial diberikan kepada penyandang disabilitas terutama yang belum bekerja. Jadi diasumsikan bahwa memperoleh pekerjaan sebagai pencapaian final yang mampu menjamin terpenuhinya kebutuhan dan kesejahteraan. Pengandaian ini mengabaikan fakta bahwa memperoleh pekerjaan bukan akhir dari masalah. Pada banyak kasus penyandang disabilitas yang sudah bekerja-pun menghadapi banyak masalah, misalnya soal upah, posisi yang tidak pernah berubah, lingkungan kerja yang tidak aksesibel, PHK dan masalah-masalah lainnya.

Pemeliharaan taraf kesejahteraan sosial juga hanya ditujukan pada penyandang disabilitas yang diklaim sudah tidak bisa direhabilitasi dan hidupnya tergantung pada orang lain. Rumusan ini juga mengabaikan kenyataan penyandang disabilitas lain yang mungkin tidak digolongkan sebagai cacat berat tetapi kondisi ekonominya sangat berat, secara geografis terpencil dan tanpa dukungan dari keluarga yang memadai atau terlantar. Jelas-jelas ini adalah rumusan yang diskriminatif bagi mereka. Dan bagi penyandang disabilitas yang diklaim sudah tidak bisa direhabilitasi juga mengakibatkan mereka sulit mengakses pelayanan kesehatan yang lain, misalnya fisio terapi. Klaim cacat berat menempatkan mereka pada posisi terminal, dan meniadakan harapan bagi mereka. Ini juga sebuah bentuk diskriminasi.

Persoalan pelayanan kesehatan hanya direpresentasikan dalam dua kata yaitu rehabilitasi medic. Rumusan ini mengabaikan kebutuhan dan kepentingan yang sangat urgen atas pelayanan kesehatan bagi penyandang disabilitas. soal kesehatan direduksi menjadi persoalan rehabilitasi medic. Padahal masih banyak isu kesehatan lain yang seharusnya diatur dalam kebijakan tersebut. Misalnya persoalan deteksi dini kecacatan, assessment medis komprehensif,

jenis-jenis layanan, skema dan mekanisme, metoda, skema jaminan kesehatan dan soal kesehatan lainnya.

Mayoritas penyandang disabilitas sulit mendapat pekerjaan. Banyak persyaratan kerja yang secara langsung mendiskriminasi dan mengeleminasi sejak proses seleksi administrasi. Di lembaga pemerintah maupun lembaga swasta persyaratan masuk kerja selalu menyertakan kesehatan jasmani dan rohani, dan ini dimaknai tidak mengalami kecacatan.

Sebenarnya di dalam Undang-undang Nomor 4 Tahun 1997 juga telah secara eksplisit menyatakan bahwa penyandang disabilitas berhak atas pekerjaan dan bahkan telah membuat kebijakan afirmasi yang memberi mandate kepada perusahaan Negara dan swasta untuk mempekerjakan 1 (satu) orang penyandang disabilitas untuk setiap 100 orang pekerja. Namun faktanya ketentuan ini juga tidak banyak dipatuhi oleh para pengusaha. Penegakan hukum atas ketentuan ini juga tidak dilakukan dengan sungguh-sungguh. Kalangan Penyandang Disabilitas menilai kebijakan afirmasi ini masih sangat minimal (hanya 1 %) dan belum menceminkan kesungguhan untuk mengakomodasi hak penyandang disabilitas atas pekerjaan.

Ketidaksungguhan ini juga nampak dalam penegakan ketentuan afirmasi tersebut. Seharusnya perusahaan yang tidak mempekerjakan atau menolak mempekerjakan penyandang disabilitas sesuai dengan ketentuan pidana pada undang-undang tersebut termasuk melakukan pelanggaran dan terkena pidana kurungan 6 bulan dan atau denda sebanyak-banyaknya Rp. 200.000.000,-. Namun dari tahun 1997 sampai sekarang belum ada informasi bahwa ada seorang pengusaha didenda atau dipidana karena pelanggaran pasal ini.

Kesamaan kesempatan dan partisipasi dalam seluruh aspek kehidupan bagi penyandang disabilitas juga diwujudkan dalam bentuk penyediaan sarana aksesibilitas. Hal ini juga sudah diatur dalam Undang-undang Penyandang cacat maupun dalam Undang-undang Mengenai Bangunan Gedung (UU Nomor 28 Tahun 2002). Bahkan kebijakan ini sudah diikuti pula oleh ketentuan yang lebih Teknis yang berupa Peraturan Menteri Pekerjaan Umum

Nomor 30/PRT/M/2006 tentang Pedoman Teknis Fasilitas dan Aksesibilitas pada Bangunan Gedung dan Lingkungan.

Di berbagai wilayah, baik perkotaan maupun pedesaan aksesibilitas yang sangat dibutuhkan penyandang disabilitas masih terbatas. Bahkan pada fasilitas public ; kantor-kantor pemerintah yang melayani masyarakat secara langsung, bangunan yang didirikan tidak dilengkapi dengan sarana aksesibilitas. Demikian pula yang terjadi dengan fasilitas public lainnya. Pelanggaran ketentuan ini hanya dikenakan sanksi administrative, yang tentunya menyebabkan ketentuan ini menjadi tidak powerfull sehingga sering dilanggar.

D. SEKTOR KESEHATAN

Berdasarkan Amanat Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN), dan Peraturan Pemerintah RI Nomor 40 Tahun 2006 tentang Tata Cara Penyusunan Rencana Pembangunan Nasional, bahwa Perencanaan Pembangunan Nasional mencakup penyelenggaraan perencanaan makro semua fungsi pemerintahan yang meliputi semua bidang kehidupan secara terpadu dalam Wilayah Negara Republik Indonesia.

Perencanaan pembangunan daerah merupakan satu kesatuan dalam sistem perencanaan pembangunan nasional. Lebih lanjut, dalam rangka meningkatkan kualitas pembangunan DIY diperlukan perencanaan Pembangunan Daerah yang berkualitas dan terpadu, tentunya hal ini dapat terlaksana dengan kita benar benar memperhatikan isu strategis yang berkembang pada saat ini serta berpedoman pada RPJM Daerah yang memuat strategi pembangunan, kebijakan umum, program SKPD dan lintas SKPD, serta kerangka ekonomi makro yang mencakup gambaran perekonomian secara menyeluruh termasuk arah kebijakan fiskal dalam rencana kerja yang berupa kerangka regulasi dan kerangka pendanaan yang bersifat indikatif.

Oleh karena itu dalam penyusunan Perencanaan Sektor Kesehatan perlu memahami potensi yang dimiliki serta melihat peluang dan tantangan ke

depan, khususnya dalam mensikapi dinamika pembangunan dan permasalahan kesehatan baik pada tingkat lokal, antar wilayah, dan nasional. Dengan demikian, arah kebijakan yang diambil dapat memberikan gambaran program dan strategi yang dapat di implementasikan secara optimal sebagai solusi dalam pembangunan sektor kesehatan.

Tujuan dari perencanaan sektor kesehatan ini adalah :

1. Meningkatkan kualitas perencanaan pada sektor kesehatan di Daerah Istimewa Yogyakarta melalui penerapannya di jajaran Dinas Kesehatan Propinsi DIY maupun di Rumah sakit- rumah sakit dan lembaga-lembaga pelayanan kesehatan di seluruh Daerah Istimewa Yogyakarta.
2. Meningkatkan keterpaduan program dan kegiatan pembangunan sektor kesehatan serta mengurangi dan mencegah terjadinya duplikasi dan tumpang tindih program dan kegiatan.
3. Sebagai pedoman bagi Instansi maupun Stakeholder dalam Penyelenggaraan Pembangunan sektor kesehatan di DIY.

Maksud dari perencanaan sektor kesehatan ini adalah :

- a. Tercapainya perencanaan sektor kesehatan yang berkualitas
- b. Meningkatnya keterpaduan dan sinergitas program/kegiatan pembangunan di sektor kesehatan
- c. Sebagai acuan penyusunan program/kegiatan sektor kesehatan tahun berikutnya.

Kondisi dan gambaran sektor kesehatan sesuai Undang-Undang No.36 Tahun 2009, tujuan pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

Keberhasilan pembangunan dapat dilihat dari beberapa indikator kesehatan. Beberapa indikator yang disepakati secara nasional antara lain : (1) Angka harapan hidup, (2) Angka Kematian Ibu, (3) Angka Kematian Bayi, (4) Angka Kematian Balita, dan (5) Status Gizi Balita/Bayi.

Pada tahun 2008, Provinsi DIY berhasil memperoleh penghargaan Manggala Bhakti Husada Kartika. Penghargaan ini diberikan sebagai prestasi sebagai provinsi dengan derajat kesehatan terbaik nasional.

Permasalahan aktual dalam sektor kesehatan dijelaskan sebagai berikut:

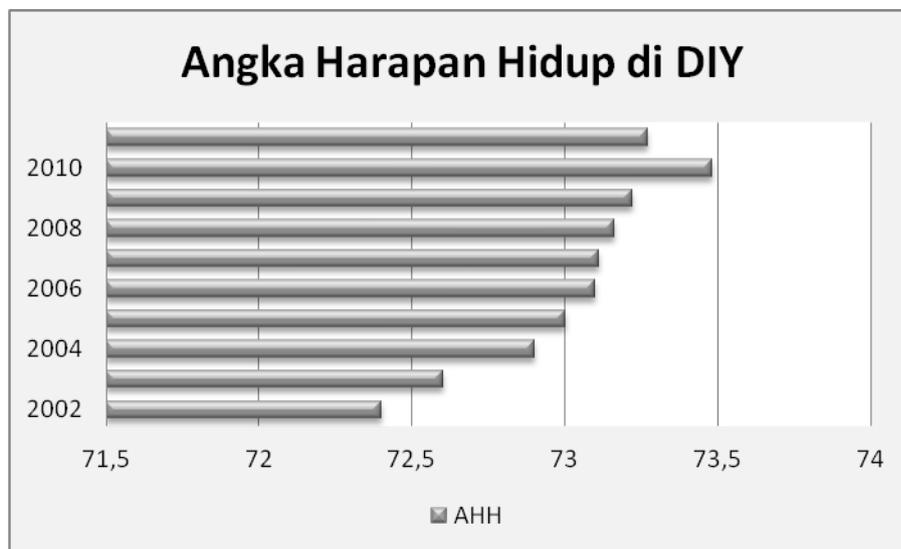
1. MORTALITAS

Menurut *World Health Organization* (WHO), yang dimaksud dengan mortalitas adalah menghilangnya semua tanda-tanda kehidupan secara permanen, yang bisa terjadi setiap saat setelah kelahiran hidup.

a) Angka Harapan Hidup

Angka harapan hidup adalah rata-rata lama hidup penduduk di suatu daerah. Angka harapan hidup merupakan salah satu indikator keberhasilan suatu daerah dalam pembangunan kesejahteraan rakyat di suatu daerah terutama di sektor kesehatan. Angka harapan hidup juga dijadikan salah satu komponen Indeks Pembangunan Manusia selain pendidikan dan ekonomi.

Bersama DKI dan Bali, peningkatan angka harapan hidup di DIY merupakan yang terbaik di Indonesia. Berikut gambaran angka harapan hidup di DIY :



Gambar II-11 Angka Harapan Hidup DIY Tahun 2002-2010

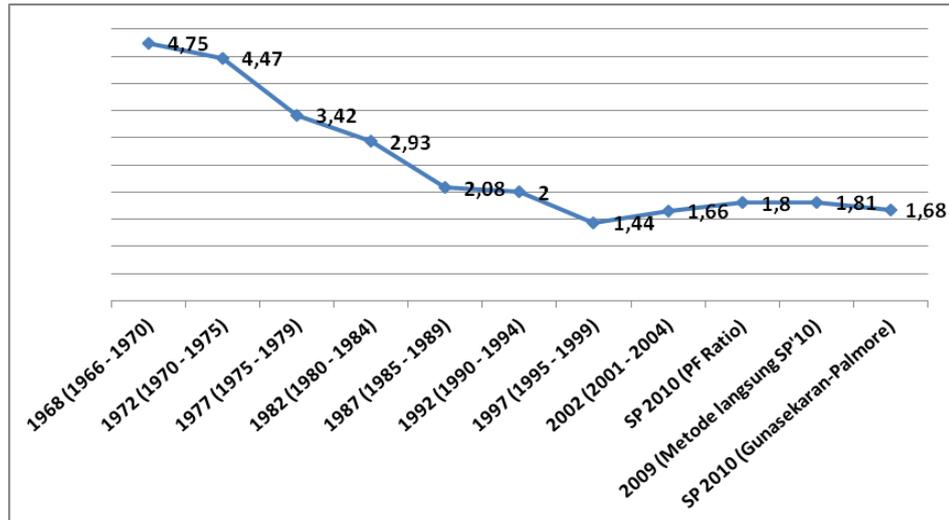
Gambar di atas menunjukkan bahwa angka harapan hidup di DIY cenderung meningkat dari tahun ke tahun. Banyak hal yang harus diperhatikan atau ditingkatkan di bidang kesehatan masyarakat agar dapat memperpanjang life expectancy, misalkan :

- Memperkuat layanan kesehatan di tingkat primer (Puskesmas, Dokter Umum, Dokter Keluarga, Balai Pengobatan)
- Meningkatkan status gizi masyarakat
- Promosi Kesehatan atau Pendidikan Kesehatan ditingkatkan, misalkan:
 - Pendidikan kesehatan lansia
 - Olah raga lansia
 - Gizi lansia
 - Kesehatan jiwa lansia
 - Penyakit lansia
 - Gangguan tidur pada lansia
 - Dan sebagainya (imunisasi, rumah sehat, udara sehat, air sehat, MCK sehat, tanah sehat, sayur sehat, buah sehat)

Sektor kesehatan adalah sektor yang berperan penting dalam peningkatan angka harapan hidup suatu daerah. Peningkatan angka harapan hidup yang ditunjukkan dengan menurunnya angka kematian dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah perbaikan sistem pelayanan kesehatan, perbaikan gizi di masyarakat dan gaya hidup. Peningkatan angka harapan hidup membawa konsekuensi meningkatnya penyakit-penyakit degeneratif sebagai akibat dari perubahan gaya hidup, perubahan konsumsi makanan, pencemaran lingkungan, dan sebagainya.

b) Angka Kelahiran

Berdasarkan data hasil Sensus/Supas Provinsi DIY tahun 2010, jumlah anak yang akan dilahirkan oleh seorang wanita sampai akhir masa reproduksinya atau *Total Fertility Rate* (TFR) untuk Provinsi DIY adalah 1,8. Angka tersebut masih jauh di bawah TFR Nasional sebesar 2,16 anak per WUS (Wanita Usia Subur).



Gambar II-12 Perkembangan Total Fertility Rate (TFR) Hasil Sensus/Supas DIY Tahun 1968 – 2010

Jumlah kelahiran pada tahun 2009 yang dilaporkan oleh dinas kesehatan Kabupaten/Kota adalah sebagai berikut : jumlah kelahiran (hidup & mati) 43.919 dan lahir mati 193. Sedangkan pada tahun 2010 jumlah kelahiran hidup dan mati sebesar 43.242 dengan jumlah kasus lahir mati sebanyak 194.

c) Angka Kematian Ibu

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah banyaknya perempuan yang meninggal dari suatu sebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan meninggal dari suatu sebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan atau kasus insidentil) selama kehamilan, melahirkan dan dalam masa nifas (42 hari setelah melahirkan). Tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup. AKI diperhitungkan pula dalam jangka waktu 6 minggu hingga setahun setelah melahirkan (BPS, 2007).

Hasil Susenas tahun 2005 menunjukkan bahwa angka kematian ibu di DIY sebesar 105/100.000 kelahiran hidup.

Untuk jumlah kematian ibu di Provinsi DIY, jumlah kasus yang dilaporkan tiap tahunnya sebagai berikut :

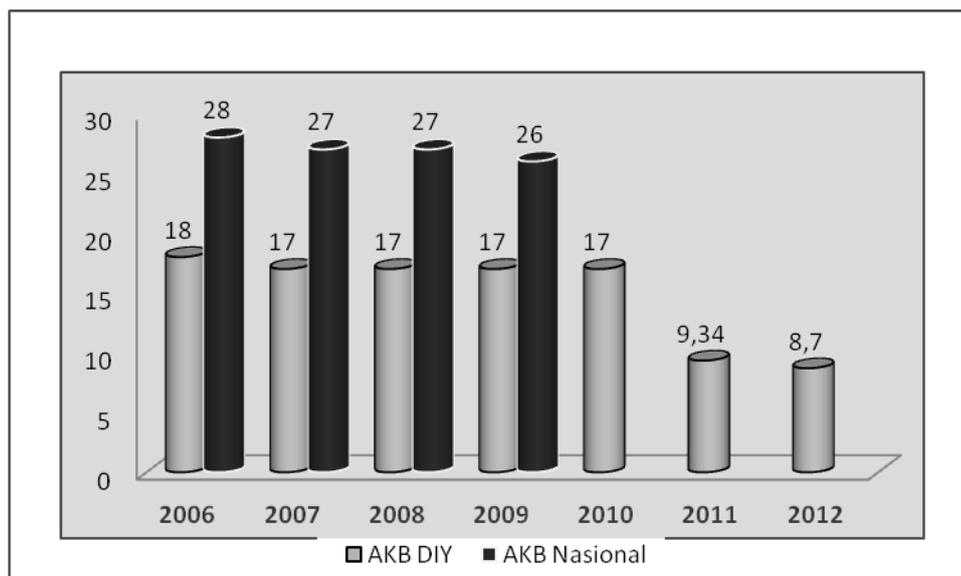


Gambar II-13 Angka Kematian Ibu Per 100.000 Kelahiran Tahun 2008-2012

Sumber: Dinas Kesehatan DIY, tahun 2013

d) Angka Kematian Bayi

Berdasarkan data dari BPS, Trend angka kematian bayi di Provinsi DIY dari tahun 1971 sampai dengan tahun 2000 mengalami penurunan yang cukup signifikan. Sedangkan trend angka kematian bayi dari tahun 2003 sampai dengan 2010 juga mengalami penurunan walaupun tidak terlalu signifikan.



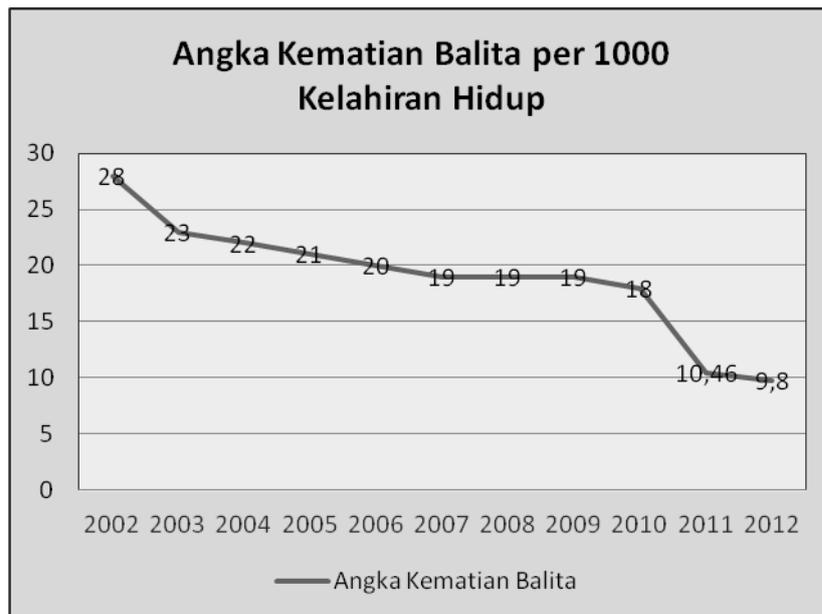
Gambar II-14 Perbandingan Angka Kematian Bayi DIY dengan Angka Kematian Bayi Nasional Tahun 2008-2012

Ket : Data dari Dinas Kesehatan DIY berdasarkan jumlah kasus kematian dan jumlah kelahiran hidup

Pada tahun 2010, berdasarkan Sensus Penduduk tahun 2010, Angka Kematian Bayi di Provinsi DIY sebesar 17 per 1000 kelahiran hidup. Dengan pola penurunan tersebut maka diprediksikan pada tahun 2013 angka kematian bayi di DIY diharapkan akan mencapai 16 / 1000 kelahiran hidup.

e) Angka Kematian Balita

Sama dengan angka kematian bayi, angka kematian balita di Provinsi DIY juga memiliki kecenderungan penurunan yang cukup baik. Tahun 2002, angka kematian balita di Provinsi DIY sebesar 28/1000 balita menurun menjadi 18/1000 balita pada tahun 2010.



Gambar II-15 Angka Kematian Balita per 1000 Kelahiran Hidup Tahun 2002 - 2012

Ket : Data dari Dinas Kesehatan Provinsi DIY berdasarkan jumlah kasus kematian dan kelahiran hidup

Dengan pola penurunan tersebut, maka diprediksikan di tahun 2013 angka kematian balita akan mencapai 16/1000.

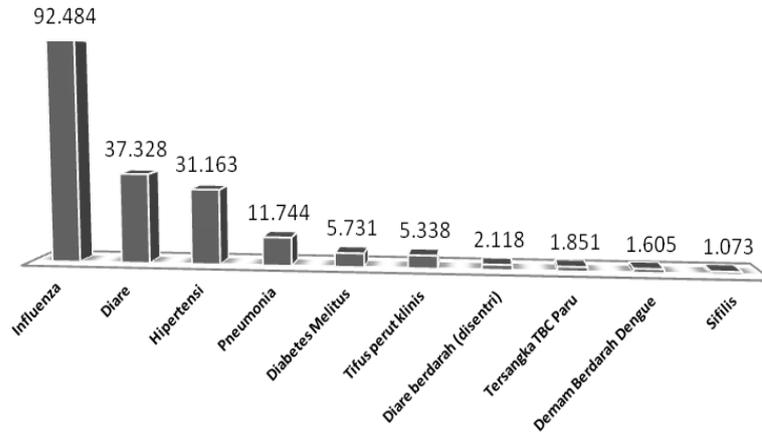
2. MORBIDITAS

a) Pola Kematian Akibat Penyakit

Penyakit jantung dan stroke dalam sepuluh tahun terakhir selalu masuk dalam 10 penyakit penyebab kematian tertinggi. Analisis tiga tahun terakhir dari data di seluruh rumah sakit di DIY menunjukkan bahwa penyakit-penyakit kardiovaskuler seperti jantung, stroke, hipertensi atau dikenal sebagai penyakit CVD (Cardio Vasculer Disease) menempati urutan paling tinggi sebagai penyebab kematian. Sampai dengan tahun 2007 menunjukkan bahwa dominasi kematian akibat penyakit tidak menular (Non Communicable Diseases) sudah mencapai lebih dari 80% kematian akibat penyakit yang ada di DIY (namun data tersebut adalah *hospital based data atau data yang berasal dari rumah sakit, bukan data dari masyarakat atau Community Based Data*). CVD tidak hanya menempati urutan tertinggi penyebab kematian tetapi jumlah kematiannya dari tahun ke tahun juga semakin meningkat seiring semakin meningkatnya jumlah penderita penyakit-penyakit CVD sebagaimana laporan Rumah Sakit-Rumah Sakit di DIY (yang didasarkan pada Hospital Based Data, bukan didasarkan pada Community Based Data).

b) Pola Penyakit

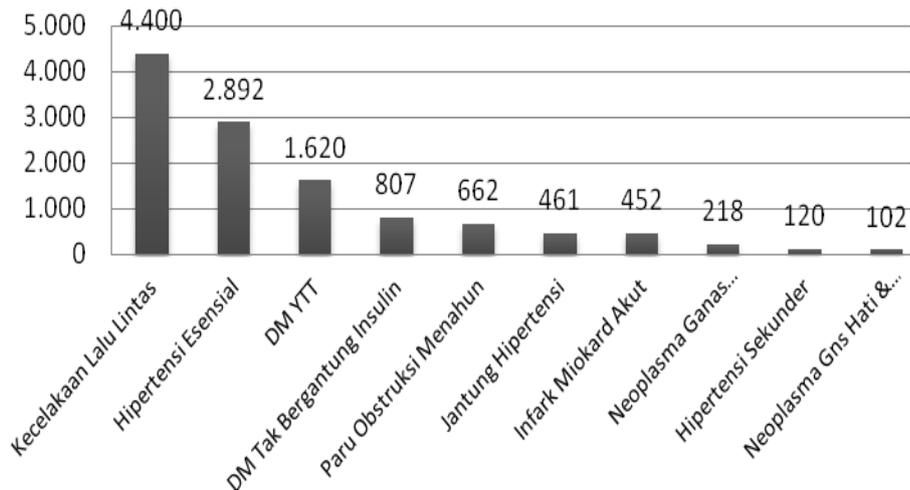
Penyakit yang masuk dalam sepuluh besar penyakit (Puskesmas) pada tahun 2010 adalah influenza, diare, hipertensi, Tifus atau Tiphoid , tersangka TB Paru atau Suspek Tuberkulosa Paru, DBD atau Demam Berdarah Dengue, dan sifilis. Data yang didapat menunjukkan terjadinya transisi Epidemilogi di Provinsi DIY dengan menonjolnya penyakit-penyakit tidak menular seperti penyakit hipertensi dan diabetes melitus di Puskesmas.



Gambar II-16 Distribusi 10 Besar PM&PTM berdasarkan STP Puskesmas Kab/Kota Tahun 2010

Kecelakaan lalu lintas menjadi peringkat pertama rawat inap di rumah sakit. Faktor perilaku pengendara memang menjadi faktor dominan bagi tinggi atau rendahnya tingkat kecelakaan lalu lintas. Meskipun demikian disamping faktor perilaku tersebut, dukungan pelayanan kesehatan dalam bentuk pelayanan pertolongan pertama / prarujukan, rujukan gawat darurat dan kualitas pelayanan di sarana pelayanan kesehatan sedikit banyak juga bisa ikut berperan untuk menurunkan kematian akibat kecelakaan. Oleh karena itu perbaikan sistem pelayanan termasuk pertolongan prarujukan dan rujukan diharapkan akan mampu menurunkan tingkat kematian akibat kecelakaan lalu lintas.

Penyakit-penyakit CVD seperti stroke, hipertensi, dan penyakit jantung masih mendominasi 10 besar penyakit tidak menular dan penyakit rawat inap rumah sakit pada tahun 2010.



Gambar II-17 Distribusi 10 Besar Penyakit Tidak Menular Berdasarkan Tahun 2010 STP RS Kab/Kota

Sumber : Profil Dinas Kesehatan Provinsi DIY 2010

(1) Penyakit Menular

Perilaku dan lingkungan (fisik, ekonomi, sosial dan budaya) masyarakat sangat berpengaruh dalam pola penyakit menular. Kondisi ini dapat dilihat dengan belum tereliminasi berbagai penyakit menular seperti TB Paru, malaria, dan DBD. Bahkan untuk DBD, sampai saat ini masuk dalam 10 besar penyakit di Puskesmas.

a. Demam Berdarah Dengue (DBD)

Jumlah kasus DBD pada tahun 2009 dilaporkan sebanyak 2.203 kasus, dengan jumlah kematian sebanyak 16 kasus sehingga *Case Fatality Rate* (CFR) DBD pada tahun 2009 sebesar 0,73. Sedangkan pada tahun 2010, kasus DBD mengalami peningkatan sebanyak 5.121 kasus dengan jumlah kematian 33 (CFR = 0,64). Sehingga walaupun CFR mengalami penurunan dari tahun 2009 ke 2010, tetapi dari segi jumlah kasus dan jumlah kematian mengalami peningkatan. Sedangkan untuk tahun 2011, jumlah kasus DBD yang dilaporkan sebesar 962 kasus dengan jumlah kematian sebesar 5 kasus (CFR = 0,52)

Masih tingginya prevalensi penyakit DBD dipengaruhi oleh masih tingginya resiko penularan di masyarakat seperti angka bebas jentik

yang masih rendah yaitu 71,8% pada tahun 2009, dan 87,88% pada tahun 2010.

b. TBC (Tuberkulosa)

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Provinsi DIY, angka penemuan TBC (*Case Detection Rate/CDR*) di Provinsi DIY dari tahun 2009 sampai dengan 2011 masih di bawah target sebesar 70%. Pada tahun 2009, CDR sebesar 52,6. Sedangkan CDR tahun 2010 sebesar 53,3 dan menurun pada tahun 2011 sebesar 50,8%. Untuk angka keberhasilan penyembuhan TBC (*Success Rate/SR*), dari tahun 2009 sampai dengan 2011 walaupun mengalami peningkatan tetapi masih di bawah target sebesar 85%. SR pada tahun 2009 dan sebesar 82,5 pada tahun 2010 ,dan sebesar 83,8% pada tahun 2011 yang lalu mengalami peningkatan sebesar 84,6%.

Sementara itu kematian dan kesakitan akibat penyakit infeksi saluran pernafasan, menjadi penyebab kematian terbesar dan memiliki kecenderungan peningkatan. Penyakit TB memegang peran penting untuk kasus kesakitan dan kematian akibat penyakit saluran pernafasan tersebut dan bertanggungjawab terhadap kecenderungan peningkatannya mengingat sifat penularan dan perilaku masyarakat. Oleh karena itu, penemuan penderita merupakan kunci dalam penyembuhan dan pengendalian penyakit TBC.

c. Malaria

Data dari Dinas Kesehatan Provinsi DIY menunjukkan bahwa jumlah kasus malaria dengan pemeriksaan sediaan darah tahun 2011 di Provinsi DIY adalah 166 kasus. Kasus terbanyak ditemukan di Kabupaten Kulon Progo sebesar 159 kasus. Hal ini karena Kabupaten Kulon Progo merupakan daerah endemi malaria di Provinsi DIY. Kasus yang dilaporkan di Kabupaten Bantul sebesar 5 kasus, Kota Yogyakarta 1 kasus, dan Kabupaten Sleman 1 Kasus.

Terkait dengan hal tersebut diatas, faktor-faktor kondisi lingkungan, pemanasan global, dan perubahan iklim mungkin merupakan faktor-faktor yang menyebabkan penyakit malaria berkembang.

d. HIV/AIDS

Penularan HIV/AIDS didominasi oleh penyebab yang diakibatkan pemakaian jarum suntik dan transmisi seksual. Kelompok umur penderita HIV/AIDS terbanyak adalah kelompok usia 20 – 26 tahun. Penemuan kasus HIV/AIDS pada tahun 2010 masih rendah yaitu dari target sebesar 2000 hanya mampu dicapai sebanyak 1.288 kasus, dengan jumlah kematian karena AIDS sebanyak 14.

Situasi Epidemio HIV AIDS di Provinsi DIY sampai dengan Desember 2011 sebesar 1.508 kasus dengan distribusi ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) berdasar fase penyakit adalah 922 HIV dan 586 AIDS (*Profil Dinas Kesehatan Provinsi DIY Tahun 2011*).

e. Leptospirosis

Di Provinsi DIY, kasus leptospirosis ditemukan di Kabupaten Kulon Progo, Kabupaten Sleman, dan Kabupaten Bantul.

f. New Emerging Disease

Hasil laporan kabupaten / kota menunjukkan bahwa di 5 kabupaten/kota telah terdeteksi bahwa unggas (>1 jenis) positif Avian Influenza. Potensi penyakit Avian Influenza masih terbuka lebar dengan masih buruknya pemahaman dan perilaku masyarakat untuk melakukan pencegahan. Beberapa penyakit baru lain seperti Influenza H1N1, SARS dan lain sebagainya akan tetap mengancam dengan semakin tingginya tingkat mobilitas penduduk antar wilayah dan belum baiknya pola perilaku sehat masyarakat.

Dengan demikian bila menyimak uraian tersebut diatas, maka tampak jelas dan semakin dapat dipahami bahwa kemunculan penyakit-penyakit baru amat dimungkinkan sekali, karena faktor-faktor kemunculannya meliputi menurunnya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), penurunan daya tahan tubuh manusia, perubahan atau mutasi dari virus, dan lain-lainnya.

(2) Penyakit Tidak Menular

Data tahun 1997 menunjukkan bahwa, penyakit yang berperan sebagai penyebab kematian di Provinsi DIY telah mengalami pergeseran dari penyakit menular ke penyakit tidak menular. Hal ini tidak lepas dari faktor peningkatan status ekonomi, perubahan gaya hidup, dan modernisasi, pencemaran lingkungan, pencemaran makanan, pencemaran minuman, pencemaran tanah dan udara, dan lain-lainnya. Beberapa penyakit tersebut antara lain adalah penyakit CVD (*cardiovaskuler disease*) seperti penyakit jantung dan pembuluh darah, Diabetes Mellitus, dan Kanker.

Di satu sisi, peningkatan angka harapan hidup juga meningkatkan resiko penyakit tidak menular dikarenakan umur yang semakin tua akan semakin rentan terhadap berbagai penyakit degeneratif serta berbagai masalah sosial- ekonomi dan budaya dan kependudukan lainnya. Sehingga kebutuhan akan *longterm care dan pelayanan kesehatan dan kedokteran yang berorientasi kepada keluarga dan Lansia amat diperlukan.*

(3) Status Gizi

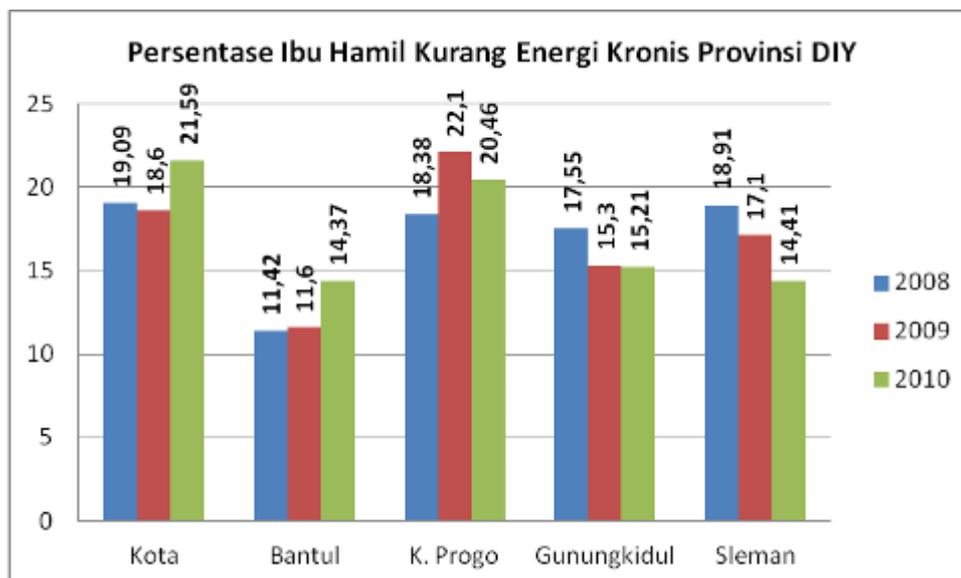
Gambaran keadaan gizi masyarakat Provinsi DIY pada tahun 2010 adalah masih tingginya prevalensi balita kurang gizi yaitu sebesar 11,31% (KEP total), balita dengan status gizi buruk sebesar 0,7%, status gizi kurang 10,61% dan balita dengan status gizi lebih 2,99%.



Gambar II-18 Grafik prevalensi gizi buruk di DIY Tahun 2004 - 2012

Sumber : Dinas Kesehatan DIY, tahun 2012

Sedangkan untuk situasi gizi ibu hamil, prevalensi Ibu hamil Kurang Energi Kronis (KEK) di DIY pada tahun 2010 adalah sebesar 14,41%, tertinggi di Kota Yogyakarta (21,59%) dan paling rendah di Kabupaten Sleman (8,88%). Situasi prevalensi ibu hamil KEK dari tahun 2008 sampai 2010 dapat dilihat pada gambar di bawah.



Gambar II-19 Persentase Ibu Hamil Kurang energi Kronis di DIY

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi DIY

Meskipun angka gizi kurang di DIY telah jauh melampaui target nasional (persentase gizi kurang sebesar 15% di tahun 2015) namun penderita gizi buruk masih juga dijumpai di wilayah DIY.

(4) Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan

Akses masyarakat Yogyakarta terhadap sarana pelayanan kesehatan telah cukup baik. Salah satunya diperlihatkan dari aksesibilitas jarak jangkauan. Hasil survey Dinas Kesehatan Provinsi pada tahun 2008, dimana menunjukkan bahwa lebih dari 80% penduduk DIY hanya berjarak 1-5 km terhadap puskesmas dan lebih dari 70% penduduk hanya berjarak 1-5 km terhadap rumah sakit dan dokter praktek swasta. Tidak ditemukan penduduk yang memiliki jarak tempuh lebih dari 10 km terhadap sarana pelayanan puskesmas, dokter praktek swasta dan bidan, yang menunjukkan mudahnya akses jarak jangkauan penduduk terhadap sarana pelayanan kesehatan.

Aksesibilitas jarak jangkauan terhadap sarana pelayanan kesehatan cukup merata antar kabupaten kota. Penduduk DIY di setiap Kabupaten / Kota pada umumnya berada pada kisaran 1-5 km terhadap Puskesmas.

3. PERMASALAHAN DI SEKTOR KESEHATAN

Beberapa permasalahan sektor kesehatan di DIY antara lain :

a. Adanya peningkatan jumlah kematian ibu melahirkan

Jumlah kasus ibu melahirkan pada tahun 2010 adalah sebesar 43 kasus dari 43.048 lahir hidup, dan meningkat pada tahun 2011 menjadi 56 kasus dari 44.839 jumlah lahir hidup.

b. Adanya peningkatan jumlah kematian bayi (0-11 bulan)

Jumlah kematian bayi (0-11 bulan) pada tahun 2010 adalah sebesar 346 kasus dari 43.048 lahir hidup, dan meningkat pada tahun 2011 menjadi 419 kasus dari 44.839 jumlah lahir hidup.

c. Jamkesta

Salah satu upaya dalam peningkatan derajat kesehatan penduduk di Provinsi DIY terutama masyarakat tidak mampu yaitu dengan pemberian jaminan kesehatan bagi seluruh masyarakat DIY (*universal coverage*). Sejalan dengan hal itu, pada tahun 2012 Pemerintah Provinsi DIY meluncurkan program Jamkesta. Tujuan dari program jamkesta adalah agar masyarakat DIY yang belum memiliki jaminan kesehatan baik dari pemerintah maupun swasta, bisa memperoleh jaminan kesehatan. Program jamkesta ini memiliki 3 produk antara lain :

1) PBI (Penerima Bantuan Iuran)

Sasaran dari penerima bantuan iuran adalah masyarakat tidak mampu peserta Jamkesos.

2) COB (*Coordination of Benefit*)

Sasaran dari COB adalah masyarakat rentan miskin (menjadi miskin bila sakit) dengan pembiayaan bersama sesuai kemauan dan kemampuan Pemerintah Kabupaten/Kota dengan pemerintah DIY. Dari 5 kabupaten/kota di DIY hanya Kota Yogyakarta yang tidak mengikuti program COB ini, karena Pemerintah Kota Yogyakarta telah mampu memberikan jaminan kesehatan bagi seluruh penduduknya. Permasalahan dalam awal pelaksanaan program ini adalah pemahaman tentang sistem pelaksanaan COB antara Kabupaten/Kota yang berbeda-beda sehingga dalam masa transisi ini terlihat bahwa belum semua kabupaten/kota ikut serta dalam program COB.

Permasalahan lain terkait pelaksanaan COB adalah masih terdapat masyarakat rentan miskin di Provinsi DIY yang belum terjangkau oleh program COB karena keterbatasan kuota peserta, sehingga ke depan diharapkan adanya tambahan dukungan anggaran agar *total coverage* segera terwujud di Provinsi DIY.

3) Peserta Mandiri

Sasaran dari program ini adalah peserta mampu yang atas kemauan sendiri ikut serta dalam jaminan pembiayaan kesehatan Provinsi DIY.

d. Adanya potensi epidemi dan endemisitas penyakit menular.

Akibat dari meningkatnya kasus penyakit HIV/AIDS, maka jumlah orang yang teridentifikasi tertular HIV AIDS sampai dengan tahun 2010 sebesar

1.288, yang mana sebesar 71,01% nya adalah berumur 20-39 tahun (kelompok usia muda dan produktif). Pada tahun 2011 jumlah kasus HIV dan AIDS (hingga Desember 2011) yaitu sebesar 1.508 kasus yang terdiri dari HIV sebesar 922 kasus dan AIDS sebanyak 586 kasus.

Tren peningkatan penemuan kasus HIV baru dan AIDS disebabkan karena bertambahnya sarana pelayanan kesehatan yang mampu memberikan penegakan diagnosis HIV dan perawatan kasus AIDS. Jumlah sarana pelayanan kesehatan yang mampu melayani kasus HIV dan AIDS terdiri dari 4 RS CST (Care Supporting and Treatment) dan 9 klinik VCT (Voluntary Counseling and Testing). Pada tahun 2011 telah bertambah 1 RS-CST (RS Panembahan Senopati), dan 1 klinik VCT (Panembahan Senopati) dan 1 Puskesmas IMS (Infeksi Menular Seksual) yaitu Puskesmas Kretek, Bantul.

Jumlah kasus DBD tahun 2010 sebesar 5.103 kasus menurun pada tahun 2011 yaitu menjadi 844 kasus, dengan jumlah kematian sebanyak 31 orang (tahun 2010) dan 3 orang pada tahun 2011.

Meningkatnya penyakit Leptospirosis tahun 2009 sebesar 92 kasus, yang meninggal 6 orang pada tahun 2010 meningkat menjadi 230 kasus, yang meninggal 23 orang dan pada tahun 2011 menjadi 597 yang meninggal 44. Meningkatnya kasus Tuberculosis yang kambuh tahun 2009 = 90 orang, 2010 sebesar 111 orang. Hal tersebut kalau tidak dilakukan upaya yang optimal, maka akan berakibat meningkatnya potensi penularan TB- paru di masyarakat.

e. Meningkatnya Penyakit Tidak Menular

Sepuluh penyakit terbesar penyebab kematian antara lain adalah Stroke, jantung dan Diabetes melitus). Hal tersebut diakibatkan karena adanya perubahan perilaku masyarakat yang akhirnya berimplementasi pada meningkatnya faktor risiko penyakit tidak menular seperti merokok, perubahan pola makan yang kurang sehat, dan kurang olahraga, perubahan gaya hidup, modernisasi, pencemaran lingkungan, dan sebagainya.

f. Beban ganda permasalahan gizi masyarakat

Prevalensi gizi buruk di Provinsi DIY adalah sebesar 0,8 pada tahun 2008, menjadi 0,69 pada tahun 2009 dan 0,7 pada tahun 2010, yang menurun

menjadi 0,67 pada tahun 2011. Prevalensi gizi kurang masih menjadi masalah kesehatan di masyarakat (10,67%) di satu sisi gizi lebih semakin tahun semakin merangkak naik, hasil Riskesdas tahun 2010 memperlihatkan bahwa prevalensi gizi lebih pada balita sebesar 7,3%. Hal ini akan menjadi permasalahan besar pada waktu mendatang karena gizi lebih menjadi predisposisi terjadinya penyakit degeneratif.

Sejalan dengan UHH di Prov DIY yang relatif lebih tinggi dari rata2 nasional, maka penduduk dengan usia lanjut akan semakin meningkat. Selain itu, prevalensi balita pendek (stunting) tahun 2010 adalah sebesar 22,5%. Stunting disebabkan oleh permasalahan gizi kronis (sudah menahun mulai dalam kandungan sampai dengan 2 tahun pertama).

g. Belum Optimalnya Peningkatan Kelembagaan BP4.

Sebagai upaya meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, maka Balai Pengobatan Penyakit Paru (BP4) akan meningkatkan kelembagaan menjadi Rumah Sakit Khusus Paru-Paru (RSKPP) dengan nama RS Respira. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 920/Menkes/Per/XII/1986, yang dimaksud dengan Rumah Sakit khusus adalah tempat pelayanan yang menyelenggarakan pelayanan medik tertentu, pelayanan penunjang medik, pelayanan instalasi, dan pelayanan perawatan secara rawat jalan dan rawat inap. Sedangkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159b/Menkes/Per/II/1988 rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan berdasarkan penyakit tertentu atau disiplin ilmu tertentu.

Sedangkan syarat untuk menjadi Rumah Sakit khusus menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 920/MEN.KES/PER/XII/1986 dan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik tanggal 17 April 1998 Nomor HK.00.06.3.5.5797 tentang Petunjuk Pelaksanaan Upaya pelayanan Kesehatan Swasta di Bidang Medik Spesialistik adalah persyaratan-persyaratan tertentu di dalam hal organisasi dan tata kerja yang berpedoman pada standarisasi rumah sakit, sumberdaya manusia, dan sarana prasarana termasuk kelengkapan penunjang.

Dalam mewujudkan hal itu, diperlukan komitmen dan kerjasama dari semua pihak termasuk masyarakat umum dan juga dukungan anggaran dari pemerintah.

h. Promosi kesehatan

Tren penyakit pada saat ini baik penyakit menular maupun tidak menular adalah disebabkan oleh lingkungan (perubahan iklim, polusi, pencemaran makanan dan minuman, pencemaran air minum, dan sebagainya) dan perilaku tidak sehat (merokok, makanan tidak sehat, hygiene rendah, kurang olahraga, dan sebagainya).

Promosi kesehatan merupakan salah satu upaya strategis dalam pencegahan penyakit melalui penyadaran masyarakat tentang pentingnya berperilaku hidup bersih dan sehat. Sehingga harapan kedepan angka kesakitan akan semakin diminimalisir. Oleh karena itu diperlukan peningkatan kualitas promosi kesehatan.

i. Pelayanan kesehatan Jiwa Gelandangan Psikotik

Pelayanan kesehatan jiwa bagi penderita gangguan jiwa yang tidak diketahui keluarganya adalah pelayanan kesehatan yang memerlukan perhatian. penanganan penderita ini menjadi tanggung jawab dinas terkait antara lain: Dinas Trantib, Dinas Sosial dan RSJ Grhasia, yaitu meliputi:

- Pengembalian pasien pasca perawatan rumah sakit tidak lancar, ke keluarganya.
- Belum ada kesepakatan bersama dalam penanganan gelandangan psikotik
- Permasalahan pembiayaan kesehatannya perlu diperhatikan
- Kurangnya pemahaman pihak keluarga penderita
- Lemahnya pelayanan primer mengenai pelayanan kesehatan jiwa
- Kurangnya promosi kesehatan jiwa
- Permasalahan kesehatan jiwa di masyarakat amat banyak, namun di lain pihak pelayanan kesehatan jiwa amat spesialis sekali, sehingga banyak kasus-kasus tidak atau kurang ditangani..

j. Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat

Tujuan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat adalah usaha pencegahan gangguan jiwa dan peningkatan kesehatan jiwa masyarakat melalui penyuluhan, konsultasi dan integrasi di pelayanan kesehatan dasar dan kerja sama dengan instansi lain dalam menanggulangi kesehatan jiwa. Adapun bentuknya : family gathering (Temu Keluarga Pasien), integrasi kesehatan jiwa di puskesmas, Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ), Home Visite to Family (kunjungan rumah penderita gangguan jiwa), penyuluhan kesehatan jiwa, penguatan kemampuan dokter layanan primer dalam hal kesehatan jiwa masyarakat, pelibatan disiplin ilmu atau bidang-bidang lain (misalkan : psikologi, Pekerja Sosial, Kader Kesehatan, ulama, rohaniawan, dan lain-lainnya), dan lain-lainnya.

Adapun masalah yang ditemui:

- Keterbatasan Sumber Daya.
- Stigma terhadap pasien jiwa di masyarakat, kiranya inilah yang memperlihatkan perlunya promosi kesehatan jiwa di masyarakat.
- Umpan balik dari Puskesmas ke Rumah Sakit belum optimal, sehingga inilah perlunya penguatan kemampuan Dokter Layanan Primer (Puskesmas, dan dokter umum, klinik umum) dalam bidang Ilmu Kesehatan/kedokteran Jiwa
- Keterbatasan pembiayaan kesehatan
- Kelemahan pelayanan kesehatan primer (Puskesmas)
- Kelemahan sistem pelayanan kesehatan di berbagai tingkatan
- Perlu adanya perancangan pelayanan kesehatan jiwa yang memakai cara-cara yang murah, mudah dan berhasil guna tinggi.

k. Tingginya kasus Napza di DIY

Kasus penyalahgunaan NAPZA di Provinsi DIY dalam beberapa tahun terakhir ini meningkat cukup tajam dengan kasus terbesar pada kelompok generasi muda (proporsi terbesar adalah para pelajar dan mahasiswa : Data survei nasional di 33 dari 100 pelajar dan mahasiswa rata-rata 8 orang pelajar dan 5 mahasiswa pernah memakai narkoba). Untuk SLTP rata-rata 4 orang dalam setahun/DIY merupakan Provinsi yang termasuk tinggi dalam penyalahgunaan NAPZA. Adapun masalah yang terjadi meliputi:

- Promosi kesehatan kurang, tetapi program-program kuratif ditingkatkan

- Biaya perawatan masih dianggap tinggi oleh pengguna napza.
- Jarak rumah sakit Grhasia terhadap pengguna napza yang jauh
- Kurang atau lemahnya keharmonisan rumah tangga, sehingga remaja mencari pelarian ke obat-obatan
- Lemahnya promosi kesehatan jiwa di masyarakat
- Lemahnya promosi ketergantungan obat di masyarakat
- Lemahnya pencegahan di bidang kesehatan apapun (kesehatan jiwa, kesehatan masyarakat, keperawatan, kebidanan, kesehatan reproduksi, dan sebagainya)
- Mudahnya obat-obatan didapatkan di pasaran
- Di Yogyakarta banyak tumbuh sekolah- sekolah kesehatan (POLTEKKES, STIKES, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Fakultas Farmasi, dan sebagainya), namun fakta memperlihatkan bahwa masalah-masalah ketergantungan obat belum terselesaikan.

Dalam meningkatkan kualitas pembangunan kesehatan dan menjawab beberapa isu strategis di sektor kesehatan, maka diperlukan langkah-langkah yang dijabarkan secara lebih sistematis melalui perumusan kebijakan dan strategi didasarkan pada analisis SWOT sebagai berikut :

INTERNAL	STRENGTH (Kekuatan)	WEAKNESS (Kelemahan)
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Status Derajat kesehatan masyarakat di Provinsi DIY tertinggi di Indonesia. 2. Jumlah SDM kesehatan yang cukup 3. Tersedianya sarana dan prasarana pelayanan kesehatan 4. Komitmen jajaran kesehatan 5. Struktur organisasi yang solid 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belum semua pelayanan kesehatan memiliki sarana prasarana yang memadai. 2. Kualitas SDM kesehatan di Provinsi DIY masih kurang. 3. Tiga beban (Triple burdens) penyakit, yaitu masih tingginya penyakit menular, meningkatnya penyakit tidak menular, serta munculnya penyakit2 baru berpotensi wabah.
EKSTERNAL	OPORTUNITY (Peluang)	THREAT (Ancaman)
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komitmen berbagai pihak dalam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi alam dan lingkungan yang

	<p>pembangunan kesehatan di Provinsi DIY.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Jaminan pembiayaan kesehatan yang terintegrasi. 3. Adanya dorongan untuk mewujudkan pengembangan sistem jaminan kesejahteraan sosial masyarakat 4. Dukungan dan komitmen dari Pemerintah 5. Kesadaran masyarakat terhadap PHBS yang semakin baik 	<p>semakin kurang mendukung.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Adanya potensi endemik penyakit menular di beberapa daerah. 3. Ancaman bencana alam 4. Dana / anggaran kesehatan yang belum memadai 5. Penempatan pegawai yang kurang sesuai dengan kompetensinya
--	--	--

E. SEKTOR PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DAN PERLINDUNGAN ANAK

1. Kesenjangan Gender dalam Pembangunan

Kesenjangan gender dalam pembangunan merupakan persoalan strategis yang harus dijawab melalui serangkaian kebijakan dan program untuk memastikan bahwa pengurangan kesenjangan akan berkontribusi pada kesejahteraan dan kesetaraan gender. Dalam kerangka pembangunan nasional, khususnya dalam RPJMN 2010-2014, kesetaraan gender menjadi salah satu isu lintas bidang bersama dengan good governance dan pembangunan yang berkelanjutan. Ini menggambarkan bahwa pengarusutamaan gender telah diakui sebagai prioritas pembangunan di berbagai bidang. Kondisi ini terkonfirmasi dengan masih kuatnya berbagai bentuk persoalan kesenjangan gender, sebagaimana nampak dari selisih antara Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dan Indeks Pembangunan Gender (IPG). Data pemerintah menunjukkan bahwa selisihnya dalam kurun 4 tahun dari 2005 ke 2008 tidak mengalami perubahan berarti (dari 4.8 menjadi hanya 4.79).

Begitu juga situasi kesenjangan gender di DIY. Walaupun situasinya jauh lebih baik daripada tingkat kesenjangan gender di tingkat propinsi, namun kesenjangan gender tidak mengalami penurunan (sebanyak 3.2 dari tahun 2005 hingga tahun 2008). Data yang lebih baru menunjukkan berbagai dinamika, seperti naiknya Indeks Pembangunan Gender (IPG) pada tahun 2011 (menjadi 72.24 dari target sebanyak 70.80) . Capaian ini mendudukkan propinsi DIY dalam posisi kedua di tingkat nasional. Sedangkan untuk indicator pemberdayaan gender (IPJ) pada tahun yang sama adalah 63.32, yang melebihi rata-rata nasional (62,27), dan seperti IPG, DIY berada pada peringkat kedua.

Sedangkan capaian IPG DIY dari tahun 2008 sampai dengan 2011 adalah sebagai berikut:

Tabel II-28 Capaian IPG DIY, 2010-2011

Provinsi/Kabupaten	Angka Harapan Hidup		Angka Melek Huruf		Rata-rata Lama Sekolah		Sumbangan Pendapatan		IPG	
	(Tahun)		(Persen)		(Tahun)		(Persen)		2010	2011
	L	P	L	P	L	P	L	P		
(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
D I YOGYAKARTA	71,37	75,16	96,28	87,09	9,78	8,67	60,82	39,18	72,51	73,07
Kulon Progo	72,53	76,24	96,98	86,50	9,15	8,07	68,03	31,97	67,04	67,85
Bantul	69,42	73,32	96,39	86,25	9,35	8,36	62,06	37,94	71,33	71,71
Gunung Kidul	69,07	72,99	92,22	78,63	7,84	6,32	61,60	38,40	65,42	66,04
Sleman	73,21	76,86	97,90	89,76	11,18	9,97	62,21	37,79	74,17	74,75
Kota Yogyakarta	71,59	75,37	99,78	96,85	11,96	11,30	57,92	42,08	77,56	77,92

Sumber : BPS, Kementerian PP &PA

Walaupun terdapat berbagai kemajuan di berbagai bidang dan peningkatan target indicator gender, beberapa catatan berikut menjadi perhatian, yang antara lain adalah: *pertama*, terdapat ada 2 daerah (Gunungkidul dan Kulon Progo) yang GDI nya di bawah rata-rata nasional. Menimbang peran strategis propinsi sebagaimana di atur secara umum dalam PP No.38/ 2007 tentang Pembagian Kewenangan, kesenjangan antar kabupaten/ kota ini perlu menjadi perhatian dan focus bagi pemerintah propinsi DIY. *Kedua*, data baik kesenjangan IPM dan IPG, maupun juga IPG dan IPJ menggambarkan data-data agregat, namun belum memperhitungkan isu-isu gender yang lain seperti kekerasan, trafficking, maupun juga HIV-AIDS. Keberhasilan dan capaian yang relative baik di dalam IPG dan IPG harus dibarengi juga dengan upaya mengatasi isu-isu gender di atas, terlebih karena bagi propinsi DIY, isu-isu seperti HIV-AIDS semakin menjadi persoalan dengan kecenderungan peningkatan keterpaparan masyarakat dan lebih khusus

ibu (rumah tangga) dan anak-anak yang sekarang justru masuk ke dalam kategori kelompok rentan yang baru.

2. Isu-isu Strategis Gender

Menimbang situasi kesenjangan gender dan juga pencapaian-pencapaian baik dalam pengurangan kesenjangan gender di berbagai pihak, beberapa hal berikut ini penting untuk menjadi isu strategis bagi pembangunan di DIY. Isu-isu yang diidentifikasi berikut ini adalah dalam cakupan bidang Kesra, walaupun terdapat kemungkinan, persentuhan dengan berbagai bidang lain mengingat bahwa isu gender memiliki karakter sebagai isu lintas bidang (*cross cutting issues*). Secara umum, satu kondisi di sebut sebagai isu strategis gender apabila: *pertama*, menggambarkan kesenjangan baik dalam hal akses, partisipasi, kontrol dan manfaat pembangunan karena laki-laki dan perempuan karena nilai dan pandangan baku tentang gender. *Kedua*, masalah yang mendesak untuk segera diselesaikan (apabila tidak diselesaikan, bisa berimplikasi serius dan dirasakan oleh banyak orang). *Ketiga*, efek karambol, dimana penyelesaian isu strategis gender bisa berimplikasi pada penyelesaian isu gender yang lain.

Bagian berikut akan menguraikan isu-isu strategis gender di urusan yang masuk dalam wilayah bidang Kesejahteraan Rakyat. Sebagai catatan, untuk urusan pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak, akan diuraikan dalam bagian tersendiri setelah ini. Isu-isu strategis gender bidang kesra adalah:

1) Pendidikan

Walaupun capaian tingkat pendidikan (yang antara lain ditunjukkan dengan angka rata-rata lama sekolah dan tingkat buta huruf) di DIY jauh di atas rata-rata nasional, namun diperlukan upaya untuk menjawab berbagai persoalan kesenjangan gender di dalam sector pendidikan. Beberapa isu tersebut adalah:

- a) Muatan pendidikan kesetaraan gender dalam kurikulum pendidikan. Aspek ini menjadi sangat penting mengingat bahwa lemahnya kesadaran gender sangat mungkin berkorelasi dengan

pendidikan yang bias gender. Namun di lain sisi pula, pendidikan bisa menjadi alternative untuk mendorong pemahaman, kesadaran dan praktek-praktek baru yang responsive gender, terlebih bila dilakukan sejak usia dini. Muatan pendidikan yang responsive gender di sector pendidikan di DIY sebetulnya sudah di inisiasi dalam beberapa tahun terakhir ini dan telah terdapat banyak kemajuan, namun penguatan untuk memastikan penyadaran gender yang efektif dan berkelanjutan menjadi tantangan di sini.

- b) Kecenderungan meningkatnya kejadian putus sekolah terutama pada anak sekolah, yang salah satu sebab utamanya adalah karena kejadian kehamilan yang tidak dikehendaki. Beberapa kajian menunjukkan bahwa persoalan ini semakin menjadi persoalan serius, yang menjadi ancaman bukan hanya bagi pemenuhan hak anak (perempuan) atas pendidikan yang setara, namun juga ancaman bagi pencapaian target pembangunan sector pendidikan. Upaya-upaya seperti pendidikan kesehatan reproduksi di sekolah secara tepat, bersama dengan kebijakan untuk memastikan hak yang setara untuk anak laki-laki dan perempuan untuk bisa mengakses pendidikan harus di dorong, termasuk bagi anak-anak yang mengalami kehamilan yang tidak dikehendaki. Upaya afirmasi dan promosi, sama-sama dibutuhkan di sini.
- c) Dukungan kebijakan dan sumber daya untuk pendidikan usia dini. Pendidikan usia dini, sangatlah esensial untuk pengembangan pendidikan karakter. Dukungan kebijakan melalui sumber daya yang memadai sangat dibutuhkan, sehingga hak anak-anak terpenuhi, demikian juga dengan tenaga pendidik yang pada kelompok ini, mayoritas adalah perempuan.
- d) Pengembangan dan pemanfaatan data pilah pendidikan, untuk mengukur kemajuan-kemajuan dan sekaligus tantangan terkait isu gender di dalam pendidikan. Pengembangan data pilah sering dikeluhkan karena sulit dan data mentah yang belum terpilah, namun seharusnya kondisi ini tidak menjadi persoalan bagi sector pendidikan karena data pendidikan di tingkat terbawah (sekolah), sebagian besar sudah terpilah. Pengembangan data pilah di

berbagai sector kunci sangatlah penting sebagai pijakan untuk pengembangan intervensi kebijakan dan program yang tepat dan berkontribusi untuk pengurangan kesenjangan gender di berbagai sector pembangunan.

- e) Upaya-upaya mengatasi kesenjangan akses dan tingkat pendidikan berbasis gender. Persoalan kesenjangan gender dalam hal akses pendidikan antar kabupaten dan kota memang tidak sama, seperti kecenderungan bahwa di kota Yogyakarta, angka putus sekolah pada anak laki-laki lebih tinggi di bandingkan perempuan. Harus ada kajian lebih lanjut tentang hal ini, sebagaimana kajian dan pengembangan kebijakan terkait meningkatnya kecenderungan putus sekolah pada anak perempuan karena kehamilan yang tidak dikehendaki. Juga kajian dan dukungan bagi pendidikan kejuruan, dan bagaimana korelasinya dengan konstruksi gender yang ada serta dukungan kebijakan yang dibutuhkan di sini.
- f) Perluasan akses pendidikan bagi anak berkebutuhan khusus dan kelompok gender minoritas. Anak-anak berkebutuhan khusus memiliki hak yang sama dengan anak-anak yang lain pada umumnya untuk bisa mengenyam pendidikan secara memadai dan bermartabat. Perluasan akses ini bisa dilakukan dengan mendorong skema khusus untuk anak berkebutuhan khusus di satu sisi, serta mempromosikan pendidikan inklusi sehingga hak anak-anak berkebutuhan khusus bisa terpenuhi secara layak.

Petajalan untuk tahapan indikasi dalam pencapaian isu-isu gender bidang pendidikan adalah sebagai berikut:

Isu Gender	2013	2014	2015	2016	2017
Muatan Kurikulum	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi muatan gender yang penting masuk dalam kurikulum pendidikan (khususnya dalam muatan local) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan bahan ajar untuk pendidikan yang responsive gender 	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan kapasitas bagi guru untuk memasukkan muatan responsive gender dalam pendidikan 	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan kapasitas bagi guru untuk memasukkan muatan responsive gender dalam pendidikan 	<ul style="list-style-type: none"> • Bahan ajar dan SDM (guru) telah memiliki pemahaman dan kecakapan pendidikan yang responsive gender
Pendidikan Usia Dini	<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan bagi penguatan sarana dan prasarana belajar untuk pendidikan usia dini 	<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan bagi penguatan sarana dan prasarana belajar untuk pendidikan usia dini 	<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan bagi penguatan sarana dan prasarana belajar untuk pendidikan usia dini 	<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan bagi penguatan sarana dan prasarana belajar untuk pendidikan usia dini 	<ul style="list-style-type: none"> • SDM dan sarana prasarana yang memadai bagi pendidikan usia dini

Akses Pendidikan Setara	<ul style="list-style-type: none"> • Pemetaan hambatan atas akses pendidikan yang setara 	<ul style="list-style-type: none"> • Keluarnya kebijakan pendukung untuk mengurangi berbagai hambatan akses pendidikan yang setara hingga pendidikan 12 tahun 	<ul style="list-style-type: none"> • Edukasi public untuk mendorong kesetaraan akses dalam pendidikan bagi anak perempuan dan laki-laki 	<ul style="list-style-type: none"> • Edukasi public untuk mendorong kesetaraan akses dalam pendidikan bagi anak perempuan dan laki-laki 	<ul style="list-style-type: none"> • Perbaikan akses pendidikan yang setara antara anak perempuan dan laki-laki hingga jenjang pendidikan 12 tahun
Data Pendidikan	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan data pilah pendidikan berdasarkan jenis kelamin 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan data pilah pendidikan berdasarkan jenis kelamin 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemutakhiran data pilah pendidikan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemutakhiran data pilah pendidikan 	<ul style="list-style-type: none"> • Data pilah pendidikan yang terupdate secara berkala

<p>Akses Pendidikan bagi ABK</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Penguatan SDM sekolah yang memadai untuk mendorong inklusi ABK dalam pendidikan • Penguatan dukungan bagi sekolah khusus untuk ABK 	<ul style="list-style-type: none"> • Penguatan SDM sekolah yang memadai untuk mendorong inklusi ABK dalam pendidikan • Penguatan dukungan bagi sekolah khusus untuk ABK 	<ul style="list-style-type: none"> • Sarana dan prasarana belajar yang memungkinkan ABK dalam system pendidikan formal • Penguatan dukungan bagi sekolah khusus untuk ABK 	<ul style="list-style-type: none"> • Sarana dan prasarana belajar yang memungkinkan ABK dalam system pendidikan formal 	<ul style="list-style-type: none"> • SDM dan kapasitas sekolah memadai untuk inklusi bagi ABK dalam sistem pendidikan formal
----------------------------------	---	---	---	---	---

Upaya menjawab persoalan gender terkait dengan urusan pendidikan ini bisa diintegrasikan dengan program dan kegiatan untuk mencapai misi I RPJMD 2012-2017, yaitu membangun peradaban berbasis nilai-nilai kemanusiaan dengan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, mengembangkan pendidikan yang berkarakter yang didukung dengan pengetahuan budaya, pelestarian dan pengembangan hasil budaya, serta nilai-nilai budaya. Program yang terkait untuk ini antara lain adalah:

- a. Program Pendidikan Anak Usia Dini
- b. Program Wajib Belajar Pendidikan Dasar Sembilan Tahun.
- c. Program Pendidikan Menengah.
- d. Program Pendidikan Khusus dan Pendidikan Layanan Khusus

2) Kesehatan

- a) Peningkatan status kesehatan ibu dan anak. Persoalan kematian ibu dan anak adalah ujung dari berbagai persoalan kesenjangan berbasis gender di berbagai bidang kehidupan, dan karenanya, upaya menggalang dukungan keluarga dan masyarakat perlu dilakukan untuk memastikan bahwa hak dan kesehatan ibu dan anak menjadi prioritas. Inisiatif yang telah dilakukan oleh pemerintah di sector kesehatan untuk menjadikan persoalan kesehatan ibu sebagai masalah bersama, harus dikuatkan dan menjadi komitmen bersama berbagai pihak.
- b) Kesehatan Reproduksi remaja. Persoalan kesehatan reproduksi remaja perlu menjadi perhatian karena anggapan bahwa kesehatan reproduksi (dan seksual) dianggap sebagai tabu sehingga remaja yang tidak mendapatkan informasi yang dibutuhkan, justru mengakses informasi dari sumber yang tidak tepat. Kondisi seperti ini, justru meningkatkan kerentanan remaja terhadap berbagai bentuk persoalan seperti kehamilan yang tidak dikehendaki dan risiko pelecehan seksual. Karenanya, program dan kegiatan kesehatan reproduksi remaja harus dikembangkan untuk memenuhi hak remaja mendapatkan informasi yang memadai, dan dikembangkan sesuai dengan budaya local, sehingga tepat dan efektif.

- c) Efektivitas dan pemantauan bagi program-program kesehatan yang responsive gender. Terkait dengan kesehatan ibu dan anak, khususnya dalam pencapaian target penurunan angka kematian ibu, monitoring atas efektivitas berbagai kebijakan, program dan kegiatan yang terkait dengan kesehatan ibu dan anak yang sudah dikelola oleh pemerintah selama ini harus dikembangkan. Monitoring ini juga perlu dilakukan untuk mengidentifikasi apakah masalah dan gap yang menjadikan target penurunan kematian ibu di DIY relative stagnan.
- d) Persoalan HIV-AIDS. Harus di sadarai, bahwa sebagai fenomena gunung es, kasus HIV-AIDS yang sesungguhnya terjadi, sangat mungkin lebih besar daripada yang dilaporkan. Selain itu, data-data pemerintah menunjukkan bahwa prevalensi HIV-AIDS di DIY semakin meningkat dari tahun ke tahun, dan justru, konstruksi sosial yang ada telah menjadikan ibu rumah tangga dan anak-anak menjadi kelompok dengan keterpaparan dan kerentanan yang tinggi terhadap HIV-AIDS. Penyadaran akan HIV-AIDS harus berfokus pada memastikan perempuan dan anak memiliki informasi yang cukup akan HIV-AIDS, termasuk cara-cara penularan dan pencegahannya. Kampanye efektif melalui berbagai media dan kelembagaan sosial perlu dikembangkan.

Peta jalan untuk tahapan indikasi dalam pencapaian pencapaian isu-isu gender bidang kesehatan adalah sebagai berikut:

Isu Gender	2013	2014	2015	2016	2017
Peningkatan status kesehatan ibu dan anak	<ul style="list-style-type: none"> • Kampanye untuk menggalang dukungan masyarakat untuk mendorong kesehatan ibu dan anak • Evaluasi terhadap ketersediaan sarana dan prasarana untuk mendukung peningkatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Edukasi public untuk menggalang dukungan keluarga dan masyarakat untuk kesehatan ibu dan anak • Sarana dan prasarana serta SDM yang mantap untuk pelayanan kesehatan ibu dan anak 	<ul style="list-style-type: none"> • Keterlibatan keluarga dan masyarakat dalam mendukung kesehatan ibu dan anak 	<ul style="list-style-type: none"> • Keterlibatan keluarga dan masyarakat dalam mendukung kesehatan ibu dan anak 	<ul style="list-style-type: none"> • Progress penurunan AKI dan AKB yang semakin baik

	status kesehatan ibu dan anak				
Kesehatan Reproduksi Remaja	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan media-media edukasi untuk kesehatan reproduksi remaja melalui jalur budaya 	<ul style="list-style-type: none"> • Edukasi kesehatan reproduksi remaja melalui jalur budaya 	<ul style="list-style-type: none"> • Keterlibatan remaja dalam kampanye kesehatan reproduksi remaja 	<ul style="list-style-type: none"> • Keterlibatan remaja dalam kampanye kesehatan reproduksi remaja 	<ul style="list-style-type: none"> • Penyadaran remaja akan haknya terkait kesehatan reproduksi
Efektivitas program kesehatan responsive gender	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinasi antar program kesehatan yang responsive gender • Pengembangan design monitoring dan evaluasi program 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan design monitoring dan evaluasi program yang memadai 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring dan evaluasi program kesehatan responsive gender 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring dan evaluasi program kesehatan responsive gender 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasil monev menjadi pijakan untuk pengembangan program ke depan

	yang memadai				
HIV/AIDS	<ul style="list-style-type: none"> • Edukasi public tentang kecenderungan prevalensi HIV-AIDS 	<ul style="list-style-type: none"> • Edukasi public tentang distribusi kerentanan HIV-AIDS 	<ul style="list-style-type: none"> • Edukasi public tentang distribusi kerentanan HIV-AIDS 	<ul style="list-style-type: none"> • Edukasi public tentang distribusi kerentanan HIV-AIDS • Edukasi untuk mengurangi berbagai hambatan dan eksklusi ODHA 	<ul style="list-style-type: none"> • Edukasi untuk mengurangi berbagai hambatan dan eksklusi ODHA

Upaya menjawab persoalan gender terkait dengan urusan kesehatan di atas ini bisa diintegrasikan dengan program dan kegiatan untuk mencapai misi I RPJMD 2012-2017, yaitu membangun peradaban berbasis nilai-nilai kemanusiaan dengan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, mengembangkan pendidikan yang berkarakter yang didukung dengan pengetahuan budaya, pelestarian dan pengembangan hasil budaya, serta nilai-nilai budaya. Program yang terkait untuk ini antara lain adalah:

- Program Pembinaan Kesehatan Ibu
- Program Pembinaan Kesehatan Anak dan Remaja
- Program Pembinaan Kesehatan Lansia
- Program Pembinaan Kesehatan Bayi dan Balita
- Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

3) Tenaga Kerja

- a) Perluasan akses dan kesempatan kerja yang setara bagi laki-laki dan perempuan, termasuk pengembangan *creative job creation* bagi perempuan. Akses pekerjaan perlu disediakan oleh pemerintah, salah satunya melalui industry kreatif yang bisa diakses dan melibatkan perempuan.
- b) Perluasan akses permodalan dan penguatan manajemen bagi usaha mikro. Usaha mikro adalah tumpuan bagi banyak perempuan. Sebagian adalah usaha berbasis rumahan, yang tidak tercatat, sering hanya dianggap sebagai usaha sampingan, dan karenanya belum menjadi prioritas bagi kebijakan ketenagakerjaan dan ekonomi. Upaya perluasan akses dan penguatan manajemen serta ketrampilan yang dibutuhkan oleh perempuan usaha mikro akan menjadi alternative penting yang akan menguatkan usaha dan kemandirian ekonomi perempuan.
- c) Perlindungan buruh perempuan, sehingga buruh perempuan dan laki-laki sama-sama bisa mendapatkan dan terlindungi hak-haknya secara bermartabat. Isu-isu seperti upah yang sama untuk pekerjaan yang sama, cuti haid dan melahirkan, lingkungan kerja yang aman, serta

perlindungan dari berbagai bentuk kekerasan berbasis gender di lingkungan kerja harus dikembangkan. Selain itu, skema monitoring juga diperlukan untuk melihat sejauh mana regulasi dan berbagai bentuk peraturan ketenagakerjaan telah diterapkan oleh perusahaan.

Petajalan untuk tahapan indikasi dalam pencapaian penyelesaian isu gender bidang tenaga kerja adalah sebagai berikut:

Isu Gender	2013	2014	2015	2016	2017
Akses kepada kesempatan Kerja	<ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan dan anggaran yang mendukung creative job creation 	<ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan dan anggaran yang mendukung creative job creation 	<ul style="list-style-type: none"> • Iklim usaha yang mendukung untuk pengembangan creative job creation 	<ul style="list-style-type: none"> • Iklim usaha yang mendukung untuk pengembangan creative job creation 	<ul style="list-style-type: none"> • Meningkatnya angka partisipasi kerja perempuan dan laki-laki
Penguatan Usaha Mikro	<ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan untuk menguatkan usaha mikro 	<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan sector perbankan dan jasa keuangan untuk usaha mikro 	<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan sector perbankan dan jasa keuangan untuk usaha mikro • Penguatan manajemen bagi usaha mikro 	<ul style="list-style-type: none"> • Dukungan sector perbankan dan jasa keuangan untuk usaha mikro • Penguatan manajemen bagi usaha mikro 	<ul style="list-style-type: none"> • Menguatnya kapasitas dan ketangguhan sector usaha mikro
Perlindungan Buruh	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan 	<ul style="list-style-type: none"> • Edukasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Edukasi public 	<ul style="list-style-type: none"> • Edukasi public 	<ul style="list-style-type: none"> • Pemetaan akan

Perempuan	<p>media edukasi tentang hak-hak buruh perempuan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan skema monitoring tentang pemenuhan hak perempuan 	<p>public untuk penyadaran akan hak-hak buruh perempuan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoring tentang pemenuhan hak perempuan 	<p>untuk penyadaran akan hak-hak buruh perempuan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoring tentang pemenuhan hak perempuan 	<p>untuk penyadaran akan hak-hak buruh perempuan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoring tentang pemenuhan hak perempuan 	<p>situasi dan pemenuhan hak perempuan</p>
-----------	--	--	---	---	--

Dalam misi I RPJMD, petajalan di atas tersebut bisa diintegrasikan dalam beberapa program Peningkatan kesempatan kerja, program pelayanan pengawasan lembaga ketenagakerjaan serta program Peningkatan kualitas dan produktivitas tenaga kerja.

4) Sosial

- a) Meningkatnya usia harapan hidup, dan umur harapan hidup perempuan yang lebih tinggi harus menjadi perhatian dalam pembangunan di sector sosial. Upaya ini perlu menggabungkan antara memastikan pemenuhan hak dan kesejahteraan bagi lansia (dan terlebih adalah lansia perempuan) di satu sisi, dan mempromosikan bahwa lansia (perempuan) juga bisa berkontribusi untuk kepentingan baik dirinya sendiri maupun komunitasnya. Perhatian terhadap kapasitas dan memberikan ruang memadai untuk kontribusi lansia sangat penting dilakukan melalui menguatkan skema seperti keterlibatan lansia dalam posyandu lansia atau kegiatan sosial yang lain.
- b) Isu gender dan bencana. Meningkatnya keterpaparan perempuan dan kelompok rentan yang lain dalam bencana perlu menjadi perhatian, apalagi karena tingginya keterpaparan bencana di DIY. Selain itu, data-data bencana juga mengkonfirmasi bahwa distribusi kerentanan bencana tidaklah natural, dan menjadikan kelompok rentan menghadapi dampak bencana yang lebih berat. Upaya pengembangan kesiapsiagaan perlu di barengi dengan perhatian akan dukungan dan pemenuhan kebutuhan spesifik dan perlindungan kelompok rentan, namun sekaligus juga memberi ruang sehingga kelompok rentan terlibat dalam upaya-upaya ini. Hal ini untuk memastikan bahwa program yang dilakukan menjawab kebutuhan dan dilakukan dengan pendekatan yang tepat.
- c) Perlindungan dan afirmasi bagi kelompok rentan sosial ekonomi. Program dan kegiatan untuk membangun perlindungan bagi kelompok

rentan sosial ekonomi, bisa dilakukan melalui pengembangan akses ekonomi bagi kelompok rentan dan menggabungkannya dengan perlindungan sosial.

Petajalan untuk tahapan indikasi dalam penyelesaian isu gender bidang sosial dalam periode 2012-2017 adalah sebagai berikut:

Isu Gender	2013	2014	2015	2016	2017
Kesejahteraan dan Pemberdayaan Lansia	<ul style="list-style-type: none"> • Pemetaan persoalan dan kebutuhan terkait kesejahteraan lansia 	<ul style="list-style-type: none"> • Edukasi public untuk mendukung program kesejahteraan lansia • Sarana dan prasarana yang mendukung kebutuhan dan kesejahteraan lansia 	<ul style="list-style-type: none"> • Edukasi public untuk mendukung program kesejahteraan lansia • Sarana dan prasarana yang mendukung kebutuhan dan kesejahteraan lansia 	<ul style="list-style-type: none"> • Tersedia sarana dan prasarana yang mendukung kebutuhan dan kesejahteraan lansia 	<ul style="list-style-type: none"> • Meningkatnya status kesejahteraan lansia
Gender dalam Bencana	<ul style="list-style-type: none"> • Pemetaan 	<ul style="list-style-type: none"> • Perumusan 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementasi 	<ul style="list-style-type: none"> • Masuknya upaya

	risiko bencana berbasis gender	langkah-langkah pengurangan risiko bencana berbasis gender	langkah-langkah pengurangan risiko bencana berbasis gender	i langkah-langkah pengurangan risiko bencana berbasis gender	pengurangan risiko bencana berbasis gender dalam penanggulangan bencana
Perlindungan dan Afirmasi Kelompok Rentan Sosial Ekonomi	<ul style="list-style-type: none"> • Pemetaan isu-isu terkait perlindungan kelompok rentan sosial ekonomi 	<ul style="list-style-type: none"> • Pengembangan skema afirmasi ekonomi dan sosial untuk kelompok rentan 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementasi program afirmasi untuk kelompok rentan sosial ekonomi 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementasi program afirmasi untuk kelompok rentan sosial ekonomi 	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan status kesejahteraan kelompok rentan sosial ekonomi

Integrasi petajalan di atas bisa dilakukan dengan mengintegrasikan dalam Misi I RPJMD, yaitu: Membangun peradaban berbasis nilai-nilai kemanusiaan dengan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, mengembangkan pendidikan yang berkarakter yang didukung dengan pengetahuan budaya, pelestarian dan pengembangan hasil budaya, serta nilai-nilai budaya. Turunannya, adalah melalui beberapa program yang berikut ini:

- Program pelayanan dan perlindungan lanjut usia terlantar
- Program penanganan dan penanggulangan bencana
- Program Pemberdayaan Fakir Miskin, dan Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS) lainnya
- Program perlindungan dan pemberdayaan bagi Korban tindak kekerasan, pekerja migran bermasalah sosial psikologis, dan korban trafficking
- Program Pembinaan Para Penyandang Cacat dan Trauma

Sementara khusus untuk terkait konteks bencana, Petajalan ini bisa diintegrasikan dengan misi III RPJMD, yaitu Meningkatkan tata kelola pemerintahan yang baik ke arah katalisator yang mampu mengelola pemerintahan secara efisien, efektif, mampu menggerakkan dan mendorong dunia usaha dan masyarakat lebih mandiri. Programnya adalah program Pencegahan Dini Bencana dan Program Penanggulangan Korban Bencana

5) Arsip dan Kepustakaan

Isu penting bagi bidang ini adalah mendorong peningkatan dan perluasan aksesibilitas sarana perpustakaan bagi berbagai kelompok usia dan penyandang disabilitas. Hal ini akan menjadikan pemanfaatan berbagai sarana pendidikan yang lebih luas bagi berbagai kelompok di masyarakat. Hal ini bisa dilakukan dengan penyediaan sarana yang mendukung aksesibilitas perpustakaan bagi kelompok penyandang disabilitas, hingga penguatan inisiatif seperti taman bacaan komunitas dan penguatan perpustakaan keliling dengan memasukkan akomodasi kebutuhan

kelompok penyandang disabilitas di dalamnya. Di dalam RPJMD, upaya ini bisa diintegrasikan dalam program Pengembangan Sarana dan Prasarana Perpustakaan yang merupakan bagian dari pencapaian misi I RPJMD.

6) Kebudayaan

Penyadaran kesadaran gender melalui jalur budaya memiliki peran strategis karena jalur ini di anggap lebih efektif sebagai media penyadaran masyarakat, terlebih untuk isu-isu gender yang sensitive. Kampanye ini juga penting didorong sebagai upaya kolektif yang didukung baik oleh perempuan maupun laki-laki, karena gagasan kesetaraan gender adalah merupakan kepentingan kemanusiaan, dan bukan hanya kepentingan perempuan. Kampanye dan penyadaran melalui jalur budaya menjadi pilihan untuk mendorong perubahan cara pandang dan melakukan kampanye positif terhadap isu-isu dan gagasan kesetaraan dan keadilan gender. Yogyakarta sebagai pusat budaya bisa menjadi pusat referensi untuk pengembangan budaya dan praktek kesetaraan gender.

Petajalan untuk tahapan indikasi dalam penyelesaian isu gender Bidang Arsip dan Kepustakaan, serta Budaya

Isu Gender	2013	2014	2015	2016	2017
Aksesibilitas Sarana Kepustakaan bagi Penyandang Disabilitas	Pengembangan sarana kepustakaan untuk mengakomodasi hak kelompok penyandang disabilitas	Pengembangan sarana kepustakaan untuk mengakomodasi hak kelompok penyandang disabilitas	Pengembangan sarana kepustakaan untuk mengakomodasi hak kelompok penyandang disabilitas	Pengembangan sarana kepustakaan untuk mengakomodasi hak kelompok penyandang disabilitas	Meningkatnya akses kelompok penyandang disabilitas terhadap sarana kepustakaan
Penyadaran Gender melalui Jalur Budaya	Pengembangan media edukasi sadar gender melalui jalur budaya local	Pengembangan media edukasi sadar gender melalui jalur budaya local	Penyadaran public tentang kesadaran gender melalui jalur budaya	Penyadaran public tentang kesadaran gender melalui jalur budaya	Penyadaran public tentang kesadaran gender melalui jalur budaya

Integrasinya bisa dilakukan kepada misi I RPJMD, dengan program yang relevan adalah Program Pengembangan Nilai Budaya dan Program Pengelolaan Keragaman Budaya.

F. SEKTOR PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DAN DESA

Terwujudnya penguatan daya saing dan daya tahan ekonomi daerah untuk peningkatan kesejahteraan rakyat merupakan salah satu agenda utama pembangunan di Daerah Istimewa Yogyakarta. Hal ini sebagai tema pembangunan bagi Pemerintah Daerah Istimewa Yogyakarta tahun anggaran 2013 yang termuat pada visi dan misi pembangunan daerah lima tahunan dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2013 – 2017 (Bappeda DIY, 2013).

Salah satu bentuk *pengejawantahan* dari tema tersebut adalah Program Pemberdayaan Masyarakat atau *Community Development (CD)* dalam rangka untuk mewujudkan penanggulangan pengentasan kemiskinan di DIY. Konsep pemberdayaan pada umumnya memiliki 2 (dua) kecenderungan, yaitu: 1) kecenderungan primer, yang memberikan atau mengalihkan sebagian kekuasaan, kekuatan, atau kemampuan (*power*) kepada masyarakat atau individu, misalnya melalui upaya membangun aset material guna mendukung kemandirian; dan 2) kecenderungan sekunder, yang menekankan pada proses memberikan stimulasi, mendorong atau memotivasi individu agar mempunyai kemampuan atau keberdayaan untuk menentukan apa yang menjadi pilihan hidupnya (Ife & Tesoriero, 2006:140). Hakikat dari konsep pemberdayaan adalah menjadikan manusia dan kemanusiaan sebagai pusat, baik dalam tolok ukur normatif, struktural, dan substansial (Suharto E. , 2006:60).

Pemberdayaan masyarakat adalah sebuah konsep pembangunan ekonomi yang merangkul nilai-nilai sosial dan ekologis. Pemberdayaan masyarakat menjadi jawaban atas gagalnya model-model pembangunan ekonomi dalam menanggulangi masalah kemiskinan dan lingkungan yang berkelanjutan sekaligus atas harapan terhadap adanya alternatif pembangunan yang memasukan nilai-nilai demokrasi, persamaan gender, dan pertumbuhan ekonomi yang memadai (Ife & Tesoriero, 2006:149).

Dalam rangka untuk penanggulangan dan pengentasan kemiskinan di DIY melalui proram pemberdayaan masyarakat mempunyai 3 (tiga) kata

kunci yaitu *partisipatif, self belonging, dan sustainable*. Sehingga harapannya dengan program pemberdayaan masyarakat baik *output, outcome* dan dampak di DIY dapat terwujud. Dengan cara pemberian bantuan dana bergulir (hibah) bagi kelompok usaha ekonomi produktif untuk memotivasi kegiatan usaha masyarakat agar lebih dapat mandiri, berkembang, berdaya guna dan berhasil guna dapat meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara berkesinambungan. Adapun tujuan kesejahteraan berkesinambungan ini kemudian dijabarkan menjadi:

1. Menumbuhkan, mengembangkan dan menguatkan wirausaha Mandiri dan Kelompok Usaha Masyarakat melalui kelompok-kelompok usaha ekonomi produktif.
2. Menumbuhkan, mengembangkan dan menguatkan Kelompok Usaha Masyarakat yang dapat memberikan kesempatan kepada anggotanya guna melakukan usaha ekonomi produktif.
3. Membentuk Kelompok Usaha yang dapat mendukung dan memperlancar usaha ekonomi produktif bagi anggotanya.
4. Mengurangi angka kemiskinan dan pengangguran di daerah.
5. Mengurangi angka permasalahan sosial, ekonomi, dan lingkungan.
6. Menumbuhkan, mengembangkan dan menguatkan motivasi kepada Kelompok Usaha agar mampu dan dapat meningkatkan kesejahteraan bagi anggotanya secara berkesinambungan.

Program pemberdayaan masyarakat tidak akan terwujud tanpa adanya dukungan penuh dan peran serta secara aktif dan kreatif membangun dan memenuhi kebutuhan di wilayah secara mandiri. Dalam kerangka ini, masyarakat diharapkan dapat terlibat langsung dan berpartisipasi aktif dari langkah awal persiapan, penyusunan program yang diperlukan, pelaksanaan program, evaluasi dan sampai akhir program. Berdasarkan hal tersebut, maka semua program atau kegiatan seyogyanya diorientasikan pada *bottom-up planning*, sehingga dapat sesuai dengan kondisi, situasi, potensi, kebutuhan dan aspirasi masyarakat setempat. Dalam rangka mendukung hal tersebut maka pendekatan lokalitas akhirnya menjadi model pendekatan utama dalam

proses pembangunan. Pendekatan yang berbasis lokal pada dasarnya menginginkan sikap yang memberikan keperpihakan kepada kepentingan komunitas lokal. Pendekatan ini juga akan menempatkan pengetahuan lokal (*local knowledge*) dan para jenius lokal (*local geniuses*) di latar depan. Dalam pendekatan ini, akan mengakomodasi potensi maupun modal sosial (*sosial kapital*) masyarakat sebagai sumber daya pembangunan menjadi sangat penting untuk dilakukan.

Masalah kemiskinan sampai saat ini terus-menerus menjadi masalah yang berkepanjangan. Sebenarnya sudah banyak program pengentasan kemiskinan yang dilakukan oleh pemerintah, namun belum membawa perubahan yang berarti. Program-program penanggulangan kemiskinan sudah banyak dilaksanakan diberbagai negara. Strategi pembangunan yang dikembangkan bangsa Indonesia selama ini adalah bertumpu pada pertumbuhan ekonomi yang tinggi. Pertumbuhan ekonomi yang dianggap tinggi tersebut ternyata tidak diikuti dengan pemerataan distribusi pendapatan pada semua golongan masyarakat. Sehingga terjadi *trade-off* antara pertumbuhan dan pemerataan. Mencermati beberapa kekeliruan paradigmatik penanggulangan kemiskinan, dimana analisis yang seharusnya memunculkan variabel-variabel yang signifikan untuk menanggulangi kemiskinan justru variabel yang tidak signifikan dimasukkan, maka strategi yang harus dilakukan untuk mengatasi kemiskinan: seyogyanya juga tidak hanya memprioritaskan aspek ekonomi tapi memperhatikan dimensi lain, untuk meningkatkan kemampuan dan mendorong produktivitas, strategi yang dipilih adalah peningkatan kemampuan dasar masyarakat miskin untuk meningkatkan pendapatan, melibatkan masyarakat miskin dalam keseluruhan proses penanggulangan kemiskinan, strategi pemberdayaan. Pemerintah dan pihak lainnya bergabung menjadi kekuatan yang saling mendukung.

Ada beberapa masalah dalam pembangunan masyarakat desa yaitu ketergantungan kepada pemerintah, urban bias (pembangunan yang bias keperkotaan), belum berkembangnya kesadaran aparatur pemerintah terhadap pembangunan masyarakat desa dan masih lemahnya koordinasi antar instansi, sehingga menyebabkan masyarakat desa lebih sering menjadi obyek dibandingkan sebagai subyek pembangunan. Kurangnya keterlibatan masyarakat dalam setiap

proses pembangunan, masyarakat hanya dijadikan obyek pembangunan, sehingga perasaan kurang atau tidak memiliki hasil pembangunan, karena pembangunan yang tidak diperlukan atau dibutuhkan masyarakat. Lemahnya dukungan database yang valid di setiap wilayah atau daerah mengakibatkan proses perencanaan pembangunan menjadi tidak tepat sasaran, target dan tidak efektif.

Dari sisi anggaran perlu adanya direposisi penggunaan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) untuk membuka peluang dan kesempatan berusaha bagi orang miskin berpartisipasi dalam proses pembangunan ekonomi. Sehingga bentuk program-program dan kegiatan yang diusung melalui APBD di masing-masing SKPD diwajibkan untuk berorientasi pada program penanggulangan kemiskinan berbasis pemberdayaan dan perlindungan.

Kurang optimalnya *networking* atau jejaring dengan pihak pengusaha-pengusaha di luar CSR serta melibatkan langsung peran perguruan Tinggi Negeri maupun swasta dengan Kuliah Kerja Nyata (KKN) tematik penanggulangan Kemiskinan. Kebijakan-kebijakan yang masih didominasi aspek politis sehingga sinergitas kebijakan baik tingkat Provinsi maupun Kab./Kota tidak selaras, oleh karena itu perlu adanya peningkatan koordinasi secara kontinyu agar kebijakan dapat berpihak pada rakyat miskin.

Kebijakan dan program seyogyanya untuk memberdayakan bagi kelompok miskin. Kemiskinan memiliki sifat yang multidimensional, maka penanggulangannya tidak cukup hanya dengan mengandalkan pendekatan ekonomi, akan tetapi juga mengandalkan kebijakan dan program di bidang sosial, politik, hukum dan kelembagaan. Kebijakan dan program yang dapat melindungi kelompok-kelompok miskin. Kelompok masyarakat miskin sangat rentan terhadap guncangan internal (misalnya kepala keluarga meninggal, jatuh sakit, kena PHK) maupun guncangan eksternal (misalnya kehilangan pekerjaan, bencana alam, konflik sosial), karena tidak memiliki ketahanan atau jaminan dalam menghadapi guncangan-guncangan tersebut.

BAB III

ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI PEMBANGUNAN

A. ARAH DAN KEBIJAKAN SEKTOR KEPENDUDUKAN, KELUARGA BERENCANA, DAN KELUARGA SEJAHTERA

1. Arah Kebijakan

Jumlah Penduduk yang besar namun tidak berkualitas akan menjadi Beban Pembangunan, namun harus tetap menjadi Upaya Pemerintah untuk meningkatkan Kesejahteraannya. Dengan laju pertumbuhan penduduk yang terkendali, maka setiap Usaha Pembangunan untuk meningkatkan Kesejahteraan Penduduk, akan lebih mudah dilakukan.

Kebijakan yang diperlukan DIY :

1. Untuk manajemen Program Kependudukan KB DIY, diperlukan bidang Pengendalian Penduduk, Bidang Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, Bidang Keluarga Sejahtera dan Pemberdayaan Keluarga, Bidang Pelatihan dan Pengembangan, Bidang Advokasi Penggerakan dan Informasi (ADPIN), Bidang Sekretariat.
2. Membuat Peraturan daerah sebagai tindak lanjut UU No 52 Tahun 2009 mengenai Kependudukan dan Pembangunan Keluarga dengan Peraturan Daerah.
3. Tupoksi kependudukan perlu di rumuskan, sehingga kabupaten dan kota memiliki wewenang untuk mengelola program kependudukan.
4. Revitalitas Program KB melalui:
 - a) Pengembangan dan sosialisasi kebijakan pengendalian penduduk yang responsir gender.
 - b) Pembinaan dan peningkatan kemandirian Keluarga Berencana.
 - c) Promosi dan peggerakan masyarakat.
 - d) Peningkatan dan pemanfaatan sistem informasi manajemen (SIM) berbasis tekhnologi informasi.
 - e) Pelatihan, penelitian, dan pengembangan program kependudukan dan KB.

- f) Peningkatan kualitas manajemen program.
5. Penyerasian kebijakan Pengendalian Penduduk melalui:
- a) Penyusunan peraturan perundangan pengendalian penduduk.
 - b) Perumusan kebijakan kependudukan yang sinergis antara aspek kuantitas, kualitas dan mobilitas.
 - c) Penyediaan sasaran parameter kependudukan yang disepakati semua sektor terkait.
6. Peningkatan Ketersediaan dan Kualitas Data dan Informasi Kependudukan yang Memadai, Akurat, dan Tepat Waktu melalui:
- a) Penyediaan data kependudukan yang akurat dan tepat waktu bersumber pada sensus penduduk dan survei kependudukan.
 - b) Penyediaan hasil kajian kependudukan.
 - c) Peningkatan cakupan registrasi vital.

2. STRATEGI

Adapun strategi yang ditetapkan untuk melaksanakan kebijakan tersebut di atas adalah sebagai berikut :

- a. Mengembangkan dan melakukan sosialisasi kebijakan pengendalian penduduk guna mewujudkan pembangunan berwawasan kependudukan dengan menyeraskan kebijakan pengendalian penduduk, menjamin ketersediaan dan pemanfaatan parameter kependudukan, mensosialisasikan kebijakan dan program kependudukan, serta melakukan analisis dampak kependudukan.
- b. Melakukan pembinaan dan peningkatan kesertaan KB melalui pembinaan dan kemandirian berKB.
- c. Meningkatkan ketahanan dan kesejahteraan keluarga melalui pembinaan keluarga (BKB, BKR, BKL), pembinaan remaja dalam menyiapkan kehidupan berkeluarga, serta peningkatan pendapatan keluarga melalui kelompok UPPKS (Usaha Peningkatan pendapatan Keluarga Sejahtera)

- d. Melaksanakan promosi dan penggerakan masyarakat guna meningkatkan komitmen pemangku kepentingan dan meningkatkan peran serta mitra kerja dan masyarakat umumnya.
- e. Menyediakan dan menyebarluaskan data dan informasi kependudukan dan KB yang akurat serta terpercaya.
- f. Meningkatkan kapasitas SDM serta penelitian dan pengembangan program Kependudukan dan KB
- g. Meningkatkan kualitas manajemen dan kapasitas kelembagaan serta meningkatkan pembiayaan dan pengelolaan keuangan secara efektif dan efisien.
- h. Rekrutmen PLKB di tiap desa dan Pengawas PLKB di tingkat kecamatan.
- i. Meningkatkan mekanisme operasional dana manajemen KKB melalui rakor Kader di wilayah dusun-RW, rakor desa, rakor kecamatan, dan rakor kab/kota.

Berdasar kebijakan dan strategi di atas maka disusun program dan kegiatan prioritas sebagai berikut:

1. Program Kependudukan

- a. Program Kependudukan
Menindaklanjuti UU No 52 tahun 2009 mengenai Program Kependudukan dan Pembangunan Keluarga dengan Peraturan Daerah DIY, sehingga Program Kependudukan menjadi Program Utama dan menjadi tupoksi Pemda Kab/Kota.
- b. Pengendalian kuantitas penduduk
dilakukan melalui 3 (tiga) fokus prioritas : Revitalisasi program KB, Penyerasian Kebijakan Pengendalian Penduduk, Peningkatan ketersediaan data dan kualitas data serta informasi kependudukan yang memadai.
- c. Pemaduan kebijakan pengendalian penduduk.
- d. Perencanaan pengendalian kependudukan sesuai dengan daya dukung (*carrying capacity*) lingkungan DIY.

- e. Kerjasama pendidikan kependudukan
- f. Analisis dampak kependudukan
- g. Peningkatan advokasi, KIE program kependudukan
- h. Peningkatan kemitraan pengelolaan kependudukan dengan koalisi kependudukan, perguruan tinggi, dan pemerintah kabupaten/kota se DIY.
- i. Koordinasi manajemen pendidikan kependudukan di sekolah SD sampai dengan perguruan tinggi.
- j. Koordinasi antar pemangku kepentingan antara lain Bappeda DIY dengan Perguruan Tinggi untuk menghitung jumlah penduduk sesuai dengan carrying capacity DIY.
- k. Memasukkan sektor kependudukan dan KB dalam RPJMD di DIY tahun 2013-2017 agar juga menjadi tupoksi SKPDKB di Kab/Kota.
- l. Penurunan TFR dan kenaikan CPR.
- m. Meningkatkan koordinasi anggaran APBN dan APBD I, II.

2. Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera

- a. Peningkatan pembinaan kesertaan KB jalur pemerintah
- b. Peningkatan kemandirian dan peminaan kesertaan KB jalur swasta
- c. Peningkatan Peserta Baru (PB), Peserta KB Aktif (PA), dan peserta MKJP (Metoda Kontrasepsi Jangka Panjang).
- d. Peningkatan kesertaan KB Pria.
- e. Peningkatan kesertaan ber KB di wilayah Galcitas (tertinggal, terpencil, dan terbatas), wilayah khusus, dan sasaran khusus.
- f. Peningkatan kualitas kesehatan reproduksi
- g. Pembinaan ketahanan keluarga balita dan balita melalui keterpaduan BKB, PAUD, SDIDTK dan POS YANDU.
- h. Pembinaan ketahanan remaja terhadap IMS (Infeksi Menular Seksual), HIV/AIDS, narkoba, dan reproduksi sehat umumnya.
- i. Pembinaan ketahanan keluarga yang memiliki lansia
- j. Pemberdayaan ekonomi keluarga melalui UPPKS
- k. Peningkatan kemitraan antar pemerintah kabupaten/kota dan DIY

- l. Peningkatan pembinaan lini lapangan
- m. Penyediaan data dan informasi program kependudukan dan KB
- n. Penyediaan teknologi informasi, pembangunan web kependudukan, KB, dan keluarga sejahtera DIY.
- o. Pengelolaan pembangunan kependudukan dan KB
- p. Peningkatan manajemen program kependudukan, Keluarga Berencana, Keluarga Sejahtera, bersama pemangku kepentingan terkait, LSM, organisasi kemasyarakatan, TOMA (Tokoh Masyarakat), TOGA (Tokoh Agama) dan segenap masyarakat.
- q. SK Gubernur untuk rekrutmen PLKB kepada Bupati-Walikota.
- r. Peningkatan advokasi Pemda DIY kepada Bupati-Walikota untuk rekrutmen PLKB sehingga 1 Desa minimal ada 1 PLKB yang telah mendapat pelatihan LDU (Latihan Dasar Umum) dan latihan dasar teknis dalam hal advokasi motivasi masyarakat, pendekatan tokoh formal dan informal dan tupoksi PLKB yang terumuskan dalam 10 langkah PLKB.
- s. Peningkatan koordinasi anggaran APBN, APBD I dan II oleh Pemda DIY dengan pemangku kepentingan terkait.

B. ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI SEKTOR SOSIAL

Tantangan dalam menanggulangi kemiskinan adalah mencapai target MDGs yaitu menurunkan proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari \$ 1; menurunkan indeks kedalaman kemiskinan dan menurunkan proporsi penduduk dengan asupan kalori di bawah tingkat konsumsi minimum (2000 kal /per kapita/hari). Hal ini menunjukkan bahwa upaya menurunkan angka kemiskinan merupakan tantangan berat yang memerlukan perhatian khusus.

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

- a. Penanganan permasalahan kesejahteraan sosial bagi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS), khususnya fakir miskin dan PMKS yang

memiliki kendala permanen perlu mendapat penanganan secara cepat dan tepat. Sebab apabila hal tersebut tidak dilakukan berakibat terhadap beban pembangunan yang dirasakan oleh pemerintah dan masyarakat, sehingga kondisi ini dapat menimbulkan efek yang lebih luas, apabila tidak diatasi akan semakin memperlemah ketahanan sosial masyarakat, serta menurunkan kredibilitas pemerintah selaku penyelenggara pemerintahan.

- b. Upaya penanganan masalah kemiskinan memerlukan upaya sinergis lintas sektor, oleh karenanya diperlukan sinkronisasi dan integrasi kegiatan lintas sektor.
- c. Merubah sikap dan perilaku yang kurang produktif.
- d. Perlunya optimalisasi bimbingan sosial, guna memotivasi agar mereka menyadari tentang potensi yang dimiliki serta timbulnya kemauan untuk mengatasi masalah dan berupaya untuk memenuhi kebutuhan pokok dengan mendayagunakan potensi dengan sumber yang ada.
- e. Pembangunan kesejahteraan sosial ke depan lebih diperkuat dengan mengedepankan peran aktif masyarakat, diikuti dengan penggalian dan pengembangan nilai-nilai sosial budaya, seperti kesetiakawanan sosial dan gotong royong.
- f. Peningkatan akses masyarakat terhadap sumber daya ekonomi.
- g. Menciptakan kesempatan kerja seluas-luasnya bagi seluruh masyarakat melalui sektor formal dan informal.
- h. Pengoptimalan fungsi fungsi pelaku PNPM untuk mengoptimalkan target PNPM
- i. Alokasi anggaran Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat (PNPM) Mandiri yang diberikan pemerintah diharapkan dapat ditingkatkan lagi.

1. Target Kinerja dan Arah Kebijakan Penanggulangan Kemiskinan

Di dalam Peraturan Daerah Nomor 56 Tahun 2011 juga dirumuskan target kinerja pencapaian tujuan MDGs. Untuk menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan ditetapkan target kinerja sebagai berikut :

Tujuan 1. Menanggulangi Kemiskinan dan Kelaparan

INDIKATOR	CAPAIAN 2010	TARGET					PENANGGUNG JAWAB	
		2011	2012	2013	2014	2015		
<i>Target 1 A : Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk dengan tingkat pendapatan kurang dari 1 US dollar 19 PPP) per hari dalam kurun waktu 1990-2015.</i>								
1.1	Tingkat kemiskinan berdasarkan garis kemiskinan nasional	16,83	15,52	14,22	12,91	11,61	10,30	Dinsos
1.2	Indeks Kedalaman Kemiskinan	2,85	2,78	2,71	2,64	2,57	2,5	Dinsos

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

- a. Mengembangkan profesionalisme Sumber Daya Manusia, sistem dan prosedur, serta sarana dan prasarana dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial.
- b. Memberikan kesempatan dan kemudahan bagi PMKS untuk memperoleh akses pelayanan hak-hak dasar.
- c. Memberikan fasilitasi kepada PSKS untuk berperan aktif dalam penyelenggaraan kesejahteraan sosial.

- d. Meningkatkan kapasitas kelembagaan dan pembudayaan dilakukan untuk memperkuat semangat dan jiwa K2KS secara sinergis terarah, terencana dan berkelanjutan.
- e. Meningkatkan partisipasi masyarakat dilakukan terencana, terarah dan berkelanjutan untuk optimalisasi pendayagunaan dan pelestarian nilai-nilai K2KS dalam setiap tatanan kehidupan masyarakat
- f. Menggali dan mendayagunakan serta melestarikan NK2KS dilakukan untuk menumbuhkan kesadaran, tanggung jawab dan komitmen bersama dalam tata kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara secara terarah dan berkelanjutan.
- g. Meningkatkan akses dan kesempatan kerja terutama pemuda dan perempuan
- h. Meningkatkan perlindungan, Kesejahteraan dan jaminan Sosial bagi Pekerja/Buruh.
- i. Penyelamatan, pemulihan, pemberdayaan bagi perempuan korban tindak Kekerasan.
- j. Membangun dan mengembangkan sistem jaminan dan perlindungan bagi Lanjut usia terlantar, anak cacat terlantar, eks kronis terlantar, anak Terlantar
- k. Meningkatkan jangkauan dan pemerataan pelayanan sosial Anak Terlantar, Anak Jalanan, Anak Balita Terlantar, Anak Nakal (Anak berhadapan dengan Hukum dan Anak Cacat.
- l. Pengembangan usaha perikanan

2. Tugas Dan Tanggung Jawab Dinas Sosial Dalam Penanggulangan Kemiskinan

Di dalam Peraturan Daerah Nomor 56 Tahun 2011 Tentang Rencana Aksi Daerah Percepatan Pencapaian Target *MILLENNIUM DEVELOPMENT GOALS*, Dinas Sosial menjadi penanggung jawab dalam pencapaian tujuan MDGs, yaitu Tujuan 1 Menaggulangi kemiskinan dan kelaparan, khususnya Tujuan 1a Menurunkan hingga setengahnya proporsi penduduk

dengan tingkat pendapatan kurang dari 1 US dollar 19 PPP) per hari dalam kurun waktu 1990-2015.

Posisi Dinas Sosial dalam Program Penanggulangan kemiskinan adalah berada dalam kluster 1, 2 dan 4.

1. Kluster 1

Kluster 1 adalah Program Bantuan dan Jaminan Sosial, yang dilaksanakan dengan tujuan mengurangi beban masyarakat dan keluarga miskin dalam pemenuhan kebutuhan dasar melalui peningkatan akses pada pelayanan dasar antara lain melalui makanan, kesehatan, dan pendidikan.

2. Kluster 2

Kluster 2 adalah Program Pemberdayaan Masyarakat (Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat/PNPM), yang dilaksanakan dengan tujuan untuk meningkatkan kapasitas, kemandirian dan pemberdayaan masyarakat dalam proses pembangunan.

3. Kluster 4

Program-program penanggulangan kemiskinan dalam Kluster 4 ditujukan untuk meningkatkan kualitas serta memperluas kebijakan yang afirmatif, dengan penegasan fokus keberpihakan untuk penanggulangan kemiskinan, dilakukan peningkatan dan perluasan program-program yang ditujukan untuk masyarakat berpenghasilan rendah dan termarginalkan. Program program tersebut dituangkan kedalam Kluster 4 program pro rakyat yang berjumlah 6 program, yaitu: (1) pembangunan rumah murah dan sangat murah; (2) penyediaan angkutan umum murah; (3) penyediaan air bersih untuk rakyat; (4) penyediaan listrik murah dan hemat serta terjangkau; (5) peningkatan kehidupan nelayan, dan; (6) peningkatan kehidupan masyarakat miskin perkotaan.

Program 5 dan 6, merupakan suatu program yang dikhususkan untuk menjangkau kelompok masyarakat tertentu yaitu masyarakat nelayan dan masyarakat miskin perkotaan. Kelompok ini dimungkinkan untuk mendapatkan bantuan dari berbagai program yang ada pada Kluster 4 dan ketiga kluster lainnya. Kelompok masyarakat pada program 5 dan 6, pada umumnya masuk pada 60 persen masyarakat termiskin, yaitu kelompok RTSM dan RTM, serta sebagian kecil dari RTHM.

Peningkatan kehidupan masyarakat miskin perkotaan mencakup pembangunan rumah murah atau upaya realokasi jika kondisi sangat buruk, pengembangan ekonomi masyarakat melalui KUR dan UKM juga penyediaan fasilitas khusus sekolah dan puskesmas.

3. Arah Kebijakan Penanggulangan Kemiskinan

- 1) Menyediakan pelatihan ketrampilan bagi Rumah Tangga Sangat Miskin yang mempunyai anggota keluarga penyandang disabilitas, anak terlantar, lanjut usia terlantar, korban kekerasan, dan tuna sosial.
- 2) Meningkatkan akses terhadap kesempatan kerja dan berusaha bagi Rumah Tangga Sangat Miskin (RTSM) yang sudah tidak memenuhi eligibilitas sebagai peserta PKH tetapi kondisinya masih miskin.
- 3) Memfasilitasi akses terhadap permodalan melalui LKM
- 4) Memfasilitasi rehabilitasi rumah tidak layak huni
- 5) Memfasilitasi pendampingan sosial yang berkelanjutan untuk memperkuat kemandirian.
- 6) Memfasilitasi kemitraan dengan dunia usaha, perguruan tinggi dan lembaga lainnya.
- 7) Meningkatkan profesionalisme penyelenggaraan program pemberdayaan fakir miskin.

4. Strategi Pencapaian Target Penanggulangan Kemiskinan

Untuk mencapai target menurunkan proporsi penduduk dengan pendapatan kurang

dari 1 dollar dalam rangka menanggulangi kemiskinan dan kelaparan, pemerintah provinsi DIY menyusun strategi yang meliputi capacity building, koordinasi dan membangun jaringan serta mendorong partisipasi masyarakat. Adapun secara terperinci strategi tersebut adalah :

- a. Peningkatan kapabilitas manajemen aparatur artinya bahwa peningkatan penyelenggaraan kesejahteraan sosial dilakukan dengan SDM yang profesional, sarana dan prasarana yang memadai

- b. Pemantapan koordinasi artinya bahwa peningkatan penyelenggaraan kesejahteraan sosial dilakukan dengan mendayagunakan koordinasi sebagai unsur yang sangat strategis.
- c. Peningkatan kualitas pelayanan artinya bahwa peningkatan penyelenggaraan kesejahteraan sosial dilakukan dengan memberikan pelayanan, perlindungan, jaminan dan rehabilitasi sosial yang prima.
- d. Peningkatan keswadayaan artinya bahwa peningkatan usaha kesejahteraan sosial dilakukan dengan mengutamakan penumbuhan keswadayaan dan atau kemandirian.
- e. Pemantapan aksesibilitas artinya bahwa peningkatan penyelenggaraan kesejahteraan sosial dilakukan dengan membangun kelembagaan keuangan di masyarakat rawan sosial.
- f. Peningkatan keberdayaan PMKS artinya bahwa setiap upaya penanganan PMKS berorientasi pada peran aktif PMKS sebagai subyek.
- g. Pemberian advokasi sosial kepada PMKS artinya setiap upaya penanganan PMKS
- h. Berorientasi kepada perlindungan, penyadaran hak dan kewajiban, pembelaan dan pemenuhan hak seseorang, keluarga, kelompok dan atau masyarakat yang dilanggar haknya
- i. Peningkatan jejaring kemitraan artinya bahwa peningkatan penyelenggaraan kesejahteraan sosial dilakukan dengan peran aktif dan partisipasi stakeholder.
- j. Peningkatan kelembagaan maksudnya bahwa dalam kesiapsiagaan penanggulangan bencana dengan keterlibatan pemerintah dan peran masyarakat.
- k. Peningkatan keterpaduan artinya bahwa peningkatan penyelenggaraan kesejahteraan sosial dilaksanakan dengan memadukan dan mensinergikan berbagai kekuatan (PSKS).
- l. Penguatan kelembagaan artinya peningkatan penyelenggaraan kesejahteraan dilakukan melalui pendayagunaan kelembagaan yang telah berkembang dan atau dibentuk.

- m. Pemantapan upaya berkelanjutan artinya bahwa peningkatan penyelenggaraan kesejahteraan sosial dilakukan secara simultan, terus menerus, terarah dan terencana.
- n. Peningkatan kemitraan artinya bahwa peningkatan penyelenggaraan kesejahteraan sosial dilakukan dengan peran aktif dan partisipasi stakeholder.

A. PERLINDUNGAN ANAK

Kebijakan nasional dalam bidang perlindungan anak sangat progresif. Sejak Indonesia meratifikasi Konvensi Hak Anak (CRC), kebijakan yang bersifat progresif terus ditetapkan. Salah satunya adalah menetapkan undang-undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak. Ini adalah momentum dimana Indonesia memberikan pelayanan kesejahteraan sosial anak berbasis hak. Selanjutnya pemerintah juga menetapkan Undang-undang Nomor 3 Tahun 1997 tentang Pengadilan anak yang telah diubah dengan Undang-undang yang baru disahkan yaitu undang-undang Nomor 11 tahun 2012 tentang Sistem Peradilan Pidana Anak.

Kebijakan lain yang sangat penting adalah mengenai penanganan anak yang berhadapan dengan hukum. Pada waktu yang lalu Kementerian Sosial RI yang juga diikuti oleh pemerintah di daerah menggunakan istilah anak nakal. Dalam penanganan ABH yang diperjuangkan adalah restorative justice, dan diversifikasi, dimana anak-anak sejauh mungkin tidak di hukum tetapi dirujuk ke Rumah Perlindungan Sosial Anak untuk mendapatkan rehabilitasi. Upaya ini masih menghadapi berbagai tantangan baik dari masyarakat, aparat pemerintah maupun aparat penegak hukum.

Selain itu bagi anak-anak di atas 12 tahun yang diputus oleh hakim dengan pidana penjara juga belum tersedia sarana yang sesuai dengan kebutuhan perlindungan anak seperti Lembaga Pembinaan Khusus Anak (LPKA) sebagai pengganti penjara anak dan Lembaga Penempatan Anak sementara selama anak mengikuti proses persidangan.

Pelatihan bagi Pembimbing kemasyarakatan, Tenaga Kesejahteraan sosial, pendamping tentang penanganan ABH dan proses peradilan pidana anak juga menjadi kebutuhan mendesak, sehingga keadilan restorative bisa diterapkan dan anak-anak terpenuhi dan terlindungi hak-haknya.

Penanganan anak jalanan dan anak terlantar juga menggunakan kebijakan yang baru. Pelayanan Kesejahteraan Sosial Anak menjadi program terpadu yang berupaya memperjuangkan pemenuhan hak-hak anak dengan melibatkan berbagai stakeholder. Dalam hal ini Kementerian Sosial telah mendorong dikeluarkannya SKB 7 menteri yang dimaksudkan untuk menjamin pemenuhan dan perlindungan hak anak secara komprehensif. Kesulitan-kesulitan yang masih dihadapi dalam pemenuhan hak anak menjadi tantangan bagi penyelenggaraan program perlindungan anak untuk mencari strategi yang lebih tepat.

Pemerintah DIY juga telah menetapkan dua kebijakan di bidang Perlindungan anak, yaitu Peraturan Daerah Nomor 6 tahun 2011 tentang Perlindungan Anak yang hidup di Jalan dan Peraturan Gubernur Nomor 31 Tahun 2012 tentang Tata Cara Penjangkauan dan Pemenuhan Hak Anak yang Hidup di jalan. Dua kebijakan pemerintah DIY tersebut juga akan mengubah pendekatan dan komponen pelayanan kesejahteraan sosial anak jalanan.

1. Arah Kebijakan

- a. Menjalankan praktek terbaik pengasuhan anak dalam lembaga kesejahteraan sosial anak sesuai dengan Standar Nasional Pengasuhan Anak.
- b. Memberikan dukungan penuh semua tindakan yang dilakukan untuk mewujudkan keadilan restorative bagi anak yang berhadapan dengan hukum.
- c. Meningkatkan koordinasi dan sinergi antara SKPD Kabupaten/kota dan SKPD Propinsi serta lembaga kesejahteraan sosial anak dan lembaga lain dalam memajukan, memenuhi dan melindungi hak anak.
- d. Melakukan reposisi dan restrukturisasi kelembagaan Panti Sosial Asuhan Anak, Panti Sosial Bina Remaja untuk mendukung pelaksanaan kebijakan baru dalam perlindungan anak.
- e. Memberi dukungan dan fasilitasi bagi lembaga kesejahteraan sosial anak yang dikelola masyarakat dalam menerapkan SNPA.

- f. Meningkatkan kemampuan sumber daya manusia yang bekerja pada bidang perlindungan anak.
- g. Meningkatkan sarana dan prasarana serta fasilitas untuk mendukung pelaksanaan program perlindungan anak
- h. Membangun kemitraan strategis dalam menyelenggarakan perlindungan anak

2. Tujuan

- a. Memenuhi dan melindungi hak anak (anak balita terlantar, anak terlantar, anak yang hidup di jalan, anak dengan kedisabilitas, anak yang berhadapan dengan hukum, anak yang membutuhkan perlindungan khusus).
- b. Mewujudkan pengasuhan permanen sesuai dengan prinsip kepentingan terbaik bagi anak.
- c. Melindungi anak-anak dari perlakuan salah, diskriminasi, eksploitasi dan tindakan kekerasan.
- d. Menyediakan layanan pemulihan bagi anak-anak korban kekerasan
- e. Mewujudkan restorative justice dalam penanganan ABH

3. Strategi Penyelenggaraan Perlindungan Anak

a. Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia

Penerapan Standar Nasional Pengasuhan Anak (SNPA) akan membawa implikasi fundamental bagi praktek perlindungan anak. Pekerja sosial maupun pekerja perlindungan anak lainnya membutuhkan perubahan perspektif, pengetahuan dan ketrampilan baru dalam pengasuhan anak. SNPA juga akan membawa implikasi pada perubahan tata laksana penyelenggaraan perlindungan anak yang lebih mengedepankan pengasuhan berbasis keluarga. Hal ini akan mengarah pada perubahan model pengasuhan di lembaga kesejahteraan sosial anak. Manajemen dan seluruh staf LKSA perlu memiliki perspektif yang baru serta rencana aksi yang jelas untuk menerapkan SNPA di dalam lembaganya.

Kebijakan dalam penanganan Anak yang Berkonflik dengan Hukum (ABH) juga sangat penting diketahui para pekerja perlindungan anak baik yang berada di lembaga pemerintah maupun pada LKSA yang menjadi mitra kerja Dinas Sosial dalam penyelenggaraan perlindungan anak.

Oleh karena itu diperlukan upaya-upaya untuk meningkatkan kompetensi sumber daya manusia dalam perlindungan anak. Upaya tersebut dapat berbentuk pelatihan, bimbingan teknis, sosialisasi ataupun bentuk edukasi lainnya. Peningkatan kapasitas sumber daya manusia tidak hanya terbatas pada pekerja perlindungan anak pada Dinas Sosial, namun juga pada Lembaga Kesejahteraan Sosial Anak serta lembaga lain yang mempunyai mandate dalam perlindungan anak. Pemenuhan dan perlindungan hak-hak anak tidak hanya melibatkan aktor kebijakan dari Dinas Sosial tetapi juga satuan kerja perangkat daerah lain dan pemangku kepentingan lainnya.

b. Restrukturisasi dan Penguatan Kapasitas Panti Sosial Asuhan Anak (PSAA) dan Panti Sosial Bina Remaja (PSBR).

Dengan diberlakukannya SNPA, Panti Sosial Asuhan Anak dalam waktu dekat akan fokus pada kegiatan asesmen untuk mempersiapkan reunifikasi anak dengan keluarganya. Selain kapasitas sumber daya manusia, PSAA juga membutuhkan penguatan kelembagaan yang lain untuk mendukung proses reunifikasi, peningkatan volume kegiatan penelusuran keluarga, home visit, penguatan dukungan keluarga serta koordinasi dalam rangka menjamin pemenuhan dan perlindungan hak anak pasca reunifikasi. Rangkaian proses reunifikasi tersebut membutuhkan dukungan anggaran serta sarana, dan fasilitas yang memadai.

Pasca diterapkannya SNPA, sasaran pelayanan PSAA tidak lagi pada anak terlantar yang masing memiliki orang tua, namun diarahkan kepada anak-anak yang benar-benar terlantar, tidak mempunyai orang tua, atau tidak diketahui orang tuanya, keluarga dan kerabatnya juga tidak diketahui atau tidak mempunyai kapasitas untuk mengasuh. Pengasuhan di PSAA juga bersifat sementara, dan PSAA harus memperjuangkan pengasuhan anak yang bersifat permanen. Dalam situasi ini PSAA perlu melakukan restrukturisasi kelembagaan, yang mengakomodasi perubahan kebijakan tersebut. Perlindungan anak balita menjadi satu unit layanan yang diperlukan PSAA. Unit ini akan

memberikan pelayanan bagi anak-anak balita yang tidak diketahui orang tua atau keluarganya.

c. Pengarusutamaan Perlindungan Anak dalam Penyusunan Kebijakan, Perencanaan Program dan Anggaran Pemerintah Daerah.

Mandate perlindungan anak adalah mandate negara, sehingga pemerintah/penyelenggara negara mempunyai kewajiban untuk memenuhi dan melindungi hak-hak tersebut. Dinas Sosial sebagai institusi yang selama ini men-*leading* penyelenggaraan perlindungan anak perlu membawa isu perlindungan anak ke dalam sistem penyusunan kebijakan, perencanaan program dan anggaran. Pemenuhan hak-hak atas tumbuh kembang, kesehatan, pendidikan, perlindungan dari tindakan diskriminasi lainnya membutuhkan keterpaduan dalam penyelenggaraan perlindungan anak di antara berbagai Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD), lembaga pemerintah lainnya serta lembaga masyarakat.

Perlindungan anak juga bukan merupakan isu tunggal yang terlepas dari persoalan lainnya. Kasus-kasus anak yang hak-haknya tidak dipenuhi atau bahkan dilanggar merupakan rangkaian sebab akibat dari persoalan lainnya. Misalnya persoalan anak jalanan, anak korban diskriminasi, keekrasan dan eksploitasi sangat erat kaitannya dengan problem kemiskinan keluarga dan rendahnya kapasitas pengasuhan keluarga. *Mainstreaming* juga dimaksudkan untuk mengajak lembaga lainnya yang mempunyai mandate dalam penyelenggaraan penanggulangan kemiskinan, pemberdayaan masyarakat dan keluarga untuk mengakomodasi masalah-masalah perlindungan anak di dalam kebijakan, perencanaan program dan anggaran.

d. Perluasan Jaringan Kemitraan

Peningkatan jangkauan sasaran dan kualitas penyelenggaraan perlindungan anak akan tercapai apabila menggunakan strategi perluasan jaringan kemitraan. Kemitraan dapat dilakukan pada tingkat lokal, kabupaten/Kota, DIY, nasional maupun internasional.

Deteksi dini kasus-kasus penelantaran, diskriminasi, kekerasan, eksploitasi, trafficking dan perlakuan salah lainnya dapat dilakukan dengan aktor-aktor perlindungan anak yang ada di tingkat *grass root*. Pelaporan kasus bisa dilakukan lebih awal dengan mitra lokal, seperti

pekerja sosial masyarakat dan aktivis kegiatan perempuan di masyarakat.

Pada tingkat Propinsi dan kabupaten/kota kemitraan dapat dilakukan dengan lembaga-lembaga sosial masyarakat yang memiliki kerja konseling, pendampingan, dan advokasi. Kemitraan ini akan memudahkan dalam tata laksana penanganan kasus, termasuk dalam mekanisme *referral*/rujukan. Lembaga Swadaya Masyarakat termasuk Pusat Pelayanan Terpadu, LK3 kabupaten/Kota dan Propinsi adalah mitra strategis dalam penyelenggaraan perlindungan anak.

Perluasan kerjasama dengan mitra nasional dan internasional diarahkan untuk mendukung program *capacity building* dan program *family support* dan peningkatan kapasitas manajemen program perlindungan sosial dan advokasi.

B. PELAYANAN DAN REHABILITASI SOSIAL PENYANDANG DISABILITAS

1. Arah Kebijakan

a. Meningkatkan jangkauan dan efektifitas pelayanan deteksi dini dan intervensi awal

Perluasan jangkauan pelayanan deteksi dini dan intervensi awal diarahkan pada wilayah-wilayah kabupaten yang belum memiliki sumber-sumber pelayanan yang memadai serta masih mengalami kesulitan mobilitas untuk mengakses pelayanan. Peningkatan efektifitas deteksi dini dan intervensi awal dilakukan dengan menyelenggarakan Unit Pelayanan Sosial Keliling (UPSK) berbasis Desa sehingga lebih mudah dijangkau keluarga penyandang disabilitas. UPSK juga menghadirkan ahli tumbuh kembang dan dokter rehabilitasi medik, pekerja sosial dan menyediakan layanan lanjutan (rujukan).

b. Meningkatkan Kualitas Penyelenggaraan Pelayanan Dan Rehabilitasi Sosial Terpadu

Penyelenggaraan pelayanan dan rehabilitasi sosial terpadu dilaksanakan melalui Balai Rehabilitasi Terpadu Penyandang Disabilitas (BRTPD) dengan layanan rehabilitasi sosial dan layanan

rehabilitasi medis. BRTPD diarahkan untuk memperluas layanan medis yang tidak hanya fokus pada layanan fisioterapi, tetapi juga membuka klinik deteksi dini gangguan tumbuh kembang dan rehabilitasi medis. Secara bertahap sarana dan prasarana dan alat kesehatan akan ditingkatkan sehingga mampu memberi layanan rehabilitasi medis. Selama alat-alat kesehatan belum memadai, layanan rehabilitasi medis dapat diberikan melalui skema rujukan. BRTPD tidak hanya memberi pelayanan medis kepada klien penyandang disabilitas yang berada di dalam Balai, tetapi juga bagi penyandang disabilitas yang tinggal bersama keluarga. Apabila diperlukan, layanan *home care* dapat diberikan bagi penyandang disabilitas yang benar-benar mengalami kesulitan mobilitas (misalnya bagi paraplegi).

c. Meningkatkan Kualitas Penyelenggaraan Rehabilitasi Vokasional

Kualitas rehabilitasi vokasional ditingkatkan melalui layanan pelatihan ketrampilan secara berjenjang dari tingkat dasar hingga mahir. Jenis pelatihan ketrampilan disediakan berdasarkan hasil riset pasar sehingga sesuai dengan kebutuhan dunia usaha (pasar). Penyelenggaraan rehabilitasi vokasional juga ditunjang dengan program magang, pendampingan dan advokasi untuk mendapatkan hak atas pekerjaan. Dinas Sosial bekerja sama dengan SKPD yang lain, lembaga, dunia usaha dan stakeholder lainnya menyelenggarakan *job fair* untuk mempermudah akses penyandang disabilitas dalam memperoleh pekerjaan. Selain itu juga melakukan kemitraan usaha dengan berbagai perusahaan, baik untuk tujuan magang maupun kemitraan pengembangan usaha yang dikelola oleh penyandang disabilitas.

Dinas Sosial juga mempersiapkan penyandang disabilitas yang telah mengikuti rehabilitasi sosial, yang memenuhi ketentuan persyaratan untuk dapat mengikuti seleksi pegawai Pemerintah DIY dan pemerintah kabupaten/kota. Di dalam Peraturan Daerah nomor 4 Tahun 2012 dinyatakan bahwa pemerintah daerah dan pemerintah kabupaten/kota harus memberi quota 1 % bagi penyandang disabilitas pada penerimaan pegawai.

d. Memperkuat Partisipasi Penyandang Disabilitas

Partisipasi penuh menjadi *ultimate goal* dari seluruh upaya pemberdayaan penyandang disabilitas. Partisipasi penyandang disabilitas diwujudkan dalam penyelenggaraan pelayanan dan rehabilitasi sosial. Partisipasi tersebut diwujudkan melalui

keterlibatannya sejak proses perencanaan, pelaksanaan maupun monitoring evaluasi program.

Partisipasi juga dapat direalisasikan melalui keterlibatan penyandang disabilitas dalam organisasi-organisasi para penyandang disabilitas di wilayahnya. Pemerintah memfasilitasi organisasi atau perkumpulan penyandang disabilitas dan mendorong anggotanya untuk aktif dalam seluruh kegiatan perkumpulan.

Partisipasi yang nyata juga diwujudkan di dalam kehidupan sosial masyarakat. Pemerintah mendorong dan memfasilitasi penyandang disabilitas untuk secara aktif terlibat dalam seluruh kegiatan di masyarakat, termasuk keterlibatan mereka dalam perencanaan pembangunan (Musrenbang) di wilayahnya.

e. Meningkatkan jangkauan pelayanan alat bantu adaptif

Partisipasi penuh hanya dapat diwujudkan apabila tersedia kemudahan bagi penyandang disabilitas untuk melakukan mobilitas. Pemerintah memfasilitasi mobilitas penyandang disabilitas dengan menyediakan alat bantu adaptif. Alat bantu ini akan memungkinkan penyandang disabilitas untuk terlibat dalam kehidupan masyarakat serta memberi kemudahan dalam melakukan aktivitas, baik di rumah maupun di tempat publik. Dengan adanya alat bantu, penyandang disabilitas dapat lebih mudah mengakses berbagai pelayanan yang disediakan pemerintah. Hak-hak penyandang disabilitas dapat dipenuhi.

f. Memperluas Jangkauan Pelayanan Asistensi Sosial

Pelayanan asistensi sosial baru menjangkau sebagian kecil dari penyandang disabilitas. Pelayanan ini sangat dibutuhkan, khususnya bagi penyandang disabilitas dari keluarga miskin dan kondisi disabilitasnya sangat berat (multi disabilitas) dan sangat sulit untuk melakukan mobilitas.

Asistensi sosial tidak hanya ditujukan untuk menjamin kebutuhan dasar dari penyandang disabilitas, namun juga memperkuat fungsi keluarganya sehingga dalam jangka panjang dapat mengasuh, merawat, mendampingi dan memenuhi kebutuhan penyandang disabilitas yang menjadi bagian dari anggota keluarganya.

Asistensi sosial juga tidak terbatas pada pemenuhan kebutuhan dasar tetapi juga diarahkan untuk meningkatkan kualitas ruangan bahkan tempat tidur yang layak bagi penyandang disabilitas. Bedah kamar

menjadi kegiatan yang diprioritaskan, khususnya bagi penyandang disabilitas yang masih ditempatkan pada ruangan-ruangan yang sangat tidak layak dan berpotensi memperparah kedisabilitasnya atau menurunkan kualitas kesehatannya.

g. Memperkuat Dukungan Anak-Anak Disabilitas Yang Bersekolah di SDLB

Sebagai bentuk dukungan pemenuhan hak atas pendidikan bagi anak-anak penyandang disabilitas, pemerintah menyediakan fasilitas asrama bagi mereka. Fasilitas asrama memungkinkan anak-anak disabilitas yang tempat tinggalnya jauh dari SLB untuk dapat menikmati pendidikan.

Asrama murid SDLB selama ini disediakan oleh Dinas Sosial. Seiring dengan perubahan kebijakan pendidikan bagi anak-anak berkebutuhan khusus (anak-anak disabilitas) yang memprioritaskan model sekolah inklusi, pemerintah hanya mempertahankan beberapa SDLB. SDLB menjadi tanggung jawab Pemerintah Kabupaten/Kota, sementara SLB menjadi kewenangan pemerintah propinsi.

Sejalan dengan perubahan kebijakan tersebut, fasilitasi asrama bagi murid – murid penyandang disabilitas juga disesuaikan pengelolannya dengan kebijakan tersebut. Fasilitasi asrama menjadi bagian dari pengelolaan Sekolah Luar Biasa atau SDLB. Dengan demikian yang mempunyai kewenangan dalam penyediaan fasilitas tersebut adalah penyelenggara layanan pendidikan. Dinas Sosial perlu mempersiapkan untuk menyerahkan kewenangan ini kepada Dinas pendidikan yang menyelenggarakan SLB maupun SDLB.

2. Tujuan

- a. Terwujudnya deteksi dini dan intervensi awal sehingga penyandang disabilitas dapat segera memperoleh pelayanan dan tindakan lanjutan yang dibutuhkan.
- b. Terwujudnya pelayanan rehabilitasi sosial dan medis secara terpadu sesuai dengan kebutuhan penyandang disabilitas.
- c. Meningkatnya kemampuan penyandang disabilitas melalui layanan rehabilitasi vokasional berjenjang (dasar-mahir).
- d. Terpenuhinya hak-hak penyandang disabilitas
- e. Meningkatnya kemudahan mobilitas penyandang disabilitas

- f. Meningkatnya partisipasi penyandang disabilitas
- g. Meningkatnya anak-anak disabilitas yang terpenuhi hak-haknya untuk memperoleh pendidikan.
- h. Meningkatnya dukungan dari lembaga dan masyarakat terhadap penyelenggaraan pelayanan dan rehabilitasi sosial.
- i. Terwujudnya masyarakat inklusif, yang menghormati dan menghargai hak-hak penyandang disabilitas.

3. Strategi

a. Pendataan Penyandang Disabilitas

Penyediaan data yang valid menjadi kebutuhan utama untuk menyelenggarakan pemenuhan dan perlindungan hak-hak penyandang disabilitas. Sampai saat ini data penyandang disabilitas yang tersedia masih terbatas pada penyandang disabilitas yang mengalami permasalahan sosial. Data penyandang disabilitas lainnya tidak tersedia, sementara penyusunan kebijakan dan program membutuhkan base line data yang valid. Dinas Sosial selama ini berpegang pada kerangka berpikir bahwa hanya penyandang disabilitas yang mengalami masalah sosial (miskin dan terlantar) yang membutuhkan pelayanan dan rehabilitasi. Persoalan diskriminasi dialami oleh penyandang disabilitas yang bukan kategori miskin dan terlantar dianggap tidak terjadi.

Seiring dengan perubahan perspektif yang mengarah pada *human right*, maka kebijakan dan program pelayanan dan rehabilitasi bukan lagi berbasis kebutuhan (need) yang mengakomodasi permasalahan, tetapi pemenuhan hak semua penyandang disabilitas tanpa kecuali. Oleh karena itu strategi pertama yang segera harus dilakukan adalah melakukan pendataan ulang untuk semua kategori penyandang disabilitas di seluruh wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY).

Pendataan dapat dilaksanakan bekerjasama dengan organisasi penyandang disabilitas (DPO) di wilayah kecamatan yang lebih mengetahui keberadaan anggota-anggotanya. Sebelum dilakukan pendataan, terlebih dahulu dilakukan *coaching* atau pembekalan bagi para petugas pendata. Selanjutnya Dinas Sosial melakukan pengolahan dan penyajian data yang memudahkan untuk digunakan sebagai dasar dalam menyusun kebijakan dan program bagi semua SKPD dan stakeholder lain yang akan memberi layanan kepada penyandang disabilitas.

b. Peningkatan Kualitas Pelayanan Dan Rehabilitasi Sosial

Sejauh ini, target atau capaian yang ditetapkan sangat rendah, dalam arti hanya mengukur output dari suatu kegiatan pelayanan dan rehabilitasi sosial. Manfaat dan perubahan-perubahan yang lebih baik pada diri penyandang disabilitas jarang dievaluasi. Penetapan kebijakan terbaru yang tertuang dalam Peraturan Daerah dan Peraturan Gubernur menjadi landasan dan payung hukum untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan rehabilitasi sosial.

Kualitas pelayanan ditingkatkan melalui optimalisasi program dan kegiatan rehabilitasi sosial. Bimbingan ketrampilan, misalnya perlu direvitalisasi jenis dan tingkatannya, tidak hanya terus menerus menyelenggarakan pelatihan tingkat dasar tetapi juga pelatihan yang lebih *advanced*. Jenis pelatihan juga dikembangkan sesuai dengan permintaan pasar kerja, tidak lagi hanya sekedar menyesuaikan dengan peralatan pelatihan ketrampilan dan instruktur yang sudah ada. Pemasaran hasil produksi perlu didukung dengan menyediakan ruang pameran hasil produksi yang mudah diakses oleh publik seperti di Pusat-pusat Perbelanjaan.

Persoalan sosial lain yang sampai saat ini belum *dihandle* adalah diskriminasi dan stigma yang masih terjadi di masyarakat. Oleh karena itu diperlukan aksi-aksi sosial yang bersifat inklusif, untuk memfasilitasi proses-proses sosial di masyarakat yang memungkinkan interaksi dan komunikasi yang inten antara para penyandang disabilitas dengan warga masyarakat. Rehabilitasi Berbasis Masyarakat yang selama ini lebih dipraktekan sebagai pembentukan kader RBM, perlu ditingkatkan kualitasnya sesuai dengan makna, tujuan dan arah RBM.

c. Kemitraan Dalam Pemberdayaan Sosial Penyandang Disabilitas

Pemenuhan hak-hak penyandang disabilitas membutuhkan kerjasama dari berbagai pemangku kepentingan, baik di lembaga pemerintah maupun non pemerintah. Organisasi penyandang disabilitas adalah mitra utama pemerintah. Kerjasama dengan organisasi tersebut perlu dilakukan untuk mengoptimalkan fungsi dan partisipasi mereka.

Kemitraan juga perlu dibangun dengan dunia usaha, khususnya dalam memenuhi hak atas pekerjaan. Kemitraan dapat berbentuk penempatan penyandang disabilitas untuk melakukan praktek kerja, magang maupun penempatan menjadi karyawan. Selain itu kemitraan juga dilakukan dalam bentuk pendampingan usaha bagi penyandang

disabilitas yang mengelola usaha secara mandiri. Pelatihan ketrampilan yang dilaksanakan baik di dalam panti (BRTPD) maupun Loka Bina Karya (LBK) dapat melibatkan perusahaan sebagai instruktur profesional maupun supervisor sehingga terjalin *link and match* dengan dunia kerja. Strategi ini akan lebih menjamin perolehan pekerjaan, sehingga tidak hanya akan berhenti pada kursus ketrampilan.

Sektor privat juga dapat melakukan pendampingan dalam bidang peningkatan kualitas produksi, introduksi peralatan, alih teknologi, pemasaran maupun permodalan. Kebijakan yang bersifat afirmatif perlu segera direalisasikan bersamaan dengan upaya membangun MOU dengan dunia usaha.

Kemitraan dengan Perguruan Tinggi diwujudkan melalui kerjasama dalam program-program pendampingan, KKN, Praktikum, penelitian dan kajian yang terkait dengan tema disabilitas. Perguruan Tinggi diarahkan dan didorong untuk menerapkan kebijakan afirmasi yang memberi kuota khusus bagi mahasiswa penyandang disabilitas. Teknologi di bidang rehabilitasi medis, arsitektur bangunan, juga didorong untuk mengakomodasi permasalahan penyandang disabilitas.

C. PELAYANAN DAN REHABILITASI SOSIAL TUNA SOSIAL

1. Arah Kebijakan

- a. Memberi perlindungan, menyelamatkan dan mengentaskan kehidupan tuna sosial ke dalam kehidupan yang bermartabat.
- b. Memberdayakan potensi dan kemampuan tuna sosial dengan melibatkan berbagai *service provider*.
- c. Memperluas sasaran pelayanan dengan menjangkau populasi kunci dalam penanggulangan HIV/AIDS.
- d. Meningkatkan kinerja layanan rehabilitasi melalui Therapeutic Community

Perspektif Baru Dalam Penanggulangan Gelandangan Pengemis

Permasalahan gelandangan pengemis bukan hanya monopoli negara-negara sedang berkembang saja, namun juga terjadi di negara-negara maju. Di negara-negara yang sudah sangat mapan ekonominya seperti Amerika dan Eropa masih juga dijumpai kaum miskin kota yang tinggal

wilayah *slum* atau wilayah kumuh (*down town*). Pada saat ini negara-negara tersebut sudah mulai meninggalkan pendekatan yang bersifat kriminalisasi terhadap warga miskin kota. Padahal kondisi sosial, ketertiban dan keamanan di wilayah slum lebih tidak kondusif, karena sering terjadi keributan, mabuk, premanisme dan penyalahgunaan senjata api oleh warga sipil. Slum area merupakan representasi kesenjangan sosial yang sangat tajam yang tidak saja secara ekonomi namun juga kesenjangan rasial. Namun negara-negara tersebut sudah tidak lagi menggunakan pendekatan kriminalisasi. Mereka lebih mengutamakan pendekatan sosial melalui upaya promotif dengan pemenuhan hak dan pelayanan sosial yang lebih luas.

Penggunaan *law enforcement* tidak dilakukan dengan memenjarakan para *homelessness* tetapi melalui *model restorative justice*. Proses persidangan lebih bersifat *problem-solving court* atau *therapeutic justice court* untuk mendorong reintegrasi ke masyarakat dan mengurangi angka residivis, khususnya bagi gelandangan dan pengemis yang merupakan pelaku dengan tindak kriminal minor.

Pemerintah lebih mendorong upaya-upaya treatment sosial dan re-entry dalam kehidupan sosial, re-entry housing dan re-entry employment. Gelandangan tidak perlu memiliki catatan kriminal, hakim dapat memberi putusan rehabilitasi untuk melakukan kerja sosial atau rehabilitasi apabila mereka mengalami kecanduan alkohol narkotika dan psikotropika atau mengalami gangguan mental. Proses transisi kembali ke masyarakat mendapat pendampingan dari *case manager*. Akses pada perumahan dan pekerjaan, pelayanan kesehatan serta pelayanan lainnya akan difasilitasi oleh case manager.

Di Indonesia, khususnya di kota besar juga sering dilakukan operasi yustisia terhadap gelandangan dan pengemis yang terjaring razia. Ketentuan dalam KUHP menetapkan sanksi hukuman denda dan kurungan. Namun hukuman penjara ditetapkan maksimal selama 6 bulan. Tindakan yustisia tidak menjamin gelandangan pengemis akan kembali turun ke jalanan. Selain itu putusan penjara justru akan semakin menambah beban Lembaga pasyarakatan yang sudah penuh sesak oleh narapidana. Terdapat kemungkinan di dalam penjara mereka justru akan bertemu dengan para pelaku tindak kriminal yang lebih berat dan bisa pula terjadi interaksi dan kemudian tergabung dalam jaringan tindak kriminal yang lebih serius. Mereka akan keluar masuk penjara dan menjadi residivis, untuk kasus yang sama dan bisa jadi kasus kriminal yang lebih serius.

Persoalannya kemudian apakah upaya represif masih bisa digunakan ? Sampai saat ini pasal 504 dan 505 KUHP masih berlaku, Peraturan Pemerintah nomor 31 Tahun 1980 juga belum dicabut dan Undang-undang Nomor 11 Tahun 2009 malah masih membolehkan rehabilitasi yang dilakukan secara koersif atau memaksa. dan di atas itu semua negara masih mempunyai kewenangan untuk memaksa warga negaranya agar patuh pada hukum.

Namun demikian, ada beberapa hal yang patut dipertimbangkan, pertama Indonesia telah meratifikasi beberapa konvensi internasional yang terkait dengan hak asasi manusia dan bahkan telah mempunyai UU HAM, kedua Trend global dalam penanganan kelompok rentan perkotaan adalah melalui *urban poor reduction* dengan skema sosial protection, bukan kriminalisasi. Kriminalisasi sudah ditinggalkan. Ketiga Badan-badan pembangunan dan lembaga keuangan dunia menggunakan perspektif lebih memilih menggunakan *sosial protection dan empowerment*. Mereka mengakomodasi kepentingan kaum marginal, dengan menggunakan pilar civil society, mendorong local government dengan insentif hibah dan capacity building, serta membangun kemitraan strategis.

Oleh karena itu dalam mengarahkan tindakan represif, melalui penegakan hukum atau pro yustisi, pemerintah DIY perlu lebih menekankan pada pendekatan problem solving. Tindakan pro-yustisi juga dikenakan secara selektif kepada gelandangan pengemis yang diindikasikan terlibat dalam tindakan kriminal, bukan pada gelandangan dan pengemis yang sudah berusia lanjut dan dalam kondisi miskin dan mengalami disabilitas.

Selain itu tindakan razia perlu dibarengi dengan upaya membangun sensitifitas para penegak hukum terhadap aspek psiko sosial dan kultural gelandangan pengemis. Dengan demikian nantinya meskipun tindakan yang dilakukan bersifat represif atau koersif dapat dilakukan secara lebih manusiawi. Aparat penegak hukum tidak perlu menggunakan kekerasan, atau mengambil paksa barang-barang yang dibawa gelandangan pengemis. Razia dapat dibingkai dalam kerangka tindakan evakuasi dan penyelamatan. Kerangka ini sangat rasional oleh karena kehidupan jalanan sangat berbahaya bagi kondisi dan kualitas hidup mereka. Kerentanan tidak saja dari aspek fisik, psikis namun juga bahaya yang bisa terjadi akibat perlakuan salah bahkan kekerasan dari komunitas jalanan lainnya serta pihak lain yang merasa terganggu dengan kehadiran gelandangan dan pengemis. Oleh karenanya mereka perlu diselamatkan dari kehidupan jalanan dengan cara dievakuasi.

Aparat penegak hukum, baik itu Polisi maupun Satuan Polisi Pamong Praja juga dapat melakukan upaya-upaya yang bersifat edukasi masyarakat ke wilayah-wilayah kantong gelandangan pengemis dan komunitas jalanan lainnya. Upaya ini dapat dilakukan bersama-sama dengan melibatkan partisipasi masyarakat baik secara perorangan maupun Lembaga Kesejahteraan Sosial (LKS) yang selama ini telah bekerja dengan komunitas jalanan. Penjangkauan atau *outreach* seperti ini merupakan tindakan kontrol, pengendalian sekaligus edukasi untuk menciptakan ketertiban, keamanan dan keserasian masyarakat.

Edukasi terhadap gelandangan dan pengemis, khususnya yang masih produktif bisa dipadukan dengan gerakan sosial masyarakat, misalnya gerakan kebersihan kota untuk mengatasi penyakit menular (pemberantasan nyamuk, pengelolaan sampah, sarang tikus) atau dalam kerja bhakti dalam menanggulangi bencana banjir serta potensi bencana kebakaran. Bilamana perlu kegiatan ini juga dipadukan dengan program padat karya, sehingga warga miskin kota lebih terdorong dan mempunyai motivasi mengikuti kegiatan tersebut.

Pendekatan yang bersifat represif perlu dibarengi dengan skema perlindungan sosial yang memadai khususnya bagi gelandangan pengemis yang sudah berusia lanjut, mengalami disabilitas, sangat miskin atau gelandangan psikotik yang sudah tidak diketahui lagi sanak saudaranya. Perlindungan sosial mencakup jaminan pemenuhan kebutuhan dasar seperti pangan, sandang dan papan, jaminan kesehatan, pendidikan, pelatihan dan pekerjaan. Sebenarnya skema rehabilitasi sosial sudah mencakup pemenuhan kebutuhan dasar. Namun akses untuk mendapat pemukiman dan pekerjaan yang layak masih sangat sulit diperoleh.

Right to housing menjadi agenda dalam upaya-upaya promotif untuk memajukan persoalan ini ke dalam sistem perencanaan dan penggaran pemerintah. Gelandangan dan atau pengemis sudah belasan bahkan puluhan tahun meninggalkan daerah asalnya. Mereka telah memiliki kehidupan baru yang sama sekali berbeda dengan kehidupan di daerah asalnya. Sebagian di antaranya juga telah memiliki aktifitas ekonomi meskipun dengan penghasilan sangat tidak layak. Penyediaan rumah susun menjadi kebijakan yang rasional sesuai dengan kebutuhan mereka. Pemulangan bukan jalan yang mudah. Selain hambatan psiko sosial karena malu dengan tetangga, saudara dan lingkungan terdekatnya, mereka juga sudah mempunyai cara-cara mempertahankan hidup yang berbeda dengan pada saat mereka masih tinggal di wilayah asal. Bagi warga gelandangan yang telah memiliki embrio aktivitas ekonomi, pemerintah dapat mengembangkan usaha tersebut serta memfasilitasi dengan pelayanan

sosial dasar termasuk hunian yang bisa saja berbentuk rumah susun. Warga dapat memberi kontribusi sewa yang besarnya disesuaikan dengan kemampuan serta pendapatan yang diperoleh. Pemerintah DIY sudah berpengalaman dalam penyediaan rusunawa, yang sampai saat ini pengelolannya berjalan dengan baik dan dirasakan sangat membantu kehidupan warga miskin kota. Dengan demikian rusunawa bagi gelandangan pengemis sangat visibel dan dapat diwujudkan dalam 1-2 tahun mendatang.

Right to employment juga menjadi bagian dari skema penguatan dan pemberdayaan gelandangan pengemis. Program rehabilitasi sosial sudah menyertakan adanya pelatihan ketrampilan dan kewirausahaan serta bantuan bahan, alat dan modal awal untuk memulai usaha ekonomi produktif. Kesempatan kerja menjadi point penting yang ditangani secara serius. Upaya memperjuangkan perolehan kerja dapat dilakukan melalui kebijakan yang bersifat afirmatif dengan memberi quota khusus bagi eks gelandangan pengemis untuk dapat memperoleh pekerjaan. Gelandangan eks psikotik yang masih berusia produktif dan mampu bekerja dapat dipekerjakan dalam lingkungan instansi pemerintah daerah atau lembaga lainnya, dibawah supervisi pekerja sosial dan konselor. Demikian pula bagi eks gelandangan pengemis yang akan pulang kembali ke daerah asal, khususnya di wilayah Yogyakarta akan diikuti dengan program pemberdayaan ekonomi yang berkelanjutan, termasuk pendampingan teknis, permodalan, pemasaran dan pelatihan lanjutan.

Rehabilitasi sosial gelandangan pengemis memang diselenggarakan di dalam panti sosial. Namun, pendekatan, metode dan teknik rehabilitasi yang digunakan tidak hanya terfokus di dalam panti. *Sosial inclusion* dipilih menjadi pendekatan yang akan dilakukan melalui kegiatan-kegiatan yang memungkinkan terjadinya interaksi dan komunikasi antara gelandangan pengemis dan warga masyarakat. Kegiatan outdoor bersama masyarakat, misalnya kegiatan sosial keagamaan, kerja bhakti bersama, padat karya, olah raga, kegiatan budaya, serta kerja sosial pada lembaga-lembaga pelayanan masyarakat. Pendekatan ini merupakan bagian dari reunifikasi dan reintegrasi sosial gelandangan pengemis dengan masyarakat.

Arah Kebijakan

- a. Menyelamatkan dan mengevakuasi gelandangan pengemis dari kehidupan di jalanan yang rentan dan tidak bermartabat.

- b. Memberikan perlindungan sosial bagi gelandangan dan pengemis sebagai bagian dari kelompok rentan.
- c. Meningkatkan aksesibilitas gelandangan pengemis pada pelayanan sosial dasar
- d. Menyelenggarakan rehabilitasi psiko sosial
- e. Memberdayakan dan mengembangkan potensi gelandangan pengemis
- f. Memfasilitasi proses inklusi sosial gelandangan pengemis dalam kehidupan masyarakat
- g. Meningkatkan koordinasi, sinergi dan membangun kemitraan strategis dalam pelaksanaan perlindungan dan rehabilitasi sosial gelandangan dan pengemis.

Tujuan

- a. Mewujudkan pemenuhan pelayanan kebutuhan dasar bagi gelandangan pengemis
- b. Membina gelandangan pengemis sebagai angkatan kerja yang produktif dan terserap dalam dunia kerja.
- c. Mewujudkan kehidupan gelandangan pengemis yang mandiri, sejahtera, bermartabat dan inklusif dalam masyarakat.
- d. M embangun kerjasama dan sinergi dalam penanganan gelandangan pengemis
- e. mewujudkan kehidupan masyarakat Yogyakarta yang tertib, aman dan berbudaya.
- f. Memberdayakan penyandang masalah tuna sosial untuk dapat hidup mandiri dan mampu menjalankan fungsi sosialnya
- g. Memulihkan kondisi fisik dan psiko sosial korban penyalahgunaan NAPZA
- h. Membangun kekuatan mental, ketrampilan sosial dan kemampuan pemecahan masalah korban penyalahgunaan NAPZA untuk menghindari relapse.

1. Strategi Penyelenggaraan Rehabilitasi Sosial Tuna Sosial

a. Penggunaan Model Pelayanan 24 365

Penyelenggaraan rehabilitasi sosial gelandangan pengemis, baik melalui rumah perlindungan sementara maupun panti rehabilitasi sosial menggunakan model pelayanan 24 365. Di dalam model ini, pelayanan dilakukan selama 24 jam dan 365 hari. Model ini digunakan untuk mengakomodasi situasi khusus dan perkembangan kondisi permasalahan gelandangan dan pengemis. Penjangkauan dilakukan sesuai dengan perkembangan situasi mobilitas gelandangan dan pengemis sehingga rumah perlindungan sosial harus selalu siap menerima rujukan dari para petugas penjangkauan maupun menerima laporan/rujukan dari warga masyarakat.

Pelayanan di dalam panti rehabilitasi sosial gelandangan pengemis juga menggunakan model 24 365 sehingga lebih fleksibel dalam menerima dan melakukan reintegrasi sosial warga binaan yang telah selesai mengikuti rehabilitasi sesuai dengan kemampuan dan kesiapan warga binaan.

b. Pelayanan Menyeluruh dan Terpadu

Introduksi pendekatan perlindungan sosial juga membutuhkan penggunaan strategi pelayanan menyeluruh dan terpadu. Pemenuhan hak-hak dasar mensyaratkan adanya jaminan dari sejumlah satuan kerja perangkat daerah untuk mengalokasikan sumber daya dan pelayanannya kepada kelompok rentan seperti gelandangan dan pengemis. Pemenuhan kebutuhan dasar seperti pangan, sandang dan papan untuk sementara diberikan melalui bantuan dan asistensi sosial dari Dinas Sosial. Pelayanan kesehatan dan pendidikan serta pemenuhan hak atas pekerjaan dan hunian yang layak menjadi tanggung jawab SKPD lainnya.

Penanggulangan gelandangan pengemis yang selama ini hanya mengandalkan Dinas Sosial saja tidak cukup untuk mengentaskan mereka dari kehidupan di jalanan yang tidak bermartabat. Dalam perspektif *human right*, hak-hak dasar manusia saling tergantung dan tidak dapat dibagi-bagi dan dipisah-pisahkan, sehingga pemenuhan hak juga harus diberikan secara menyeluruh.

c. Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Manusia

Introduksi perspektif Perlindungan sosial merupakan pendekatan baru dalam penanggulangan gelandangan pengemis. Selama ini pendekatan yang digunakan adalah pendekatan penertiban yang diikuti dengan rehabilitasi. Para pelaksana program penanggulangan gelandangan pengemis perlu memiliki perspektif baru tersebut serta filosofi dan nilai-nilai yang mendasari perspektif perlindungan sosial.

Rehabilitasi sosial, bukan lagi semata-mata dimaknai sebagai tindakan koreksional namun sebagai media untuk membangun kembali gelandangan pengemis sebagai manusia yang memiliki harga diri dan martabat seperti warga masyarakat lainnya. Rehabilitasi sosial dalam perspektif perlindungan sosial adalah upaya humanisasi yang berupaya menggali, mengoptimalkan kapasitas manusia sehingga mencapai apa yang disebut dengan self- fulfillment dan self-efficacy. Bimbingan mental, sosial yang menjadi instrumen rehabilitasi sosial harus difasilitasi oleh pekerja sosial yang memiliki kapasitas klinis yang memadai. Oleh karenanya, capacity building bagi petugas rehabilitasi sosial menjadi salah satu strategi yang digunakan dalam penyelenggaraan program tersebut.

Peningkatan kapasitas teknis dilaksanakan melalui kegiatan bimbingan teknis bagi petugas penjangkauan, pekerja sosial pada rumah perlindungan sosial gelandangan pengemis dan pekerja sosial pada Panti Rehabilitasi Sosial Gelandangan pengemis. Peningkatan kapasitas bagi pelaksana penanggulangan gelandangan pengemis lain seperti Satuan Polisi Pamong Praja Dan Aparat Kepolisian dilakukan melalui kegiatan sosialisasi atau workshop.

d. Peningkatan Sarana dan Prasarana

Penyelenggaraan Rehabilitasi Sosial gelandangan pengemis juga membutuhkan tersedianya sarana dan prasarana yang memadai. Kegiatan penjangkauan, asesmen dan rehabilitasi awal membutuhkan Rumah Perlindungan Sosial. Rumah Perlindungan Sosial juga membutuhkan perlengkapan lain sesuai dengan kebutuhan pelayanan rehabilitasi awal. Bangunan yang digunakan sebagai Rumah Perlindungan Sosial sejauh mungkin mengakomodasi kebutuhan warga binaan akan rasa aman, serta memperhatikan perbedaan jenis kelamin, usia dan situasi kesehatan mental. Gelandangan psikotik membutuhkan pelayanan di dalam ruangan khusus sehingga memperoleh pelayanan sesuai dengan kebutuhannya.

Panti Rehabilitasi Sosial (PSBK) juga membutuhkan peningkatan prasarana dan sarana. Bangunan untuk asrama mengakomodasi warga binaan yang memiliki keluarga. Bangunan asrama bagi gelandangan psikotik yang telah memperoleh layanan kesehatan jiwa dari RSJ dan diserahkan kembali ke PSBK juga perlu disediakan. Selain itu peralatan ketrampilan dan fasilitas lain yang mendukung therapy vokasional juga perlu dilengkapi. Semua ini dilakukan dalam kerangka mengoptimalkan proses rehabilitasi sosial gelandangan pengemis.

Sarana hunian yang lebih layak bagi warga binaan yang masih kesulitan memperoleh rumah juga perlu disediakan. Pemerintah perlu menyediakan Rusunawa yang dapat diakses oleh warga binaan sosial yang telah selesai mengikuti rehabilitasi dan sudah memperoleh pekerjaan atau mengelola usaha. Rusunawa merupakan langkah awal pemerintah untuk memenuhi hak warga masyarakat marginal atas tempat hunian yang layak.

e. Peningkatan Peran Serta dan Partisipasi Multi stakeholder

Penanganan Gelandangan dan atau pengemis membutuhkan kerjasama dan partisipasi dari banyak stakeholder. Oleh karena itu pemerintah daerah perlu meningkatkan peran serta dan partisipasi dari berbagai stakeholder. Penanganan gelandangan pengemis perlu melibatkan berbagai SKPD terkait, baik di lingkungan Pemerintah DIY maupun Pemerintah Kabupaten/Kota.

Satuan Polisi Pamong Praja dan Aparat Kepolisian sesuai dengan tugas dan fungsinya akan melakukan pembinaan dan penegakan hukum untuk menjaga ketertiban masyarakat. Dinas Sosial Pemerintah DIY dan Dinas Sosial Kabupaten/Kota akan menjadi leader dalam penyelenggaraan rehabilitasi sosial. SKPD lain seperti Dinas Pendidikan, Dinas Kesehatan, Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Dinas Perdagangan dan Koperasi, Dinas Pekerjaan Umum akan mendukung penyelenggaraan rehabilitasi sosial dengan memberikan layanan dasar sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing SKPD.

Partisipasi masyarakat juga perlu digali, dengan melakukan sosialisasi tentang penanganan gelandangan dan pengemis. Masyarakat perlu diberi informasi mengenai cara-cara pelaporan dan rujukan apabila menjumpai gelandangan dan pengemis yang ada di wilayahnya. Partisipasi masyarakat juga digali melalui keterlibatan lembaga sosial masyarakat dan organisasi sosial lainnya. Lembaga sosial masyarakat atau organisasi sosial juga dapat memberi laporan dan menjangkau

serta merujuk gelandangan pengemis ke Rumah Perlindungan Sosial. Pekerja Sosial masyarakat maupun pekerja pada lembaga sosial dapat menjadi bagian dalam tim penjangkauan gelandangan dan pengemis.

Partisipasi dari Perguruan Tinggi perlu digali, khususnya dalam menyediakan pendampingan, supervisi dan penelitian yang berkaitan dengan gelandangan pengemis. Rehabilitasi sosial membutuhkan dukungan tenaga ahli baik itu psikolog, psikiater, dokter, ahli hukum maupun perawat. Pemerintah daerah perlu menggali partisipasi Perguruan Tinggi melalui kegiatan Praktikum, KKN, penelitian, supervisi maupun penempatan tenaga ahli pada Rumah Perlindungan Sosial maupun Panti rehabilitasi Sosial.

Partisipasi juga dapat digali dari dunia usaha, dalam bentuk penyediaan fasilitas untuk praktek belajar kerja, magang maupun penempatan warga binaan sosial yang sudah menjadi angkatan kerja produktif ke dalam perusahaan. Dunia usaha juga dapat memberi dukungan dalam bentuk fasilitasi dan pendampingan usaha ekonomi yang dikelola oleh warga binaan sosial.

D. PENYELENGGARAAN PENANGGULANGAN BENCANA

1. Arah Kebijakan

a. Meningkatkan Tindakan Kesiapsiagaan Dan Mitigasi

Kebijakan penanggulangan bencana tidak lagi bersifat reaktif yang tertuju pada tindakan kedaruratan setelah terjadi bencana, melainkan pada upaya-upaya pengurangan resiko bencana. Sesuai dengan tugas pokok dan fungsi Dinas Sosial pada penanggulangan bencana maka kebijakan pengurangan resiko bencana diarahkan pada tindakan kesiapsiagaan dan mitigasi.

Tindakan kesiapsiagaan dan mitigasi meliputi penyiapan kondisi masyarakat di daerah rawan bencana. Warga masyarakat bersama-sama membangun kesadaran tentang resiko dan potensi bencana yang mungkin terjadi di wilayahnya serta membangun sistem kesiapsiagaan di wilayahnya, dengan membangun Kampung Siaga Bencana (KSB).

b. Meningkatkan Kualitas Manajemen Logistik

Salah satu tugas pokok pelayanan sektor sosial dalam penyelenggaraan penanggulangan bencana adalah memberikan bantuan sosial bagi

korban bencana, yang dalam hal ini berbentuk logistik, baik makanan maupun non makanan. Kebijakan pelayanan bantuan logistik bagi korban bencana diarahkan untuk meningkatkan kualitas manajemen logistik. Peningkatan kualitas manajemen logistik meliputi identifikasi kebutuhan logistik bencana yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat, pergudangan dan penyimpanan serta pendistribusian.

Arah kebijakan tersebut diambil sebagai jawab atas permasalahan logistik yang masih terjadi pada saat terjadi bencana. Sebagaimana yang sering dipersoalkan oleh Kabupaten/ Kota, pada saat tidak terjadi bencana banyak barang logistik yang dikirim ke Kabupaten/kota, sekalipun warga masyarakat tidak membutuhkan, sehingga hanya berhenti di gudang. Di sisi yang lain pemerintah kabupaten/kota belum memiliki gudang logistik bencana yang memadai. Oleh karena itu ke depan memang diperlukan identifikasi dan perencanaan kebutuhan logistik bencana yang lebih baik.

c. Membangun Sistem Perlindungan Bagi Kelompok Rentan (Kelompok Khusus)

Kebijakan perlindungan bagi kelompok rentan, seperti anak-anak, penyandang disabilitas, lanjut usia dan ibu hamil dilakukan melalui pendataan kelompok rentan pada wilayah bencana, menyusun manual evakuasi dan penyelamatan serta bentuk-bentuk pelayanan yang dibutuhkan pada saat terjadi bencana maupun pada tahap rehabilitasi dan rekonstruksi.

Kebijakan juga diarahkan untuk mendorong lembaga-lembaga pelayanan dalam bidang penanggulangan bencana agar peduli dan mengakomodasi serta mengalokasikan sumber dayanya untuk perlindungan kelompok khusus. Pendekatan multi stakeholder digunakan agar kelompok khusus terpenuhi dan terlindungi hak-haknya.

Kebijakan juga diarahkan untuk membangun sistem perlindungan bagi kelompok khusus yang akan memudahkan bagi lembaga pelayanan dan para Taruna Siaga Bencana/relawan/pekerja penanggulangan bencana untuk menyusun program dan layanan serta melakukan tindakan perlindungan.

d. Memperluas Partisipasi Masyarakat Dalam Penanggulangan Bencana

Peningkatan partisipasi masyarakat diwujudkan dengan mendorong dan memfasilitasi warga masyarakat di wilayah bencana untuk melakukan upaya-upaya kesiapsiagaan dengan membangun Kampung Siaga Bencana, mempersiapkan tenaga lokal untuk evakuasi, membuat lumbung pangan, dan melaksanakan simulasi secara kontinu.

Perluasan partisipasi juga dijalankan dengan meningkatkan jumlah Taruna Siaga Bencana sesuai dengan kebutuhan di daerah-daerah yang termasuk rawan bencana. Tagana tidak hanya dipersiapkan untuk memenuhi kebutuhan tenaga distribusi logistik, evakuasi, tetapi juga untuk pengelolaan shelter dan pendampingan sosial.

2. Tujuan

- a. Menjamin terpenuhi kebutuhan dasar bagi warga masyarakat korban bencana
- b. Memulihkan kondisi psiko sosial masyarakat korban bencana
- c. Meningkatkan kesiapsiagaan dan ketangguhan masyarakat dalam menghadapi bencana
- d. Memberikan pelayanan darurat bencana yang cepat, tepat sasaran dan terjamin kualitasnya
- e. Meningkatkan dan memanfaatkan potensi, kemampuan warga masyarakat korban bencana

3. Strategi

a. Intensifikasi Pengurangan Resiko Bencana

Intensifikasi pengurangan resiko bencana dilakukan dengan meningkatkan secara terus menerus jangkauan desa-desa yang Menjadi Sasaran Program Kampung Siaga Bencana, Meningkatkan Jumlah Taruna Siaga Bencana dan meningkatkan volume latihan simulasi bencana di masyarakat.

b. Membangun Sistem Informasi Yang Cepat Dan Gudang Logistik Yang Mudah Diakses

Sistem informasi kebencanaan, khususnya dalam masa tanggap darurat diwujudkan melalui penyediaan frekuensi khusus (radio) yang dapat diakses secara cepat dan diterima di seluruh lokasi rawan bencana. Ijin frekuensi segera diajukan dan diikuti dengan penyediaan tenaga yang

mempunyai kompetensi di bidang pengelolaan dan penyebaran informasi dan edukasi masyarakat.

Gudang logistik dibangun di lokasi yang mudah diakses sehingga memudahkan kendaraan-kendaraan yang akan mensuplay maupun mendistribusi bantuan. Gudang logistik dibangun sesuai dengan standar manajemen penyimpanan logistik bencana untuk mencegah kerusakan barang dan bahan logistik bencana.

c. Pelatihan berjenjang bagi Taruna Siaga Bencana

Sebagai tenaga yang handal dan diharapkan memiliki ketrampilan dan mengatasi situasi darurat, Taruna Siaga Bencana selalu memperoleh up-date pengetahuan dan ketrampilan, khususnya perkembangan terbaru dalam teknologi penanggulangan bencana. Jumlah Tagana yang semakin banyak juga perlu diorganisasikan dan dikembangkan secara berjenjang sesuai dengan pedoman teknis yang telah ditetapkan.

d. Peningkatan Koordinasi, Sinergi Dan Keterpaduan Dengan Multi Stakeholder

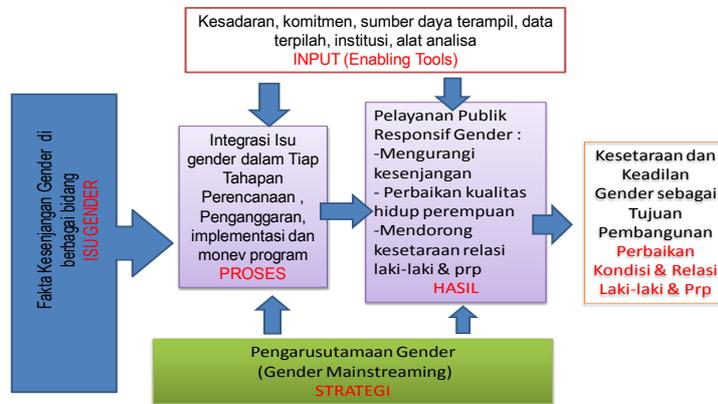
Kesiapsiagaan, penyediaan logistik yang cepat, tepat dan berkualitas dan pendampingan psiko sosial diwujudkan melalui peningkatan koordinasi, sinergi dan keterpaduan dengan lembaga-lembaga lain baik pemerintah maupun non pemerintah yang memberi layanan dalam bidang kebencanaan.

Pelayanan bantuan dan pendampingan sosial membutuhkan dukungan dari lembaga lain. Distribusi logistik membutuhkan sinergi dengan lembaga pemerintah lain untuk kelancaran distribusi dan penjaminan kualitas/keamanannya. Pelayanan logistik di shelter bahkan membutuhkan sinergi dengan lintas sektor untuk menjamin korban bencana dapat terpenuhi kebutuhan dasarnya, dan terlindungi.

C. ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI SEKTOR PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DAN PERLINDUNGAN ANAK

Arah kebijakan dan strategi pengarusutamaan gender (PUG) adalah kerangka sistematis untuk menjawab persoalan kesenjangan gender dalam pembangunan. Dalam RPJMN 2010-2014, PUG menjadi salah satu strategi lintas bidang

bersama dengan pengarusutamaan pembangunan yang berkelanjutan dan tata kelola pemerintahan yang baik.



Gambar III-1 Diagram Pengarus Utamaan Gender (PUG)

Ini menunjukkan bahwa persoalan kesenjangan gender merupakan masalah yang nyata dalam pembangunan. Kondisi ini terkonfirmasi dengan masih kuatnya berbagai bentuk persoalan kesenjangan gender, sebagaimana nampak dari selisih antara Indeks Pembangunan Manusia (IPM) dan Indeks Pembangunan Gender (IPG). Data pemerintah menunjukkan bahwa selisihnya dalam kurun 4 tahun dari 2005 ke 2008 tidak mengalami perubahan berarti (dari 4.8 menjadi hanya 4.79).

Begitu juga situasi kesenjangan gender di DIY. Walaupun situasinya jauh lebih baik daripada tingkat kesenjangan gender di tingkat propinsi, namun kesenjangan gender tidak mengalami penurunan (sebanyak 3.2 dari tahun 2005 hingga tahun 2008). Data yang lebih baru nampak menunjukkan berbagai dinamika, seperti naiknya Indeks Pembangunan Gender (IPG) pada tahun 2011 (menjadi 72.24 dari target sebanyak 70.80). Capaian ini mendudukkan propinsi DIY dalam posisi kedua di tingkat nasional. Sedangkan untuk indicator pemberdayaan gender (IPJ) pada tahun yang sama adalah 63.32, yang melebihi rata-rata nasional (62,27), dan seperti IPG, DIY berada pada peringkat kedua.

Sedangkan capaian IPG DIY dari tahun 2008 sampai dengan 2011 adalah sebagai berikut:

Tabel III-1 Capaian IPG DIY, 2010-2011

Provinsi/Kabupaten	Angka Harapan Hidup		Angka Melek Huruf		Rata-rata Lama Sekolah		Sumbangan Pendapatan		IPG	
	(Tahun)		(Persen)		(Tahun)		(Persen)			
	L	P	L	P	L	P	L	P	2010	2011
(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
DI YOGYAKARTA	71,37	75,16	96,28	87,09	9,78	8,67	60,82	39,18	72,51	73,07
Kulon Progo	72,53	76,24	96,98	86,50	9,15	8,07	68,03	31,97	67,04	67,85
Bantul	69,42	73,32	96,39	86,25	9,35	8,36	62,06	37,94	71,33	71,71
Gunung Kidul	69,07	72,99	92,22	78,63	7,84	6,32	61,60	38,40	65,42	66,04
Sleman	73,21	76,86	97,90	89,76	11,18	9,97	62,21	37,79	74,17	74,75
Kota Yogyakarta	71,59	75,37	99,78	96,85	11,96	11,30	57,92	42,08	77,56	77,92

Sumber : BPS, Kementerian PP &PA

a. Isu Gender Urusan Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak

Bagian berikut akan menguraikan secara khusus, isu-isu gender, petajalan dan integrasi dalam perencanaan pembangunan untuk bidang urusan pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak.

- 1) **Perlindungan dan penyelesaian kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak.** Urgensi persoalan ini adalah karena menimbang bahwa persoalan kekerasan terhadap perempuan telah menjadi persoalan serius untuk mendorong pemenuhan hak dasar perempuan. Data kekerasan terhadap perempuan Nampak dalam grafik berikut ini:



Gambar III-2 Diagram Kekerasan Terhadap Perempuan di DIY 2011
Sumber: BPPM/FKP2PA, Profil Gender dan Anak di Propinsi DIY, 2011

Data dan statistik tentang kekerasan terhadap perempuan dan anak di Provinsi DI. Yogyakarta tercatat pada tahun 2010 sebanyak 607 kasus untuk kerasan perempuan dan 160 kasus untuk kekerasan terhadap anak. Kabupaten/ kota yang paling banyak tercatat kasus kekerasan terhadap perempuan adalah kota Yogyakarta (39%) dari total kasus dan paling sedikit adalah Kabupaten Kulonprogo (11%). Kabupaten/ kota yang paling banyak tercatat kasus kekerasan terhadap anak adalah Kab. Sleman (26%) tidak selisih jauh dari Kab. Gunung Kidul (25%) dari total kasus dan paling sedikit adalah Kota Yogyakarta (19%). Apabila melihat data pilah, korban dengan jenis kelamin perempuan adalah sebanyak 89.5% sementara laki-laki adalah sebanyak 10,5% dan 62.2% dalam status kawin. Upaya mengatasi persoalan kekerasan ini bisa dilakukan dengan mengefektifkan layanan perlindungan bagi korban, menguatkan dan mendorong bekerjanya skema rujukan dan mendorong keterlibatan masyarakat dalam penyelesaian kasus-kasus kekerasan berbasis gender. Di DIY, inisiatif ini sudah dilakukan dengan baik di level propinsi, namun di tingkat kabupaten, fasilitas dan perangkat penting seperti ketersediaan rumah aman bagi korban masih menjadi persoalan, terutama untuk wilayah yang cukup jauh seperti Gunungkidul.

2) **Penyadaran terkait persoalan pernikahan usia anak.**

Mengacu kepada UU Perlindungan Anak, kelompok anak adalah kelompok di bawah usia 18 tahun. Data berikut menggambarkan usia perkawinan pertama di DIY. Kategori yang dipakai adalah sesuai dengan usia minimal di UU No 1 tahun 2974 tentang Perkawinan, walaupun dari aspek hak anak, regulasi ini mengundang kritik karena bertentangan dengan UU No 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak (karena umur minimal untuk perempuan adalah 16 tahun, atau masih masuk kategori anak).

Tabel III-2 Usia Perkawinan Pertama di DIY Menurut Kabupaten/Kota Tahun 2010

NO.	Kab/Kota	USIA PERKAWINAN		USIA PERKAWINAN		USIA PERKAWINAN		USIA PERKAWINAN	
		< 16 Th	< 19 Th	17 - 21 Th	19 - 21 Th	22 - 25 Tahun		26 - 30 Tahun	
		P	L	P	L	L	P	L	P
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Kota Yogyakarta	24	27	416	175	598	782	1035	847
2.	Kab. Bantul	93	52	1531	845	2082	2306	2210	1853
3.	Kab. Kulonprogo	19	44	382	781	996	1170	1255	797
4.	Kab. Gunungkidul	42	36	1674	676	1741	1977	1259	1613
5.	Kab. Sleman	22	28	652	1309	1927	2301	2565	2097
	Provinsi DI. Yogyakarta	200	187	4655	3786	7344	8536	8324	7207
Sumber : Kantor Kementerian Agama Kab/Kota									

Sebaran data menunjukkan variasi antar daerah, dimana pada tahun 2010, Bantul menduduki daerah dengan angka perkawinan anak perempuan tertinggi, yaitu sebanyak 93 kasus, disusul Gunungkidul (42 kasus), Kota Yogyakarta (24 kasus), Sleman (22 kasus) dan Kulon Progo (19 kasus). Sejalan dengan situasi di atas, kecenderungan peningkatan kehamilan tidak dikehendaki pada remaja perlu menjadi perhatian, dan upaya penyadaran akan hak-hak anak dan skema perlindungan yang dibutuhkan harus menjadi perhatian di bidang pemberdayaan perempuan dan masyarakat. Kampanye positif dan penyadaran public dilakukan untuk menjadikan isu ini sebagai masalah bersama, dan masyarakat bisa berkontribusi dalam berbagai bentuk untuk mencegah persoalan ini.

3) Mendorong keterwakilan perempuan yang lebih tinggi dalam jabatan-jabatan publik, termasuk legislatif

Ini merupakan langkah strategis untuk mendorong kesetaraan dan keadilan gender, mengingat peran kunci lembaga legislative dalam pengambilan kebijakan pembangunan yang selanjutnya akan berkontribusi signifikan untuk mengatasi kesenjangan gender. Karenanya, diperlukan langkah-langkah sistematis untuk menghapuskan berbagai bentuk kendala bagi

keterwakilan perempuan dalam jabatan public. Pemilu 2014 bisa menjadi momentum yang penting, dengan melakukan pendidikan politik akan pentingnya keterwakilan perempuan dalam politik, dan dukungan bagi para kandidat perempuan yang maju dalam pemilu, serta menggalang dukungan dari partai politik akan pentingnya isu ini.

Isu ini menjadi sangat strategis karena melihat bahwa selama ini, tingkat keterwakilan perempuan dalam jabatan public yang strategis seperti DPRD masih jauh dari harapan. Dibandingkan dengan kuota keterwakilan perempuan sebesar 30%, capaian di tingkat kabupaten dan kota masih jauh di bawah target ini. Selengkapnya bisa dilihat dalam table berikut ini:

Tabel III-3 Data Anggota DPRD DIY dan Kabupaten/Kota di DIY Berdasarkan Jenis Kelamin Tahun 2009-2014

NO	DPRD	2011				2012			
		LAKI-LAKI	PEREMPUAN	JUMLAH	%	LAKI-LAKI	PEREMPUAN	JUMLAH	%
1	Kota Yogyakarta	34	6	40	15,00	34	6	40	15,00
2	Kab. Bantul	38	7	45	15,56	38	7	45	15,56
3	Kab. Kulon Progo	35	5	40	12,50	35	4	39	10,26
4	Kab. Sleman	41	9	50	18,00	41	9	50	18,00
5	Kab. Gunungkidul	39	6	45	13,33	39	6	45	13,33
6	DPRD DIY	43	12	55	21,82	43	12	55	21,82

Sumber: Buku Profil Gender dan Anak DIY 2011, BPPM

Tabel di atas menunjukkan bahwa tingkat keterwakilan perempuan di lembaga legislatif masih rendah, dimana tingkat tertinggi dicapai DPRD DIY dengan keterwakilan perempuan sebanyak 21.82%, dan terendah adalah kabupaten Kulon Progo dengan keterwakilan perempuan sebanyak 10.26%. Harus ada langkah-langkah penting untuk mendorong keterwakilan perempuan yang lebih tinggi, menimbang bahwa Pemilu Legislatif 2014 sudah tinggal hitungan bulan ke depan.

- 4) **Efektivitas koordinasi pengarusutamaan gender di dalam pemerintahan daerah.** Upaya mendorong PUG dalam pembangunan, perlu dikelola dengan lebih efektif. Fokus koordinasi bisa diletakkan pada mendorong bekerjanya kelembagaan PUG, terutama untuk memastikan integrasi gender dalam perencanaan dan penganggaran daerah. Kelembagaan PUG sebagaimana diatur dalam Permendagri 15/2008 yang kemudian di revisi dalam Permendagri 67/2011, secara umum berfokus

pada Pokja PUG dan Focal Point. Skema koordinasi yang menempatkan Bappeda bersama dengan Badan Pemberdayaan Perempuan dan Masyarakat dalam struktur ketua dan sekretaris Pokja PUG perlu mendapatkan dukungan, sebagaimana juga dukungan untuk para focal point di level SKPD.

5) Kematian Ibu

Kematian ibu merupakan ujung dari berbagai persoalan kesenjangan gender. Lebih dari sekedar persoalan teknis-media, kematian ibu juga berkorelasi dengan konstruksi gender yang lebih luas, seperti pembagian peran berbasis gender (seperti pembagian peran domestic ketika ibu hamil, dukungan infrastruktur pendukung terkait dengan peran domestic), akses kepada sumber daya (konsumsi gizi, pola asupan nutrisi harian, akses kepada pelayanan kesehatan, akses kepada informasi seperti informasi tentang persalinan sehat), hingga ke pengambilan keputusan (apakah perempuan memiliki otoritas untuk mengambil keputusan atas tubuhnya secara otonom).

Secara relative, angka kematian ibu (AKI) di DIY relative baik apabila dibandingkan dengan propinsi yang lain. Namun demikian, stagnasi penurunan AKI juga perlu menjadi perhatian sehingga langkah-langkah mengurangi AKI bisa dilakukan secara lebih efektif. Berikut adalah data kematian ibu di DIY.

Tabel III-4 Jumlah Kematian Ibu di DIY menurut Kabupaten/Kota, 2010

NO.	Kab/Kota	JUMLAH KASUS KEMATIAN IBU			JUMLAH TOTAL
		HAMIL	MELAHIRKAN	NIFAS	KEMATIAN IBU
1	2	3	4	5	6
1.	Kota Yogyakarta	1	2	4	7
2.	Kab. Bantul	0	9	1	10
3.	Kab. Kulonprogo	0	1	3	4
4.	Kab. Gunung Kidul	4	1	4	9
5.	Kab. Sleman	1	0	12	13
	Provinsi DI. YOGYAKARTA	6	13	24	43

Sumber : Dinas Kesehatan Provinsi DI. YOGYAKARTA 2010

Jumlah Kematian Ibu Merupakan Jumlah Kasus Kematian Ibu dilaporkan Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi DI. Yogyakarta

Dalam rangka menekan AKI, pemerintah sudah mengeluarkan kebijakan Jaminan Persalinan. Namun demikian, keberadaan jaminan ini tidak serta merta menjawab persoalan kematian ibu. Ini bisa dimengerti dengan melihat kontribusi dan kondisi yang menyebabkan kematian ibu. Bahkan di beberapa daerah, setelah keluarnya Jampersal pada tahun 2011, angka kematian ibu justru meningkat. Propinsi DIY termasuk salah satu diantaranya. Mengacu kepada data dari bank data kementerian Kesehatan RI, angka kematian ibu pada tahun 2011 di DIY justru meningkat menjadi 56 kasus, walaupun kemudian turun kembali menjadi 40 pada tahun 2012. Ini menunjukkan bahwa fluktuasi kematian ibu harus di kaji sehingga intervensi kebijakan yang tepat dan perangkat pendukungnya yang terkait telah tersedia.

6) Kematian Bayi dan Balita

Kematian bayi dan balita juga sangat terkait erat dengan kematian ibu sebagaimana telah dipaparkan sebelumnya. Data berikut memaparkan angka kematian bayi dan balita di DIY.

Tabel III-5 Kematian Bayi dan Balita di DIY menurut Kabupaten/Kota Tahun
2010

NO.	Kab/Kota	JUMLAH KASUS	
		KEMATIAN BAYI (AKB)	KEMATIAN BALITA (AKABA)
1	2	3	4
1.	Kota Yogyakarta	40	5
2.	Kab. Bantul	120	26
3.	Kab. Kulonprogo	65	15
4.	Kab. Gunung Kidul	63	8
5.	Kab. Sleman	67	5
	Provinsi DI. Yogyakarta	355	59

Sumber : Profil Kesehatan Kab/Kota Tahun 2009

Angkanya bervariasi antar daerah, dan khususnya di Bantul, angka kematian bayi dan balita yang tertinggi perlu menjadi perhatian. Intervensi untuk menjawab persoalan kematian bayi dan balita bisa digabungkan dengan upaya mengatasi kematian ibu, mengingat relasi gender yang masih menempatkan urusan pengasuhan anak kepada perempuan. Namun lebih jauh, menggalang dukungan laki-laki dan masyarakat yang lebih luas juga akan membuat persoalan ini bisa dijawab dengan lebih baik.

7) Isu Pekerja Anak

Pekerja anak merupakan salah satu masalah serius pembangunan, walaupun ILO telah mengeluarkan konvensi yang melarang segala bentuk pekerjaan terburuk bagi anak-anak. Tabel berikut menggambarkan jumlah pekerja anak di berbagai wilayah di DIY. Dalam hal ini, kategori yang dipakai adalah untuk anak berusia kurang dari 15 tahun, dan bukan 18 tahun sesuai UU No 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak. Bilamana memakai kategori yang lebih akhir, jumlahnya akan lebih banyak.

8) Penyadaran dan perlindungan hak-hak perempuan dan anak.

Walaupun berbagai kebijakan seperti Konvensi PBB (seperti ratifikasi CEDAW), dan berbagai undang-undang tentang perlindungan hak perempuan dan anak telah banyak di keluarkan, pengetahuan dan kesadaran perempuan dan anak akan haknya masih sangat terbatas. Penyadaran kritis akan hak nya bagi perempuan dan anak merupakan agenda penting.

9) Akses kepada Pendidikan

kajian yang komprehensif perlu dilakukan untuk melihat bagaimana angka ini berkorelasi dengan konstruksi gender yang ada, misalnya apakah apakah lebih banyaknya anak laki-laki yang putus sekolah di jenjang SD dan SMP berkorelasi dengan kenakalan anak (yang mana secara sosial, masyarakat lebih permisif terhadap anak laki-laki yang nakal dibandingkan perempuan) ataukah berkorelasi dengan kondisi pekerja anak. Sementara di tingkat SMA, apakah lebih banyaknya anak perempuan yang putus sekolah berkorelasi dengan kejadian kehamilan yang tidak dikehendaki. Kajian seperti ini harus dilakukan dengan komprehensif.

10) Partisipasi Kerja

Kesetaraan gender juga bisa dilihat salah satunya dengan semakin banyaknya perempuan yang bekerja di sector formal dan informal. Data berikut menunjukkan, walaupun angka partisipasi kerja perempuan sudah semakin baik, namun kesenjangan partisipasi kerja antara perempuan dan laki-laki merupakan kondisi yang nyata. Kesenjangan ini juga muncul di hampir semua jenjang pendidikan yang ditamatkan oleh angkatan kerja.

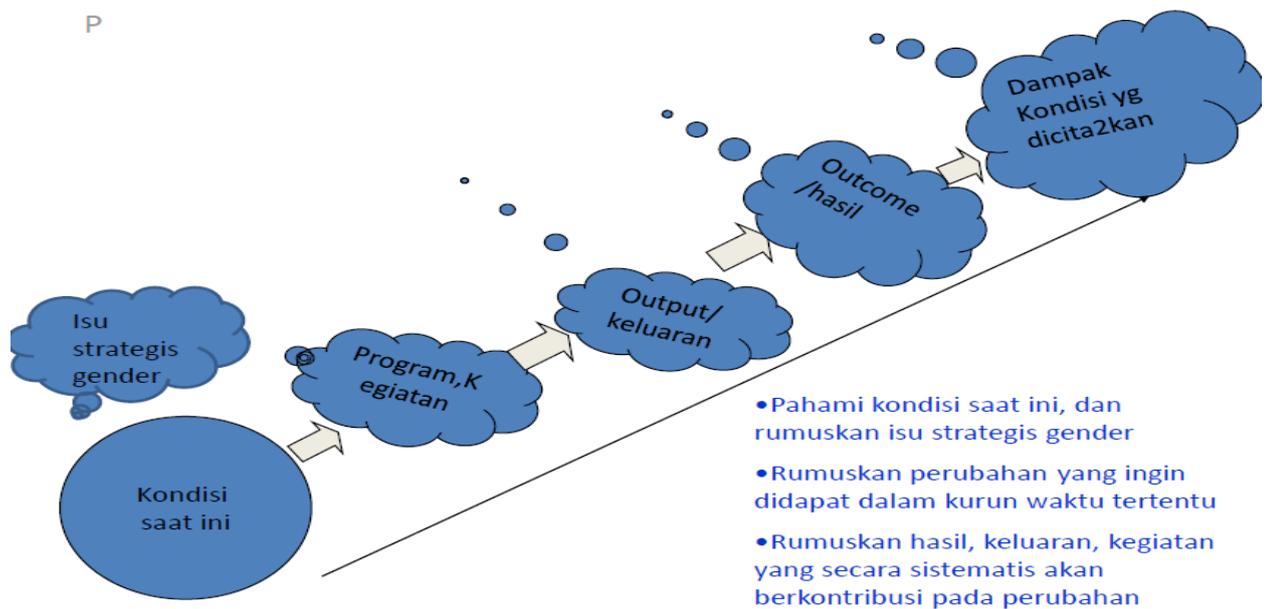
11) Kemiskinan di Keluarga dengan Kepala Keluarga Perempuan

Kemiskinan dan persoalan gender merupakan dua isu yang saling mempengaruhi, terlebih bilamana melihat bahwa fenomena pemiskinan dan ketidakadilan gender acap muncul secara bersama, yang menjadikan feminisasi pemiskinan. Deskripsinya adalah kemiskinan memiliki dampak yang tidak sama bagi perempuan dan laki-laki, karena kesenjangan akses dan control sumber daya diantara mereka. Feminisasi pemiskinan disatu sisi, yang bersisian dengan lebih tingginya angka harapan hidup

perempuan dibanding laki-laki memunculkan persoalan kemiskinan di keluarga dengan kepala keluarga perempuan.

12) Integrasi Isu Gender dalam Manajemen Pembangunan Berbasis Kinerja

Identifikasi isu gender dalam pembangunan bisa dilakukan karena sejalan dengan pendekatan manajemen pembangunan berbasis kinerja. Dalam pendekatan berbasis kinerja, fokusnya bukanlah pada identifikasi masalah, namun apakah harapan perubahan yang ingin dicapai dari masalah yang sudah diidentifikasi. Hal ini bisa dilihat dalam skema berikut ini:



Gambar III-3 Kerangka Berpikir Integrasi Isu Gender dalam Manajemen Pembangunan Berbasis Kinerja

Jikalau identifikasi masalah dianalogkan dengan diagnose, bagian ini merupakan bagian yang penting dan menjadi pijakan dalam menentukan apakah terapi yang tepat dan dibutuhkan. Namun demikian, masalah tidak akan selesai bilamana tidak dirumuskan apakah target yang mau dicapai dan apakah upaya-upaya yang perlu dilakukan untuk mencapai target tersebut.

Dalam kaitan dengan isu gender, isu gender merupakan bacaan terhadap kondisi saat ini. Setelah di pahami, maka rumusan perubahan yang ingin dicapai dalam kurun waktu tertentu adalah bagian penting untuk memberi kerangka tindakan dan kegiatan yang akan dilakukan. Ini menegaskan, bahwa yang lebih utama bukanlah apa yang akan dilakukan (berfokus pada aktivitas), namun kepada apakah perubahan yang akan dicapai (focus pada hasil).

Secara rinci, proses pendekatan yang berbasis hasil, bisa nampak dalam kerangka kinerja logis dalam pembangunan yang disusun Bappenas (2010) berikut ini:



Gambar III-4 Diagram Kerangka Kinerja Logis dalam Pembangunan

Berbeda dengan pendekatan berbasis aktivitas yang lebih menekankan apakah kegiatan yang akan dilakukan, pendekatan berbasis kinerja yang responsive gender akan mulai dari apakah hasil terkait isu gender yang akan dicapai, dan apakah proses berupa program dan kegiatan yang akan dilakukan. Dalam diagram di atas, perhatian akan hasil menjadi kerangka yang memberi arah, bagaimana

seharusnya program pembangunan di susun dan sumber daya dikelola untuk mencapainya.

D. ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI SEKTOR KESEHATAN

a. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Pencegahan dan Pengendalian Penyakit diselenggarakan dalam upaya untuk pencegahan dan pengendalian penyakit yang sinergis, komprehensif dan bermutu. Pencegahan dan pengendalian penyakit merupakan fungsi yang menggabungkan berbagai input ke dalam proses pencegahan penyakit baik menular maupun tidak menular, dan pengendalian faktor risiko. Program ini bertujuan menurunkan angka kesakitan, kematian, dan kecacatan akibat penyakit menular dan tidak menular.

b. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan diselenggarakan dalam bentuk Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) yang dilaksanakan secara sinergis, komprehensif dan bermutu sesuai yang disebutkan dalam Undang-Undang Kesehatan Tahun 2009. Penyediaan pelayanan kesehatan adalah fungsi yang menggabungkan berbagai input ke dalam proses pemberi pelayanan kesehatan di berbagai sarana pelayanan kesehatan, yaitu dari pelayanan kesehatan tingkat primer hingga sekunder dan tersier.

Perlu dikembangkannya pelayanan kesehatan yang memberikan perhatian kepada perorangan (Person Center Care), keluarga (Family Orientation) dan masyarakat (Community Orientation) yang dilakukan secara holistik, komprehensif (Terpadu dengan sector lainnya), dan berkelanjutan (Continuing Care) serta peningkatan kemampuan dokter layanan primer agar mempunyai ketrampilan tertentu (Doctor with specific problem solving skills) , dan mengutamakan pelayanan primer atau pelayanan di tingkat masyarakat, namun tetap mempunyai kesinambungan (rujukan) dengan pelayanan kesehatan sekunder (rumah sakit) dan tersier (rumah sakit rujukan pusat). Pelayanan kesehatan yang dimaksudkan adalah

pelayanan yang tidak hanya kuratif, tetapi adalah pelayanan kesehatan menyeluruh yang mengedepankan aspek-aspek :

- promotif.
- preventif dan protektif
- Kuratif
- Disability Limitation
- Rehabilitatif

Sedemikian itulah pelayanan kesehatan dan kedokteran seyogyanya dilaksanakan agar seluruh rakyat atau anggota masyarakat di Daerah Istimewa Yogyakarta menjadi dapat dilayani secara lebih baik, karena ke depan mestinya dalam Konsep Pelayanan Kesehatan Yogyakarta adalah Sistem Pelayanan Kesehatan yang lebih baik.

c. Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Program promosi Kesehatan dan pemberdayaan masyarakat dilaksanakan dengan menghimpun berbagai upaya perorangan, kelompok dan masyarakat umum di bidang kesehatan yang berinteraksi secara terpadu dan saling mendukung guna meningkatkan peran serta masyarakat dalam pembangunan melalui strategi advokasi, bina suasana dan penggerakan masyarakat.

PHBS atau Perilaku Hidup Bersih dan Sehat harus diupayakan semaksimal mungkin oleh berbagai komponen di masyarakat melalui berbagai kegiatan, misalkan kegiatan seni dan budaya, kegiatan remaja, kegiatan Lansia, kegiatan mahasiswa, dan sebagainya yang didukung oleh berbagai stakeholder yang ada, misalkan : industri, perdagangan, Lembaga Swadaya Masyarakat, pemerintah, perguruan tinggi, dan sebagainya.

d. Upaya Peningkatan Kesehatan Keluarga

Upaya peningkatan kesehatan keluarga diselenggarakan dalam rangka mewujudkan keluarga kecil, sehat, bahagia dan sejahtera atau NKKBS. Pengertian keluarga disini adalah suami, istri, anak dan anggota keluarga lainnya. Kesehatan suami istri diutamakan pada upaya pengatuan kelahiran. Kesehatan istri meliputi kesehatan pada masa prakehamilan, kehamilan, persalinan, pasca persalinan dan masa diluar kehamilan dan persalinan. Kesehatan anak diselenggarakan untuk mewujudkan pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal dan dilaksanakan melalui peningkatan kesehatan anak mulai dalam kandungan, masa bayi, masa balita, usia pra sekolah dan usia sekolah. Kesehatan usia lanjut diarahkan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan dan kemampuannya agar tetap produktif.

Gerakan-gerakan NKKBS perlu disinergikan dengan :

1. pelayanan Kedokteran Keluarga (Family Medicine)
2. pelayanan Keperawatan Keluarga (Family Nursing)
3. pelayanan Keluarga Berencana (Bidan Keluarga)
4. kader sehat
5. pekerja sosial

e. Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan terdiri dari elemen – elemen upaya penggalan dana, pengalokasian dana dan penggunaan sumberdaya keuangan yang terpadu dan saling mendukung. Pembiayaan kesehatan merupakan sebuah proses dimana pendapatan dimobilisasi dari sumber dana primer dan sekunder, lalu pendapatan tadi dikumpulkan dalam bentuk pengumpulan dana dan kemudian dialokasikan kepada kegiatan spesifik dari penyedia pelayanan yang telah ditentukan (Pelayanan primer dan pelayanan sekunder dan pelayanan tersier, termasuk biaya promosi kesehatan, biaya sanitasi lingkungan, dan sebagainya).

Bagaimanapun juga pembiayaan kesehatan perlu diupayakan agar kelak masyarakat mampu membiayai kesehatannya sendiri, sehingga karena itulah, maka upaya-upaya memobilisasi dana untuk pembiayaan kesehatan saat ini mestinya hanyalah bersifat sementara,(kecuali bila di-inginkan bahwa memang subsidi-subsidi pembiayaan kesehatan dari provinsi dan kabupaten dan kota akan dijadikan permanen selamanya), sembari menyempurnakan Sistem Pelayanan Kesehatan yang lebih baik di tingkat pelayanan primer, sekunder hingga tersier.

f. Perbaikan Gizi Masyarakat

Upaya perbaikan gizi masyarakat dilaksanakan untuk meningkatkan status gizi semua anggota masyarakat yang diselenggarakan secara sinergis, komprehensif dan bermutu. Penyediaan program perbaikan gizi adalah fungsi yang menggabungkan berbagai input ke dalam proses pemberian pelayanan di berbagai sarana pelayanan kesehatan maupun di masyarakat secara langsung ,yaitu di sektor pemerintah maupun swasta.

Perbaikan gizi masyarakat diupayakan dengan melibatkan berbagai komponen masyarakat yang ada,misalkan :

1. Perguruan Tinggi melalui Kuliah Kerja Nyata (KKN)
2. berbagai disiplin ilmu yang terkait (misalkan: Fakultas Pertanian, Fakultas Teknologi Pertanian, Fakultas Kedokteran, Fakultas Peternakan, dan sebagainya)
3. berbagai stakeholders yang terkait gizi (misalkan : industri, perdagangan, dan sebagainya)

Program-program perbaikan gizi di masyarakat seyogyanya melibatkan bidang-bidang ilmu gizi yang terkait, misalkan : Gizi masyarakat (Community Nutrition), Pendidikan Gizi (Nutrition Education), penelitian tentang gizi (Nutrition Research), dan sebagainya.

Program-program perbaikan gizi seyogyanya melihat hari ini dan hari depan, paling tidak 7 tahun ke depan (tahun 2020) yaitu masa diberlakukannya ASEAN Free Trade Agreement (AFTA), karena pada

masa-masa itu akan banyak produk-produk makanan dari seluruh negara-negara ASEAN akan masuk ke Yogyakarta, sehingga karena itulah mestinya aspek-aspek gizi di masyarakat mulai hari ini sudah harus dipersiapkan.

g. Pengembangan Lingkungan Sehat

Banyak penelitian memperlihatkan bahwa di Daerah Istimewa Yogyakarta (Sutomo et al, 2001) ini berbagai media atau komponen lingkungan (air, tanah, udara dan vector) telah tercemar, sehingga karena itulah pengembangan atau perbaikan lingkungan sehat atau penataan lingkungan (lingkungan Fisik, lingkungan Biotik, lingkungan Sosial-budaya- ekonomi dan kesehatan masyarakat) dilakukan agar menjadi lebih sehat amat sangat diperlukan sekali. Pencemaran lingkungan di Yogyakarta amat erat hubungannya dengan berbagai kegiatan, misalkan :

- Transportasi
- Pemukiman
- Pertanian
- Kepadatan hunian
- Produksi makanan
- Masuknya produk-produk makanan

Terkait dengan hal-hal tersebut diatas, maka pemberian pelayanan dalam Program Pengembangan Lingkungan Sehat yang bertujuan untuk mewujudkan mutu lingkungan hidup yang lebih sehat melalui pengembangan sistem kesehatan kewilayahan amat diperlukan untuk dapat menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan.

Program-program pembangunan kesehatan lingkungan itu seyogyanya dilakukan bersama unsur-unsur atau komponen-komponen yang terkait dengan “PENURUNAN KUALITAS LINGKUNGAN” atau komponen-komponen masyarakat yang selama ini ikut menurunkan kualitas lingkungan yang selanjutnya akan bekerjasama dengan pemerintah dan masyarakat, misalkan : pelaku usaha, industri, perdagangan, transportasi, pemukiman, dan sebagainya.

h. Pendidikan Kesehatan dan Sumberdaya Manusia Kesehatan

Program pendidikan kesehatan dan sumberdaya manusia (SDM) kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya pengadaan, perencanaan, pengembangan dan pendayagunaan untuk mewujudkan ketersediaan tenaga kesehatan dan penyelenggaraan pendidikan kesehatan yang bermutu, mencukupi, dan terdistribusi secara adil serta termanfaatkan secara berhasil-guna dan berdaya-guna.

Dengan demikian, kualitas SDM kesehatan harus memperoleh perhatian yang utama yang hal itu akan meliputi : pendidikan, kemampuan, kepatuhan, kesehatan, kapasitas kerja, pengalaman kerja, motivasi kerja, inovasi kerja, dan sebagainya.

i. Sediaan Farmasi, Perbekalan Kesehatan dan Makanan

Merupakan keterpaduan program dibidang obat, obat tradisional, kosmetika (sediaan farmasi), makanan dan perbekalan kesehatan termasuk perbekalan kesehatan rumah tangga yang digunakan masyarakat dalam upaya untuk hidup sehat dengan tujuan meningkatkan ketersediaan, pemerataan, mutu penggunaan dan pelayanan kefarmasian serta pengendalian obat, obat tradisional, kosmetika, makanan dan perbekalan kesehatan termasuk perbekalan kesehatan rumah tangga.

Dengan demikian sediaan farmasi, perbekalan kesehatan dan makanan di DIY harus mendapatkan perhatian yang memadai, disamping itu perlu kiranya menumbuhkan inovasi-inovasi baru dalam membina obat-obat tradisional, Tanaman Obat Keluarga (TOGA), sediaan farmasi alami, dan sebagainya.

j. Pengembangan Manajemen Kesehatan

Pengembangan manajemen regulasi dilaksanakan untuk menjamin penyelenggaraan kegiatan pembangunan kesehatan di Provinsi DIY yang aman dan bermutu serta selaras dengan Visi Misi Pemerintah Provinsi

DIY, baik untuk perorangan atau kelompok masyarakat sesuai dengan peraturan yang berlaku.

k. Sistem Informasi Kesehatan

Program Sistem Informasi Kesehatan menghimpun berbagai upaya pengelolaan data dan informasi, mulai dari pengumpulan, pengolahan, analisis, penyebaran informasi, pengembangan sumberdaya dan teknologi yang mendukung, yang terpadu dan saling mendukung, guna menjamin keakuratan dan kecepatan dalam penyediaan data dan informasi dalam pengambilan kebijakan kesehatan sesuai dengan kebutuhan.

l. Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Program ini bertujuan meningkatkan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan sebagai masukan dalam perumusan kebijakan dan program pembangunan kesehatan.

Penelitian dan pengembangan kesehatan seyogyanya dilakukan bekerjasama dengan pihak-pihak terkait, misalkan: Perguruan Tinggi, dan lembaga-lembaga penelitian lainnya.

m. Sarana dan Prasarana Kesehatan

Peningkatan sarana prasarana Rumah Sakit, Lembaga pelayanan kesehatan masyarakat, lembaga penelitian, dan sebagainya perlu untuk senantiasa ditingkatkan dalam rangka upaya peningkatan kualitas layanan kesehatan yang dimaksudkan, misalkan :

1. Fasilitasi peningkatan mutu pelayanan kesehatan jiwa dan pelayanan rehabilitasi medis Napza
2. Fasilitasi terselenggaranya pelayanan kesehatan dasar /primer dan pelayanan spesialisik yang terkait dengan kesehatan jiwa
3. Fasilitasi peningkatan pelayanan pendidikan, pelatihan dan penelitian kesehatan jiwa masyarakat dan Napza
4. Fasilitasi peningkatan kualitas dan kuantitas SDM
5. Fasilitasi peningkatan pelayanan administrasi dan manajemen

6. Fasilitasi peningkatan sarana & prasarana Rumah Sakit (pelayanan sekunder) dan Puskesmas-puskesmas (pelayanan-pelayanan primer)

n. Mengurangi risiko terjadinya penyakit, kecelakaan dan dampak bencana

1. Meningkatkan kesiapsiagaan masyarakat menghadapi ancaman penyakit, kecelakaan dan dampak bencana
2. Peningkatan upaya pemerintah dalam pemberantasan dan penanggulangan dan pencegahan penyakit, kecelakaan dan dampak bencana
3. Meningkatkan peran lembaga pemerintah, non pemerintah dan swasta dalam kegiatan mengurangi faktor risiko penyakit, kecelakaan dan bencana
4. Bekerja sama atau menjalin kemitraan dengan lembaga-lembaga terkait, misalkan : Palang Merah Indonesia (PMI), Pramuka, Hisbul Wathan, Rumah Zaqat, Lembaga Swadaya Masyarakat, Pemuda Masjid, Pemuda Gereja, Pemuda Hindu, dan sebagainya

o. Peningkatan akses dan mutu upaya kesehatan

1. Peningkatan cakupan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin
2. Peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan oleh lembaga pemerintah maupun swasta
3. Meningkatkan akses dan mutu pelayanan perbaikan gizi dan pelayanan perbaikan kesehatan lingkungan
4. Meningkatkan akses dan mutu informasi kesehatan oleh pemerintah, lembaga non pemerintah dan swasta yang mendukung tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan.

p. Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat

1. Peningkatan keterlibatan masyarakat dalam penyusunan kebijakan dan monitoring pembangunan kesehatan di DIY

2. Mendorong masyarakat mandiri dalam pemenuhan kebutuhan dan kesinambungan pelayanan kesehatan
3. Peningkatan peran serta masyarakat dalam pengembangan upaya kesehatan berbasis masyarakat melalui Posyandu, Desa Siaga, lembaga swadaya masyarakat, organisasi keagamaan, sektor swasta.

q. Peningkatan infrastruktur dan manajemen

1. Perbaikan / pengembangan sistem surveilans dan informasi
2. Pengembangan Epidemiologi Surveillance untuk pelayanan kesehatan primer, pelayanan kesehatan sekunder dan tersier
3. Peningkatan mutu manajemen dan administrasi
4. Peningkatan fasilitas pendidikan dan Yankes (Pelayanan Kesehatan)
5. Peningkatan ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan
6. Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM (Sumber Daya Manusia)
7. Pengembangan asuransi kesehatan
8. Peningkatan sarana prasarana layanan kesehatan
9. Pengembangan Badan Usaha Milik Desa (BUMDES) untuk pelayanan kesehatan

r. Pemasaran pelayanan dan pendidikan kesehatan

1. Pemasaran produk / jasa pelayanan kesehatan DIY
2. Pemasaran DIY sebagai pusat pendidikan, pelatihan, penelitian dan konsultasi di bidang kesehatan.
3. Bila sentra- sentra kesehatan di DIY telah memadai, maka produk-produk seperti :
 - Rumah sakit
 - Puskesmas/ Klinik
 - Panti Rehabilitasi
 - Lembaga Penelitian Kesehatan
 - Jamu tradisional

PROGRAM DAN KEGIATAN

Untuk menjabarkan kebijakan dan strategi sektor kesehatan, diperlukan langkah riil berupa program dan kegiatan. Adapun program/kegiatan Dinas Kesehatan adalah :

1. Program Pelayanan Administrasi Perkantoran

Kegiatan :

- Penyediaan Jasa Surat Menyurat
- Penyediaan Jasa Komunikasi, Sumber Daya Air Dan Listrik
- Penyediaan Jasa Jaminan Pemeliharaan Kesehatan PNS
- Penyediaan Jasa Pemeliharaan Dan Perizinan Kendaraan Dinas/Operasional
- Penyediaan Jasa Administrasi Keuangan
- Penyediaan Jasa Kebersihan Kantor
- Penyediaan Jasa Perbaikan Peralatan Kerja
- Penyediaan Alat Tulis Kantor
- Penyediaan Barang Cetak dan Penggandaan
- Penyediaan Komponen Instalasi Listrik/Penerangan Bangunan Kantor
- Penyediaan Peralatan Rumah Tangga
- Penyediaan Bahan Bacaan Dan Peraturan Perundang-Undangan
- Penyediaan Bahan Logistik Kantor
- Penyediaan Makanan Dan Minuman
- Rapat-Rapat Koordinasi Dan Konsultasi Ke Luar Daerah
- Penyediaan Jasa Keamanan Kantor/Gedung/Tempat Kerja
- Penyediaan jasa pelayanan rumah sakit

2. Program Peningkatan Sarana dan Prasarana Aparatur

Kegiatan :

- Pemeliharaan Rutin/berkala Kendaraan Dinas / Operasional
- Pengadaan kendaraan dinas/operasional
- Pengadaan Perlengkapan Gedung Kantor

- Pengadaan Peralatan Gedung Kantor
- Pemeliharaan Rutin/Berkala Gedung Kantor
- Pemeliharaan Rutin/Berkala Perlengkapan Gedung Kantor
- Pemeliharaan Rutin/Berkala Mebeleur

3. Program Peningkatan Kapasitas Sumber Daya Aparatur

Kegiatan :

- Pendidikan dan Pelatihan Formal
- Sosialisasi Peraturan Perundang-Undangan
- Pembinaan Pengembangan Kualitas Profesi dan Penilaian Angka Kredit Jabatan Fungsional
- Penyusunan Digital Government Services (D G S)
- Pengembangan Teknologi Informasi
- Pengembangan ISO
- Pengembangan data/informasi
- Survei Kesehatan daerah
- Pengelolaan penelitian kesehatan
- Pengembangan mutu manajemen pelayanan kesehatan

4. Program Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja dan Keuangan

Kegiatan :

- Penyusunan Laporan Capaian Kinerja dan Ikhtisar Realisasi Kinerja SKPD
- Penyusunan pengembangan perencanaan program
- Pengendalian, Monitoring dan Evaluasi Program/Kegiatan
- Penyusunan Rencana Program dan kegiatan
- Peningkatan Pengembangan Sistem Pelaporan Capaian Kinerja dan Keuangan

5. Program Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

Kegiatan :

- Pengembangan Media Promosi dan Informasi Sadar Hidup Sehat
- Penyuluhan Masyarakat Pola Hidup Sehat
- Peningkatan Peran Serta Masyarakat Melalui Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (U K B M)
- Penerbitan Majalah Kesehatan
- Pengembangan Media Promosi Kesehatan
- Pambudayaan Marganing Rahayu Jiwa
- Penyusunan panduan dan pengadaan materi media penanggulangan HIV AIDS
- Penyusunan panduan dan pengadaan materi media penanggulangan Narkoba

6. Program Perbaikan Gizi Masyarakat

Kegiatan :

- Penyusunan Peta Informasi Masyarakat Kurang Gizi
- Penanggulangan Kurang Energi Protein (K E P), Anemia Gizi Besi, Gangguan Akibat Kurang Yodium (G A K Y), Kurang Vit A Dan Kekurangan Zat Gizi M
- Penanggulangan Gizi Lebih
- Monitoring, Evaluasi Dan Pelaporan
- Sosialisasi Penanggulangan Masalah Gizi
- Peningkatan Kapasitas Petugas Gizi
- Nguri-uri budaya 1000 hari kehidupan pertama

7. Program pengembangan lingkungan sehat

Kegiatan :

- Pengembangan Kawasan Sehat

- Penyehatan Tempat-tempat Umum (TTU)
- Penyehatan Air
- Penyehatan Lingkungan Pemukiman
- Peningkatan Manajemen Kesehatan Lingkungan

8. Program Pengadaan, Peningkatan Sarana Dan Prasarana Rumah Sakit/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Paru-Paru

Kegiatan :

- Pembangunan Rumah Sakit
- Pengadaan Alat-Alat Kesehatan Rumah Sakit (Dana Cukai Tembakau)
- Pengadaan Obat-Obatan Rumah Sakit
- Pengadaan Mebeleur Rumah Sakit
- Pengadaan Perlengkapan Rumah Tangga Rumah Sakit (Dapur, Ruang Pasien, Laundry, Ruang Tunggu Dan Lain-Lain)
- Pengadaan Bahan-Bahan Logistik Rumah Sakit (Dana Cukai Tembakau)
- Pengadaan Pencetakan Administrasi dan Surat Menyurat Rumah Sakit
- Pengadaan Reagen/Bahan Kimia (Dana Cukai Tembakau)
- Pengadaan Reagen/Bahan Kimia
- Pengadaan Alat-Alat Kesehatan Rumah Sakit

9. Program Pemeliharaan Sarana Dan Prasarana Rumah Sakit/Rumah Sakit Jiwa/Rumah Sakit Paru-Paru/Rumah Sakit

Kegiatan :

- Pemeliharaan Rutin/Berkala Rumah Sakit
- Pemeliharaan Rutin/Berkala Instalasi Pengolahan Limbah Rumah sakit
- Pemeliharaan Rutin/Berkala Alat-Alat Kesehatan Rumah Sakit
- Pemeliharaan Rutin/Berkala Perlengkapan Rumah Sakit
- Pemeliharaan Rutin/Berkala Hewan Percobaan

10. Program Sediaan Farmasi, Perbekalan Kesehatan dan Pengawasan Makanan

Kegiatan :

- Peningkatan Pemerataan Obat dan Perbekalan Kesehatan
- Peningkatan Mutu Pelayanan Farmasi Komunitas dan RS
- Peningkatan Mutu Penggunaan Obat dan Perbekalan Kesehatan

11. Program Pelayanan Kesehatan dasar dan rujukan

Kegiatan :

- Rekrutment Petugas Kesehatan Haji
- Peningkatan Pelayanan dan Penanggulangan Masalah Kesehatan
- Peningkatan Kesehatan Masyarakat
- Pelayanan PPPK pada even penting
- Upaya Kesehatan Rujukan
- Pemilihan Tenaga Kesehatan Berprestasi
- Peningkatan Kesehatan Haji
- Peningkatan Program Kesehatan Jiwa
- Peningkatan Kesehatan Gigi
- Peningkatan Program Kesehatan Indra
- Peningkatan Program Kesehatan Olahraga
- Peningkatan kesehatan kerja
- Peningkatan Mutu Pelatihan Kesehatan
- Peningkatan Mutu Tenaga Kesehatan
- Peningkatan Mutu Sarana Kesehatan

12. Program Peningkatan Pelayanan Kesehatan Pada BLUD Bapeljamkesos

Kegiatan :

- Pelayanan Kesehatan pada BLUD

13. Program Pembinaan Kesehatan Lansia

Kegiatan :

- Perencanaan Program Lansia
- Pengembangan Puskesmas Santun Usila
- Monev Program Kesehatan Lansia di Provinsi
- Orientasi Penanganan Gangguan Kesehatan Lansia

14. Program Pembinaan Kesehatan Ibu

Kegiatan :

- Pelatihan PPGDON Nakes
- Sosialisasi Pengenalan Tanda Bahaya Bumil, Bufas, Bulin.
- Evaluasi dan Koordinasi Yankes Ibu
- Sosialisasi Pelaksanaan Sistem mata Rantai Rujukan
- Penguatan pelayanan KB
- Penguatan Task Force KIA
- Evaluasi RS PONEK
- Penguatan/ pembentukan tim penanganan kegawatan maternal neonatal di RS.
- Pengembangan sistem Informasi penanganan Kegawatan Maternal Neonatal

15. Program Pembinaan Kesehatan Anak dan Remaja

Kegiatan :

- Pertemuan FKPKRR
- Koordinasi Puskesmas PKPR
- Koordinasi Keterpaduan Kespro Remaja

16. Program Pelatihan Kesehatan dan Peningkatan mutu diklat

Kesehatan

Kegiatan :

- Pemasaran Diklat

- Pengembangan SDM Diklat
- Penyelenggaraan Diklat SDM Kesehatan Nakes dan Masyarakat
- Pengiriman Peserta Diklat Dokter Keluarga untuk Mendukung Budaya Sehat

17. Program Pembinaan Kesehatan Bayi dan Balita

Kegiatan :

- Pembinaan Teknis Pasca Pelatihan
- Pengembangan Surveilans KIA
- perencanaan dan Evaluasi Kesehatan Anak
- Pengembangan Keterpaduan SDIDTK Balita
- Koordinasi pelaksanaan MTBS di Puskesmas

18. Program Pembiayaan kesehatan

Kegiatan :

- Pengembangan Jaminan Pelayanan Kesehatan
- Pengembangan Sistem Pembiayaan Kesehatan
- Sosialisasi Pelaksanaan Jamkes
- Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Jamkesta
- Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Jamkes
- Pengelolaan Data Jaminan Kesehatan

19. Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit

Kegiatan :

- Peningkatan Imunisasi
- Penguatan Pelaksanaan Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS)
- SKD dan Penanggulangan KLB
- Surveilans PD3I
- Pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue
- Pengendalian penyakit malaria
- Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit HIV AIDS
- Pengendalian Penyakit TB

- Pengendalian penyakit zoonosis
- Penanggulangan Penyakit Kanker
- Penanggulangan Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah (PJPD)
- Penanggulangan penyakit metabolik
- Rekayasa Budaya Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dalam Upaya Penanganan Kesehatan

E. ARAH KEBIJAKAN DAN STRATEGI SEKTOR PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DAN DESA

Pemberdayaan menurut arti secara bahasa adalah proses, cara, perbuatan membuat berdaya, yaitu kemampuan untuk melakukan sesuatu atau kemampuan bertindak yang berupa akal, ikhtiar atau upaya (Depdiknas, 2003). Dalam beberapa kajian mengenai pembangunan komunitas, pemberdayaan masyarakat sering dimaknai sebagai upaya untuk memberikan kekuasaan agar suara mereka didengar guna memberikan kontribusi kepada perencanaan dan keputusan yang mempengaruhi komunitasnya (Foy, 1994). Memberdayakan orang lain pada hakikatnya merupakan perubahan budaya, sehingga pemberdayaan tidak akan jalan jika tidak dilakukan perubahan seluruh budaya organisasi secara mendasar. Perubahan budaya sangat diperlukan untuk mampu mendukung upaya sikap dan praktik bagi pemberdayaan yang lebih efektif (Sumaryadi, 2005: 105). Berdasarkan beberapa pengertian di atas, secara umum pemberdayaan masyarakat dapat diartikan sebagai upaya untuk memulihkan atau meningkatkan kemampuan suatu komunitas untuk mampu berbuat sesuai dengan harkat dan martabat mereka dalam melaksanakan hak-hak dan tanggungjawabnya selaku anggota masyarakat. Dengan adanya pemberdayaan, diharapkan masyarakat memiliki budaya yang proaktif untuk kemajuan bersama, mengenal diri dan lingkungannya serta memiliki sikap bertanggung jawab dan memposisikan dirinya sebagai subjek dalam upaya pembangunan di lingkungannya.

Menurut Wilson (1996) terdapat 7 tahapan dalam siklus pemberdayaan masyarakat. Tahap pertama yaitu keinginan dari masyarakat sendiri untuk berubah menjadi lebih baik. Pada tahap kedua, masyarakat diharapkan mampu melepaskan halangan-halangan atau faktor-faktor yang bersifat resistensi terhadap kemajuan dalam dirinya dan komunitasnya. Pada tahap ketiga, masyarakat diharapkan sudah menerima kebebasan tambahan dan merasa memiliki tanggungjawab dalam mengembangkan dirinya dan komunitasnya. Tahap keempat lebih merupakan kelanjutan dari tahap ketiga yaitu upaya untuk mengembangkan peran dan batas tanggungjawab yang lebih luas, hal ini juga terkait dengan minat dan motivasi untuk melakukan pekerjaan dengan lebih baik. Pada tahap kelima ini hasil-hasil nyata dari pemberdayaan mulai kelihatan, dimana peningkatan rasa memiliki yang lebih besar menghasilkan keluaran kinerja yang lebih baik. Pada tahap keenam telah terjadi perubahan perilaku dan kesan terhadap dirinya, dimana keberhasilan dalam peningkatan kinerja mampu meningkatkan perasaan psikologis di atas posisi sebelumnya. Pada tahap ketujuh masyarakat yang telah berhasil dalam memberdayakan dirinya, merasa tertantang untuk upaya yang lebih besar guna mendapatkan hasil yang lebih baik. Siklus pemberdayaan ini menggambarkan proses mengenai upaya individu dan komunitas untuk mengikuti perjalanan kearah prestasi dan kepuasan individu dan pekerjaan yang lebih tinggi. Parson, et.all., (1994: 113) menyatakan bahwa proses pemberdayaan umumnya dilakukan secara kolektif. Menurutnya, tidak ada literatur yang menyatakan bahwa proses pemberdayaan terjadi dalam proses interaksi individual.

Proses bisa diartikan sebagai runtutan perubahan (peristiwa) dalam perkembangan sesuatu (Depdiknas, 2003), jadi proses pemberdayaan bisa dimaknai sebagai runtutan perubahan dalam perkembangan usaha untuk membuat masyarakat menjadi lebih berdaya. Wilson (1996) memaparkan empat tahapan dalam proses pemberdayaan sebagai berikut:

- 1) *Awakening* atau penyadaran, pada tahap ini masyarakat disadarkan akan kemampuan, sikap dan keterampilan yang dimiliki serta rencana dan harapan akan kondisi mereka yang lebih baik dan efektif.

- 2) *Understanding* atau pemahaman, lebih jauh dari tahapan penyadaran masyarakat diberikan pemahaman dan persepsi baru mengenai diri mereka sendiri, aspirasi mereka dan keadaan umum lainnya. Proses pemahaman ini meliputi proses belajar untuk secara utuh menghargai pemberdayaan dan tentang apa yang dituntut dari mereka oleh komunitas.
- 3) *Harnessing* atau memanfaatkan, setelah masyarakat sadar dan mengerti mengenai pemberdayaan, saatnya mereka memutuskan untuk menggunakannya bagi kepentingan komunitasnya
- 4) *Using* atau menggunakan keterampilan dan kemampuan pemberdayaan sebagai bagian dari kehidupan sehari-hari.

Pemberdayaan adalah sebuah proses, sehingga tidak bisa dipahami sebagai proyek tunggal dengan awal dan akhir. Suatu cara atau filosofi dimana pelaksanaan dan penyesuaiannya memerlukan pembinaan dan proses yang cukup lama (Wilson, 1996).

1. Pengembangan Masyarakat dan Pengembangan Kapasitas

a. Pengembangan Masyarakat

Pengembangan masyarakat sejatinya merupakan proses, dan aspek terpenting dari integrasi proses tersebut adalah melibatkan masyarakat itu sendiri. Proses pengembangan masyarakat harus menjadi sebuah proses yang dimiliki, dikuasai dan dilaksanakan oleh mereka sendiri karena masyarakat sendirilah yang mengerti akan kebutuhan, potensi, dan sumber daya yang mereka miliki. Inti dari pengembangan masyarakat adalah proses peningkatan kesadaran masyarakat itu sendiri. Salah satu aspek dari peningkatan kesadaran adalah terbukanya peluang-peluang untuk tindakan menuju perubahan. Peningkatan kesadaran itu dapat dicapai melalui beberapa strategi, diantaranya melalui kebijakan dan perencanaan, aksi sosial dan politik, dan melalui pendidikan dan penyadaran. Pemberdayaan melalui pendidikan dan penyadaran menekankan pentingnya suatu proses edukatif atau pembelajaran (dalam pengertian luas) dalam melengkapi masyarakat untuk meningkatkan keberdayaan mereka, sehingga masyarakat memiliki gagasan-gagasan, pemahaman,

kosakata, dan keterampilan bekerja menuju perubahan yang efektif dan berkelanjutan. (Ife dan Tesoriero, 2008: 148 dan 350).

Tujuan pengembangan masyarakat adalah membangun kembali masyarakat sebagai tempat pengalaman penting manusia, untuk memenuhi kebutuhan manusia, dan membangun kembali struktur-struktur negara dalam hal kesejahteraan, ekonomi global, birokrasi, elite profesional, dan sebagainya yang selama ini kurang berperikemanusiaan dan sulit diakses. Tujuan dari sebuah usaha pengembangan masyarakat dikatakan berhasil apabila proses yang dilaksanakan menuju ke arah pencapaian tujuan.

Peningkatan kapasitas kelembagaan berarti usaha untuk meningkatkan peran dan mengembangkan tata kelembagaan di tingkat masyarakat yang mampu mewadahi setiap gagasan, usulan dan aspirasi dari masyarakat untuk kemajuan dalam komunitasnya. Peningkatan kapasitas kelembagaan ini meliputi usaha penyadaran masyarakat untuk menyusun norma-norma dan aturan-aturan yang menyangkut pola perilaku masyarakat yang mana keluaran dari usaha ini adalah terbentuknya lembaga-lembaga berbasis komunitas untuk pembangunan dalam lingkungannya. Peningkatan kapasitas juga meliputi usaha untuk meningkatkan kemampuan manajerial dan berorganisasi masyarakat dalam upaya mewujudkan tata kelembagaan yang lebih demokratis, partisipatif, Akuntable dan transparan.

Peningkatan kapasitas individu lebih condong pada usaha untuk meningkatkan kemampuan individu-individu masyarakat agar mereka mampu memanfaatkan semua potensi dan kemampuan yang ada pada dirinya untuk dapat dimanfaatkan demi kemajuan masyarakat sekitarnya. Upaya peningkatan kapasitas individu ini meliputi usaha-usaha pembelajaran baik dari ranah pengetahuan, sikap atau penyadaran kritis dan keterampilannya.

b. Elemen-elemen dalam Pengembangan Kapasitas

Elemen-elemen dalam pengembangan kapasitas merupakan hal-hal yang harus dilaksanakan dalam mencapai kondisi kapasitas masyarakat yang berkembang. Garlick dalam McGinty (2003) menyebutkan lima elemen utama dalam pengembangan kapasitas sebagai berikut:

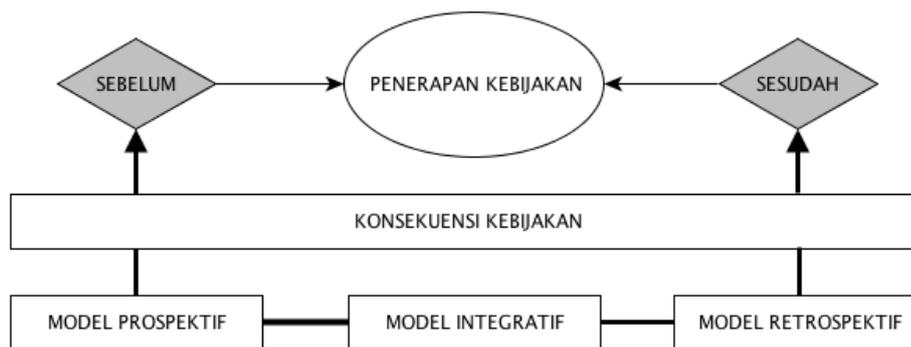
- a) Membangun pengetahuan, meliputi peningkatan keterampilan, mewadahi penelitian dan pengembangan, dan bantuan belajar.
- b) Kepemimpinan.
- c) Membangun jaringan, meliputi usaha untuk membentuk kerjasama dan aliansi.
- d) Menghargai komunitas dan mengajak komunitas untuk bersama-sama mencapai tujuan.
- e) Dukungan informasi, meliputi kapasitas untuk mengumpulkan, mengakses dan mengelola informasi yang bermanfaat

c. Relawan

Kehadiran relawan masyarakat ini sangat dibutuhkan sebagai konsekuensi logis dari penerapan pembangunan yang berbasis pada masyarakat dan penerapan konsep membangun dari dalam (*development from within*) yang membutuhkan pelopor-pelopor penggerak dari masyarakat sendiri yang mengabdikan tanpa pamrih, ikhlas, peduli, dan memiliki komitmen kuat pada kemajuan masyarakat di wilayahnya. Di sisi yang lain proses membangun dari dalam tidak akan terlaksana apabila pelopor-pelopor yang menggerakkan masyarakat tersebut merupakan individu atau sekumpulan individu yang hanya memiliki pamrih pribadi dan hanya mementingkan urusan ataupun kepentingan pribadi serta golongan atau kelompoknya. Dengan kata lain, perubahan perilaku masyarakat akan sangat ditentukan oleh relawan-relawan yang memiliki moral yang baik dan mampu menjadi contoh perubahan itu sendiri sehingga pemilihan relawan tidak boleh semata-mata didasarkan pada pengalaman, pendidikan, status sosial dan lain-lain tetapi lebih pada kandungan moral yang dimiliki.

1. Kebijakan dan Strategi Penanggulangan Kemiskinan

Model analisis kebijakan digambarkan melalui diagram pada Gambar berikut:



Gambar III-5 Model Analisis Kebijakan Publik

Sumber: (Dunn, 1991)

Model analisis prospektif berfokus pada situasi sebelum kebijakan diterapkan. Model analisis prospektif dikatakan bersifat prediktif karena menggambarkan kemungkinan-kemungkinan yang akan terjadi jika suatu kebijakan diterapkan.

Model analisis retrospektif berfokus pada situasi setelah kebijakan diterapkan. Model analisis retrospektif dikatakan bersifat evaluatif karena menggambarkan dampak dari penerapan suatu kebijakan.

Model analisis integratif merupakan penggabungan dari model analisis prospektif (prediksi) dan retrospektif (evaluasi). Model analisis integratif dikatakan komprehensif karena meninjau kebijakan sebelum dan sesudah diterapkan. Model analisis ini menggunakan teknik peramalan (prediksi) dan penilaian (evaluasi) sekaligus.

1. Arah Kebijakan Penanggulangan Kemiskinan

- a) Meningkatkan Program Perlindungan Sosial (Bantuan Sosial Berbasis Keluarga)
- b) Meningkatkan Akses Rumah Tangga Pada Pelayanan Dasar (Dukungan Ketersediaan Layanan Pendidikan Dan Kesehatan)
- c) Pemberdayaan Masyarakat (Keputusan Masyarakat Terhadap Kebutuhan Masyarakat)
- d) Pertumbuhan Ekonomi yang Berkualitas dan Inklusif (UMKM, Iklim Usaha, Infrastruktur/Konektivitas, Pembangunan Pertanian)

Kebijakan Penanggulangan kemiskinan di Daerah Istimewa Yogyakarta dilaksanakan untuk:

1. Mewujudkan potensi penanggulangan kemiskinan berdasarkan ide-ide, nilai-nilai sosial, dan institusi alternatif yang mengedepankan prakarsa dan perbedaan lokal, dan menempatkan masyarakat miskin, laki-laki maupun perempuan sebagai aktor perubahan sosial;
2. Memberdayakan masyarakat miskin sebagai sektor perubahan sosial yang menetapkan tujuan, mengendalikan sumber daya, dan mengarahkan proses yang mempengaruhi kehidupannya dalam menanggulangi kemiskinan mereka sendiri melalui konsep dan metode belajar sosial;
3. Mengedepankan prakarsa dan perbedaan lokal untuk membangun sistem swa organisasi yang dikembangkan di sekitar satuan organisasi berskala manusia dan komunitas-komunitas swadaya, yang menonjolkan peran komunitas dalam proses pengambilan keputusan.

Memahami kompleksitas masalah kemiskinan dan kerentanan setiap proses upaya penanggulangan kemiskinan, menyadarkan kita betapa pemecahan masalah ini tidak bisa dilakukan secara sektoral, tetapi multidimensi dalam program lintas pembangunan yang menyangkut sinergitas peran pemerintah, dunia usaha, dan masyarakat serta akademisi. Kebijakan penanggulangan DIY diarahkan pada "*peningkatan upaya dan efektivitas penanggulangan kemiskinan dan pengangguran*" di wilayah pedesaan maupun perkotaan dengan menghormati, melindungi dan memenuhi 11 (sebelas) hak-hak dasar masyarakat miskin yang meliputi antara lain: (1) hak atas pangan, (2) hak atas kesehatan, (3) hak atas pendidikan, (4) hak atas pekerjaan, (5) hak atas perumahan, (6) hak atas air bersih, (7) hak atas tanah, (8) hak atas lingkungan hidup dan sumber daya alam, (9) hak atas rasa aman, (10) hak atas akses partisipasi serta, (11) hak untuk berpartisipasi dalam perumusan kebijakan publik. Sedangkan secara spesifik kebijakan penanggulangan kemiskinan diarahkan pada:

1. Peningkatan ketersediaan pelayanan kesehatan dan persalinan yang bermutu dan mudah terjangkau oleh keluarga miskin;
2. Peningkatan akses masyarakat miskin terhadap perumahan, permukiman, sanitasi yang layak dan sehat, serta air bersih;
3. Peningkatan ketersediaan pelayanan pendidikan, formal maupun non-formal, yang bermutu dan terjangkau, serta bebas biaya bagi masyarakat miskin;
4. Peningkatan pengetahuan dan ketrampilan masyarakat miskin dalam mengembangkan kemampuan kerja dan berusaha, serta melindungi keberlangsungan usaha-usaha mikro dan kecil sektor informal di perkotaan maupun pedesaan;
5. Peningkatan efisiensi produksi pangan petani dan hasil industri pengolahan dengan memperhatikan mutu produksi, serta menyempurnakan sistem penyediaan, distribusi dan harga pangan;
6. Peningkatan ketersediaan sarana air bersih bagi masyarakat miskin;
7. Peningkatan reformasi pelayanan publik dalam pelayanan sertifikasi tanah kepada masyarakat miskin, dengan biaya murah dan cepat;
8. Pengembangan sistem pengelolaan sumber daya alam, dan lingkungan hidup yang menjamin dan melindungi akses masyarakat miskin dalam pemanfaatan sumberdaya alam dan lingkungan hidup secara berkelanjutan;
9. Pengembangan sistem perlindungan sosial para kelompok rentan seperti pekerja anak dan anak jalanan, dan mencegah meluasnya perdagangan anak dan perempuan;
10. Peningkatan kemampuan dan akses masyarakat miskin untuk berpartisipasi dalam keseluruhan tahapan pembangunan;
11. Pengembangan perlindungan terhadap perempuan keluarga miskin dari segala bentuk ketidakadilan gender.

2. Strategi Penanggulangan Kemiskinan

Untuk meningkatkan kemampuan dan mendorong produktivitas, strategi yang dipilih adalah peningkatan kemampuan dasar masyarakat

miskin untuk meningkatkan pendapatan melalui langkah perbaikan kesehatan dan pendidikan, peningkatan keterampilan usaha, teknologi, perluasan jaringan kerja (*networking*), serta informasi pasar. Melibatkan masyarakat miskin dalam keseluruhan proses penanggulangan kemiskinan, mulai dari perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi, bahkan pada proses pengambilan keputusan. Strategi pemberdayaan, Kelompok agrarian *populism* yang dipelopori kelompok pakar dan aktivis LSM, menegaskan, masyarakat miskin adalah kelompok yang mampu membangun dirinya sendiri jika pemerintah mau memberi kebebasan bagi kelompok itu untuk mengatur dirinya. Selain strategi di atas barangkali dalam era otonomi daerah sekarang ini sebenarnya jika kita jujur bahwa data kemiskinan, baik yang bersifat kuantitatif maupun kualitatif yang menyangkut perilaku, potensi, daya saing masyarakat adalah pemerintah daerah. Memang ironisnya pemerintah daerah seolah tidak tanggap. Artinya strategi daerah menciptakan iklim yang memungkinkan masyarakat berkembang, memperkuat potensi dan daya yang dimiliki masyarakat, juga model atau konsep pemberdayaan masyarakat. Strategi yang bersifat bantuan langsung (BLT) ke masyarakat miskin yang diselenggarakan selama ini sangat bersifat jangka pendek dan itu sebenarnya menurut pengalaman di negara maju seperti misalnya Amerika Serikat, BLT hanya diberikan kepada masyarakat yang benar-benar tidak berdaya. Strategi yang dikembangkan yang berorientasi jangka panjang adalah justru bantuan tidak langsung yang bersifat pemberdayaan. misalnya, program peningkatan kemampuan dan keterampilan kerja atau usaha melalui pendidikan dan latihan-latihan kerja, perluasan jaringan usaha (*networking*), dan informasi pasar, bantuan modal kerja. Untuk menunjang keberhasilan strategi tersebut, diperlukan unsur-unsur berikut (Sahdan, 2005):

- a) Upaya penanggulangan kemiskinan tersebut sebaiknya dilakukan secara menyeluruh, terpadu, lintas sektor, dan sesuai dengan kondisi dan budaya lokal, karena tidak ada satu kebijakan kemiskinan yang sesuai untuk semua.

- b) Memberikan perhatian terhadap aspek proses, tanpa mengabaikan hasil akhir dari proses tersebut. Biarkan orang miskin merasakan bagaimana proses mereka bisa keluar dari lingkaran setan kemiskinan.
- c) Melibatkan dan merupakan hasil proses dialog dengan berbagai pihak dan konsultan dengan segenap pihak yang berkepentingan terutama masyarakat miskin.
- d) Meningkatkan kesadaran dan kepedulian di kalangan semua terkait, serta membangkitkan gairah mereka yang terlibat untuk mengambil peran yang sesuai agar tercipta rasa memiliki program.
- e) Menyediakan ruang gerak yang seluas-luasnya, bagi munculnya aneka inisiatif dan kreativitas masyarakat di berbagai tingkat. Dalam hal ini, pemerintah lebih berperan hanya sebagai inisiator, selanjutnya bertindak sebagai fasilitator dalam proses tersebut, sehingga akhirnya, kerangka dan pendekatan penanggulangan kemiskinan disepakati bersama.

Pemerintah dan pihak lainnya (ORNOP, Perguruan Tinggi, pengusaha, masyarakat madani, partai politik dan lembaga sosial, keagamaan) dapat bergabung menjadi kekuatan yang saling mendukung. Mereka yang bertanggungjawab dalam menyusun anggaran belanja harus menyadari pentingnya penanggulangan kemiskinan sehingga upaya ini ditempatkan dan mendapat prioritas utama dalam setiap program disetiap instansi. Dengan demikian, penanggulangan kemiskinan menjadi gerakan dari, oleh dan untuk rakyat.

Strategi penanggulangan kemiskinan yang dilakukan untuk percepatan dalam penanganan penanggulangan kemiskinan antara lain:

1. Diperlukan konsep yang jelas, sinkronisasi, sinergitas, dan keterpaduan program penanggulangan kemiskinan antar level pemerintahan yang dapat dievaluasi dan diawasi pelaksanaannya secara demokratis, akuntabel dan transparan;

2. Koordinasi dengan Pusat, Kab/Kota dan stakeholders lainnya agar tidak terjadi duplikasi pemberian bantuan.
3. Perlunya optimalisasi kebijakan penanggulangan kemiskinan dengan indikator terukur yang disesuaikan dengan karakteristik masing - masing wilayah;
4. Peningkatan alokasi anggaran penanggulangan kemiskinan di daerah tertinggal.
5. Penetapan sasaran (targeting) dengan menggunakan daftar rumah tangga sasaran yang sama untuk semua program bantuan sosial. Pendataan dilakukan dengan *metode by name by address*.
6. Melibatkan langsung peran perguruan Tinggi Negeri maupun swasta dengan Kuliah Kerja Nyata (KKN) tematik penanggulangan Kemiskinan.
7. Pengembangan kemitraan dengan swasta atau *Corporate Sosial Responsibility (CSR)* untuk menjaga keberlanjutan program di level masyarakat.
8. Penguatan peran serta masyarakat dalam penanggulangan kemiskinan.

Dari uraian di atas maka secara ringkas dapat disimpulkan strategi penanggulangan kemiskinan adalah sebagai berikut:

- a) Mengurangi beban pengeluaran masyarakat miskin.
- b) Meningkatkan kemampuan dan pendapatan masyarakat miskin.
- c) Mengembangkan dan menjamin keberlanjutan usaha mikro dan kecil.
- d) Membentuk sinergi kebijakan dan program penanggulangan kemiskinan.

Sedangkan untuk menunjang dari pada arah kebijakan tersebut dengan program-program strategis seperti a).Bantuan sosial berbasis individu, rumah tangga atau keluarga, b). Penanggulangan kemiskinan berbasis pemberdayaan kelompok masyarakat, c). Penanggulangan kemiskinan berbasis pelaku usaha mikro dan kecil dan d). Program pro rakyat untuk mendukung penanggulangan kemiskinan.

1. Program-program Penanggulangan Pengentasan Kemiskinan

a. Kelompok Program Penanggulangan Kemiskinan Bantuan Sosial Terpadu Berbasis Keluarga.

Kelompok program penanggulangan kemiskinan berbasis bantuan dan perlindungan sosial bertujuan untuk melakukan pemenuhan hak dasar, pengurangan beban hidup, serta perbaikan kualitas hidup masyarakat miskin. Fokus pemenuhan hak dasar ditujukan untuk memperbaiki kualitas kehidupan masyarakat miskin untuk kehidupan lebih baik, seperti pemenuhan hak atas pangan, pelayanan kesehatan, dan pendidikan.

b. Kelompok Program Penanggulangan Kemiskinan Berbasis Pemberdayaan Masyarakat

Upaya penanggulangan kemiskinan tidak cukup hanya dengan memberikan bantuan secara langsung pada masyarakat miskin karena penyebab kemiskinan tidak hanya disebabkan oleh aspek-aspek yang bersifat materialistik semata, akan tetapi juga karena kerentanan dan minimnya akses untuk memperbaiki kualitas hidup masyarakat miskin. Pendekatan pemberdayaan dimaksudkan agar masyarakat miskin dapat keluar dari kemiskinan dengan menggunakan potensi dan sumberdaya yang dimilikinya.

Kelompok program penanggulangan kemiskinan berbasis pemberdayaan masyarakat merupakan sebuah tahap lanjut dalam proses penanggulangan kemiskinan. Pada tahap ini, masyarakat miskin mulai menyadari kemampuan dan potensi yang dimilikinya untuk keluar dari kemiskinan. Pendekatan pemberdayaan sebagai instrumen dari program ini dimaksudkan tidak hanya melakukan penyadaran terhadap masyarakat miskin tentang potensi dan sumberdaya yang dimiliki, akan tetapi juga mendorong masyarakat miskin untuk berpartisipasi dalam skala yang lebih luas terutama dalam proses pembangunan di daerah.

c. Kelompok Program Penanggulangan Kemiskinan Berbasis Pemberdayaan Usaha Ekonomi Mikro dan Kecil

Program penanggulangan kemiskinan berbasis pemberdayaan usaha mikro dan kecil adalah program yang bertujuan untuk memberikan akses dan penguatan ekonomi bagi pelaku usaha berskala mikro dan kecil. Aspek penting dalam penguatan adalah

memberikan akses seluas-luasnya kepada masyarakat miskin untuk dapat berusaha dan meningkatkan kualitas hidupnya.

Tabel III-6 Program Pengembangan Lembaga Ekonomi Perdesaan

NO.	KEGIATAN				
	2013	2014	2015	2016	2017
1.	Pendataan, Verifikasi dan Analisa Badan Usaha Milik Desa (BUMDes)	Penumbuhan Badan Usaha Milik Desa (BUMDes)	Pengembangan, Badan Usaha Milik Desa (BUMDes)	Penguatan Badan Usaha Milik Desa (BUMDes)	Penguatan Badan Usaha Milik Desa (BUMDes)
2.	Pendataan, Verifikasi dan Analisa Usaha Ekonomi Desa Simpan Pinjam (UED-SP)	Penumbuhan dan Penguatan UED-SP	Pengembangan, UED-SP Menjadi Unit Usaha BUMDes	Penguatan Unit Usaha UED-SP dalam BUMDes	Penguatan Unit Usaha UED-SP dalam BUMDes
3.	Pendataan, Verifikasi dan Analisa Pasar Desa	Penumbuhan dan Penguatan Pasar Desa	Pengembangan Pasar Desa Menjadi Unit Usaha BUMDes	Penguatan Unit Usaha Pasar Desa dalam BUMDes	Penguatan Unit Usaha Pasar Desa dalam BUMDes
4.	Pendataan, Verifikasi dan Analisa Lumbung	Penumbuhan dan Penguatan Lumbung	Pengembangan Lumbung Desa Menjadi Unit Usaha	Penguatan Unit Usaha Lumbung Desa	Penguatan Unit Usaha Lumbung Desa dalam

	Desa	Desa	BUMDes	dalam BUMDEs	BUMDEs
5.	Pendataan, Verifikasi dan Analisa Badan Kredit Desa	Penumbuhan dan Penguatan Badan Kredit Desa	Pengembangan Badan Kredit Desa Menjadi Unit Usaha BUMDes	Penguatan Unit Usaha Badan Kredit Desa dalam BUMDEs	Penguatan Unit Usaha Badan Kredit Desa dalam BUMDEs

Tabel III-7 PROGRAM PENINGKATAN KEBERDAYAAN MASYARAKAT PEDESAAN/KELURAHAN

No.	KEGIATAN				
	2013	2014	2015	2016	2017
1.	Peningkatan Kapasitas Kelembagaan Pemberdayaan Masyarakat (LPMK/LPMD)				
2.	Pemberdayaan TP-PKK DIY				

3.	Pendataan, Verifikasi dan Analisa Posyandu	Pembinaan dan Pendampingan Posyandu Pratama Menuju Posyandu Madya	Pembinaan dan Pendampingan Posyandu Madya Menuju Posyandu Purnama	Pembinaan dan Pendampingan Posyandu Purnama Menuju Posyandu Mandiri	Penguatan Posyandu Mandiri
4.	Fasilitasi Unit Pengaduan Masyarakat Program Penanggulangan Kemiskinan	Fasilitasi Unit Pengaduan Masyarakat Program Penanggulangan Kemiskinan	Fasilitasi Unit Pengaduan Masyarakat Program Penanggulangan Kemiskinan	Fasilitasi Unit Pengaduan Masyarakat Program Penanggulangan Kemiskinan	Fasilitasi Unit Pengaduan Masyarakat Program Penanggulangan Kemiskinan
5.	Fasilitasi dan Koordinasi Raskin	Fasilitasi dan Koordinasi Raskin	Fasilitasi dan Koordinasi Raskin	Fasilitasi dan Koordinasi Raskin	Fasilitasi dan Koordinasi Raskin
6.	Pendataan, Verifikasi dan Analisa Penghapusan Bentuk Pekerjaan Terburuk Untuk Anak (KAD PBPTA)	Fasilitasi, Koordinasi, dan Penguatan Kelembagaan Komite Aksi Daerah Penghapusan Bentuk Pekerjaan Terburuk Untuk Anak (KAD PBPTA)	Pendampingan Implementasi Rencana Aksi Penghapusan Bentuk Pekerjaan Terburuk Untuk Anak	Pendampingan Implementasi dan Monev Rencana Aksi Penghapusan Bentuk Pekerjaan Terburuk Untuk Anak	Pendampingan Implementasi dan Monev Rencana Aksi Penghapusan Bentuk Pekerjaan Terburuk Untuk Anak

Tabel III-8 PROGRAM PENINGKATAN KAPASITAS PEMBERDAYAAN
PEMERINTAH DESA/KELURAHAN

N O.	KEGIATAN				
	2013	2014	2015	2016	2017
1.		Pembinaan Desa melalui Perlombaan Desa/Kelurahan dan Pasca Lomba Desa/Kel	Pembinaan Desa melalui Perlombaan Desa/Kelurahan dan Pasca Lomba Desa/Kel	Pembinaan Desa melalui Perlombaan Desa/Kelurahan dan Pasca Lomba Desa/Kel	Pembinaan Desa melalui Perlombaan Desa/Kelurahan dan Pasca Lomba Desa/Kel
2.	Pendataan, Penyusunan, Publikasi dan Pendayagunaan Profil Desa/Kelurahan	Pendataan, Penyusunan, Publikasi dan Pendayagunaan Profil Desa/Kelurahan dan Profil Dusun/RW	Pendataan, Penyusunan, Publikasi dan Pendayagunaan Profil Desa/Kelurahan, Profil Dusun/RW, Profil RT	Pendataan, Penyusunan, Publikasi dan Pendayagunaan Profil Desa/Kelurahan, Profil Dusun/RW, dan Profil RT	Pendataan, Penyusunan, Publikasi dan Pendayagunaan Profil Desa/Kelurahan Profil Dusun/RW, dan Profil RT
3.		Assesment Kompetensi Perangkat Desa	Pembinaan dan Peningkatan Kompetensi Perangkat Desa	Penguatan Perangkat Desa	Penguatan Perangkat Desa
4.		Sinkronisasi Kinerja Badan Permusyawaratan Desa	Lanjutan Sinkronisasi Kinerja Badan	Optimalisasi Kinerja BPD	Optimalisasi Kinerja BPD

		(BPD) dan Pemerintah Desa/Kelurahan	Permusyawaratan Desa (BPD) dan Pemerintah Desa/Kelurahan		
5.	Koordinasi dan fasilitasi pengelolaan keuangan dan aset desa skala provinsi	Peningkatan Kapasitas pengelolaan keuangan dan aset desa skala provinsi	Peningkatan Kapasitas pengelolaan keuangan dan aset desa skala provinsi	Penguatan pengelolaan keuangan dan aset desa skala provinsi	Penguatan pengelolaan keuangan dan aset desa skala provinsi

Tabel III-9 PROGRAM PARTISIPASI MASYARAKAT DALAM MEMBANGUN DESA

NO	KEGIATAN				
	2013	2014	2015	2016	2017
1.	Fasilitas dan Koordinasi PNPM Mandiri Perdesaan	Fasilitas dan Koordinasi PNPM Mandiri Perdesaan	Fasilitas dan Koordinasi PNPM Mandiri Perdesaan	Fasilitas dan Koordinasi PNPM Mandiri Perdesaan	Fasilitas dan Koordinasi PNPM Mandiri Perdesaan
2.	Pendataan, Verifikasi, dan Analisa Pos Layanan Teknologi Desa (Posyantekdes) dan Warung Teknologi Desa (Wartekdes)	Penumbuhan dan Pengembangan Pos Layanan Teknologi Desa dan Warung Teknologi Desa dalam Pembinaan Teknologi Tepat Guna di	Penumbuhan dan Pengembangan Pos Layanan Teknologi Desa dan Warung Teknologi Desa dalam Pembinaan Teknologi	Pengembangan Pos Layanan Teknologi Desa dan Warung Teknologi Desa dalam Pembinaan Teknologi Tepat Guna di Semua	Penguatan Pos Layanan Teknologi Desa dan Warung Teknologi Desa dalam Pembinaan Teknologi Tepat Guna

	dalam Pembinaan Teknologi Tepat Guna	Desa-desa Percontohan	Tepat Guna di 50% Jumlah Desa	Desa	
3.	Fasilitasi Bulan Bhakti Gotong Royong Masyarakat				
4.	Pembinaan dan Peningkatan Kapasitas Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM)	Pembinaan dan Peningkatan Kapasitas Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM)	Penguatan Kapasitas Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM) Tingkat Muda	Penguatan Kapasitas Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM) Tingkat Madya	Penguatan Kapasitas Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM) Tingkat Mandiri
5.	Fasilitasi TNI Manunggal Membangun Desa (TMMD)	TNI Manunggal Membangun Desa (TMMD)	TNI Manunggal Membangun Desa (TMMD)	TNI Manunggal Membangun Desa (TMMD)	TNI Manunggal Membangun Desa (TMMD)
6.	Pembangunan Masyarakat Partisipatif melalui Program Kerjasama dengan Lembaga Lain	Pembangunan Masyarakat Partisipatif melalui Program Kerjasama dengan Lembaga Lain	Pembangunan Masyarakat Partisipatif melalui Program Kerjasama dengan Lembaga Lain	Pembangunan Masyarakat Partisipatif melalui Program Kerjasama dengan Lembaga Lain	Pembangunan Masyarakat Partisipatif melalui Program Kerjasama dengan Lembaga Lain

Penanggulangan Kemiskinan dari Aspek Sosial Budaya

Mengingat kemiskinan yang sebenarnya tidak sekedar miskin secara ekonomi, maka penanggulangan kemiskinan dari aspek sosial budaya juga sangat diharapkan melalui beberapa program seperti:

Dengan adanya keberagaman budaya (*multikultur*) dan kearifan lokal (*local wisdom*), yang juga diperlukan pencermatan tersendiri, apabila melakukan proses *empowerment* masyarakat miskin maka melakukan *transformasi sosial* dari masyarakat yang tidak berdaya, menjadi masyarakat berdaya, untuk selanjutnya berproses menuju masyarakat mandiri hingga mencapai suatu masyarakat yang madani (*civil society*).

Patriarkhi menempatkan perempuan sebagai subordinat, sehingga terjadi peran dominasi laki-laki atas perempuan dalam ranah keluarga maupun kemasyarakatan. Dari sini akan memunculkan ketidaksetaraan yang lebih menguntungkan laki-laki dan lebih jauh mengarah ketidakadilan gender, sehingga untuk melakukan perubahan sosial dalam mendekonstruksi ketidakadilan gender dalam pembangunan harus dilakukan melalui perspektif gender.

Meningkatkan peran keberadaan para elite di masyarakat dalam sebuah kultur yang *paternalistik* adalah sangat berpengaruh dalam hubungan kemasyarakatan dan memiliki andil besar dalam kebijakan pembangunan desa.

Reformasi diri melalui perubahan budaya "*statik*" ke budaya "*progresif*" di kalangan masyarakat. Dari budaya yang malas, tidak teratur, kurang disiplin, statis dan lain-lain, menjadi memiliki budaya yang giat bekerja, teratur, disiplin, ambil bagian, progresif.

Morishama (1982) mengemukakan keberhasilan pembangunan ekonomi Jepang terjadi sebagai akibat dari ciri-ciri konfusianisme yang mengajarkan umatnya loyal, nasionalis, dan kolektivitas sosial. Mengembangkan nilai-nilai budaya bangsa yang luhur pada sisi nilai dasar dan komposit kemajuan.

A. KESIMPULAN

Pengembangan dan pembangunan kesejahteraan rakyat merupakan aspek yang sangat penting, karena negara Republik Indonesia ini didirikan adalah untuk mensejahterakan rakyatnya, sebagai mana halnya amanat pembukaan UUD 1945. Rakyat yang sejahtera, adil dan makmur dan berkarakter Pancasila dan berbudaya Yogyakarta akan mendukung akselerasi keberhasilan pencapaian kondisi yang diinginkan dalam visi dan misi pembangunan Daerah Istimewa Yogyakarta yang termuat dalam RPJP dan RPJM DIY maupun Nasional.

Dalam pengembangan kesejahteraan rakyat terdapat aspek penting yang tidak dapat dipisahkan satu sama lain, yakni kegiatan pendidikan, pelatihan, pelayanan, pendampingan, fasilitasi, pengembangan, pencatatan dan pelaporan, monitoring dan evaluasi, serta kesinambungan program, sehingga upaya peningkatan kesejahteraan rakyat dari waktu ke waktu benar-benar dapat dirasakan oleh warga masyarakat di Daerah Istimewa Yogyakarta, dilandasi budaya Pancasila dan budaya Yogyakarta terutama setelah ditetapkannya Undang-Undang Keistimewaan Yogyakarta Nomor 13 tahun 2012, walaupun di dalam situasi terbatasnya sumber daya alam yang dimiliki Daerah Istimewa Yogyakarta.

Perencanaan pembangunan sub bidang pengembangan kesejahteraan rakyat tahun 2014, merupakan pedoman dalam merencanakan dan melaksanakan kegiatan satu tahun kedepan. Perencanaan ini adalah salah satu pedoman yang akan dipakai dalam mewujudkan visi Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2025 sebagai pusat pendidikan, budaya, dan daerah tujuan wisata terkemuka di Asia Tenggara, dalam lingkungan masyarakat yang maju, mandiri, berkarakter, dan sejahtera.

Dalam pelaksanaan perencanaan ini harus tunduk kepada kaidah-kaidah yang telah ditentukan, dan diperlukan peran serta secara aktif seluruh pemangku kepentingan (stakeholders) baik dilingkungan masyarakat penyelenggara pemerintahan terutama segenap aparatur di jajaran pemerintah Daerah Istimewa Yogyakarta. Selain itu diperlukan juga rencana tindak lanjut untuk mengimplementasikan isu-isu strategis yang akan dilaksanakan berkaitan dengan pelaksanaan program dan kegiatan prioritas yang tertuan dalam perencanaan yang tertuang dalam perencanaan pembangunan sub bidang pengembangan kesejahteraan rakyat tahun 2014.

B. REKOMENDASI

Merujuk pada keterkaitan antar 5 sektor yang ada di sub bidang pengembangan kesejahteraan rakyat, maka dapat dirumuskan rekomendasi sebagai berikut:

1. sinkronisasi perencanaan Sektor Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera, Sektor Sosial, Sektor Kesehatan, Sektor Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak, dan Sektor Pemberdayaan Masyarakat dan Desa, yang tetap berpegang pada dokumen-dokumen perencanaan daerah yaitu RPJP DIY tahun 2005-2025, RPJMD DIY tahun 2012 – 2017, RKPD tahunan serta rencana strategis dan Rencana Kerja SKPD yang bersangkutan.
2. Sinkronisasi perencanaan antar kelima sektor untuk tahun berikutnya diharapkan dapat memasukkan fokus dan lokus untuk masing-masing program/kegiatan.
3. Rekomendasi khusus sektoral
 - a. **Sektor Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera**
 - Dengan tersusunnya grand design pengendalian kuantitas penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2010 – 2035 yang disusun oleh Koalisi kependudukan DIY dan SKPD terkait diharapkan dapat masuk dalam RPJMD DIY, maupun kabupaten/kota, sehingga program dan kegiatan kependudukan dapat didukung dana melalui APBD DIY dan kabupaten/kota

- Perlunya Peraturan Gubernur mengenai pelaksanaan Undang-Undang nomor 52 tahun 2009 tentang Kependudukan dan Keluarga Sejahtera sebagai dasar dari peraturan bupati/walikota
- Strategi dalam mengantisipasi hasil survei demografi dan kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 dimana TFR terus naik dan *unmet need* yang terus naik diperlukan kerja keras dan sungguh-sungguh di bidang kependudukan, KB dan keluarga sejahtera yang dilaksanakan secara sinergitas antara BKKBN DIY, BPPM DIY bersama seluruh institusi, SKPD, TNI, POLRI, organisasi kemasyarakatan maupun keagamaan dan semua stakeholders (pemangku kepentingan) untuk pencapaian MDG's 2015.
- Perlu peningkatan upaya dengan bekerja keras dan cerdas untuk mencapai sasaran yang telah ditetapkan dalam RPJMN 2010 -2014 serta MDG's dengan meningkatkan advokasi dan KIE, memperkuat kemitraan dengan berbagai pihak, khususnya dengan BPPM DIY, BKKBN DIY, dinas kesehatan DIY, TNI, POLRI, sampai di lini lapangan untuk saling memperkuat baik di DIY maupun kabupaten/kota, serta meningkatkan cakupan dan validitas data program kependudukan KB di Daerah Istimewa Yogyakarta.
- Dengan adanya bonus demografi dimana jumlah penduduk usia kerja lebih banyak maka tingkat ketergantungan terhadap umur produktif berkurang. Namun apabila angkatan usia kerja itu tidak memiliki kualitas kerja yang baik apalagi bersifat konsumtif (tidak produktif) hal ini menyebabkan beban ketergantungan tetap tinggi. Dengan demikian peningkatan penyuluhan *greget, nyawiji, sengguh, ora mingkuh* mengenai budaya kemandirian terutama sebagai warga Yogyakarta dalam mendukung Undang-undang Keistimewaan Nomer 13 tahun 2012 perlu diutamakan.

b. Sektor Sosial

- Pelayanan kesejahteraan sosial diselenggarakan secara komprehensif melalui program dan kegiatan yang terkoordinasi dan sinergis dari

SKPD dan stakeholder lainnya. Untuk menghindari program yang overlap (tumpang tindih) antar SKPD perlu dilakukan pembahasan yang lebih komprehensif sehingga SKPD memiliki program dan kegiatan yang lebih tepat sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya.

- Pelayanan kesejahteraan sosial bagi PMKS dilaksanakan secara berkelanjutan, sesuai dengan kontinum pelayanan yang meliputi perlindungan, bantuan dan jaminan sosial, rehabilitasi sosial dan pemberdayaan sosial. Pelayanan yang diberikan pada setiap tahapan ditentukan berdasarkan hasil asesmen.
- Data PPLS perlu diverifikasi ulang sehingga dapat menjadi master database yang dapat digunakan untuk menentukan sasaran pelayanan yang lebih tepat. Verifikasi ini dapat menghasilkan data-data PMKS secara berurutan yang menunjukkan prioritas yang menjadi sasaran pelayanan. Nomor urut dalam PMKS menyatakan urutan urgency pelayanan yang dibutuhkan. Keluarga miskin yang juga mengalami masalah kesejahteraan sosial lain, seperti kecacatan, keterlantaran, berada di dalam wilayah bencana, dan mengalami ketunaan sosial akan mendapat nomor urut yang lebih kecil sehingga akan mendapat prioritas sebagai target group.
- Kemitraan dengan berbagai stakeholder termasuk dunia usaha perlu diperluas sehingga tercapai sinergi antar berbagai aktor yang menyelenggarakan pelayanan kesejahteraan sosial. Kemitraan perlu dituangkan secara lebih jelas ke dalam bentuk MOU dan perjanjian kerjasama.
- Kebijakan afirmasi perlu diambil untuk mendorong terwujudnya pemenuhan hak-hak warga marginal, khususnya PMKS. afirmasi dalam bidang pendidikan dan pekerjaan serta pemberdayaan ekonomi menjadi prioritas utama yang harus diambil Pemerintah DIY. Kebijakan afirmasi merupakan perwujudan keberpihakan Pemerintah pada rakyat dan khususnya kelompok marjinal.
- Peningkatan kualitas sumber daya manusia dan penataan kelembagaan perlu segera dilakukan, baik melalui program

pendidikan, pelatihan, bimbingan teknis dan magang. Pemerintah DIY dapat bekerja sama dengan Perguruan Tinggi maupun lembaga non pemerintah baik nasional maupun internasional untuk menyelenggarakan capacity building. Penataan kelembagaan diwujudkan melalui restrukturisasi panti-panti sosial sehingga dapat memberikan pelayanan yang lebih efektif dan efisien. Panti merupakan lembaga yang menyediakan intensive care yang bersifat long term dan menyediakan dukungan untuk meningkatkan kapasitas keluarga dan masyarakat dalam memecahkan masalah sosial.

- Di dalam penyelenggaraan program penanggulangan kemiskinan perlu dilakukan scalling-up dengan memperluas jangkauan dan jumlah rumah tangga miskin yang menjadi sasaran program. Scalling-up juga dilakukan melalui peningkatan volume input yang dialokasikan bagi keluarga miskin. Integrasi program perlindungan sosial
- Skema perlindungan sosial melalui bantuan tunai bersyarat seperti Program Keluarga Harapan (PKH), Program Kesejahteraan Sosial Anak (PKSA) dan Jaminan Sosial bagi Penyandang Cacat dan Lanjut Usia terlantar yang selama ini dibiayai dari dana APBN perlu didukung dengan anggaran daerah sehingga semakin banyak PMKS yang dapat dijangkau. Skema perlindungan dan jaminan sosial ini terbukti mampu mengurangi beban pengeluaran rumah tangga sangat miskin dan PMKS lainnya.
- Pemerintah DIY sudah mengambil beberapa kebijakan yang sangat progresif dan merakyat melalui beberapa Peraturan Daerah seperti perlindungan anak yang hidup di jalan, pemenuhan dan perlindungan hak-hak penyandang disabilitas, perlindungan perempuan dan anak korban kekerasan, penanggulangan HIV/AIDS, penanggulangan bencana. Kebijakan ini perlu segera ditindaklanjuti dengan Peraturan Gubernur dan peraturan lainnya yang lebih teknis dan lebih operasional. Selain itu juga perlu segera disusun rencana aksi daerah

untuk mengimplementasikan kebijakan tersebut disertai dengan skema monitoring dan evaluasi.

- Dalam bidang penanggulangan bencana, pemerintah perlu meningkatkan kesiapsiagaan masyarakat melalui peningkatan volume kegiatan simulasi, edukasi disertai dengan penegakan peraturan yang terkait dengan tata ruang. Living in harmony yang menjadi pilihan warga di daerah rawan bencana perlu disertai dengan pengorganisasian warga untuk mempersiapkan kejadian bencana. Kampung Siaga Bencana dan Desa Tangguh Bencana yang diinisiasi oleh Kementerian Sosial maupun BNPB perlu diakselerasi sehingga menjangkau lebih banyak desa rawan bencana.
- Capacity building bagi sumber daya manusia penyelenggara pelayanan kesejahteraan sosial perlu segera dilakukan, baik sumber daya aparatur maupun tenaga kesejahteraan sosial masyarakat. Demikian pula capacity building bagi Lembaga – lembaga Kesejahteraan Sosial yang selama ini telah menjadi mitra utama pemerintah dalam menyelenggarakan pelayanan kesejahteraan sosial.
- Mainstreaming penanganan masalah kesejahteraan sosial perlu dibawa ke sektor publik, sehingga lebih inklusif dan mendapat dukungan dari publik yang lebih luas. Usaha-usaha ekonomi mikro yang dikelola oleh PMKS perlu didukung dengan permodalan, pemasaran yang luas termasuk fasilitasi pemerintah dengan membuka gerai dan outlet di pusat-pusat perdagangan dan pertumbuhan ekonomi.

c. Sektor Kesehatan

- Untuk Mengurangi risiko terjadinya penyakit, kecelakaan dan dampak bencana perlu dilakukan upaya Meningkatkan kesiapsiagaan masyarakat menghadapi ancaman penyakit, kecelakaan dan dampak bencana

- Peningkatan upaya pemerintah dalam pemberantasan dan penanggulangan dan pencegahan penyakit, kecelakaan dan dampak bencana
- Meningkatkan peran lembaga pemerintah, non pemerintah dan swasta dalam kegiatan mengurangi faktor risiko penyakit, kecelakaan dan bencana
- Bekerja sama atau menjalin kemitraan dengan lembaga-lembaga terkait
- Peningkatan akses dan mutu upaya kesehatan melalui Peningkatan cakupan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin Peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan oleh lembaga pemerintah maupun swasta Meningkatkan akses dan mutu pelayanan perbaikan gizi dan pelayanan perbaikan kesehatan lingkungan Meningkatkan akses dan mutu informasi kesehatan oleh pemerintah, lembaga non pemerintah dan swasta yang mendukung tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan.
- Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat melalui Peningkatan keterlibatan masyarakat dalam penyusunan kebijakan dan monitoring pembangunan kesehatan di DIY Mendorong masyarakat mandiri dalam pemenuhan kebutuhan dan kesinambungan pelayanan kesehatan
- Peningkatan peran serta masyarakat dalam pengembangan upaya kesehatan berbasis masyarakat melalui Posyandu, Desa Siaga, lembaga swadaya masyarakat, organisasi keagamaan, sektor swasta.
- Peningkatan infrastruktur dan manajemen melalui Perbaikan/pengembangan sistem surveilans dan informasi, Pengembangan Epidemiologi Surveillance untuk pelayanan kesehatan primer, pelayanan kesehatan sekunder dan tersier, Peningkatan mutu manajemen dan administrasi, Peningkatan fasilitas pendidikan dan Yankes (Pelayanan Kesehatan), Peningkatan ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan, Peningkatan kualitas dan kuantitas SDM (Sumber Daya Manusia), Pengembangan

asuransi kesehatan, Peningkatan sarana prasarana layanan kesehatan Pengembangan Badan Usaha Milik Desa (BUMDES) untuk pelayanan kesehatan

d. Sektor Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak

Dalam rangka pemberdayaan perempuan dan perlindungan anak diperlukan upaya yang kontinyu dan terintegrasi

- Penyadaran dan perlindungan hak-hak perempuan dan anak. Penyadaran kritis akan hak nya bagi perempuan dan anak merupakan agenda penting.
- Upaya mendorong Pengarusutamaan Gender (PUG) dalam pembangunan, perlu dikelola dengan lebih efektif. Fokus koordinasi bisa diletakkan pada mendorong bekerjanya kelembagaan PUG, terutama untuk memastikan integrasi gender dalam perencanaan dan penganggaran daerah.
- Mendorong keterwakilan perempuan yang lebih tinggi dalam jabatan-jabatan publik, termasuk legislatif
- Membuka akses pendidikan dan tenaga kerja bagi perempuan
- Pengarusutamaan hak-hak anak (PUHA)

e. Sektor Pemberdayaan Masyarakat dan Desa

- Mencermati beberapa kekeliruan paradigmatik penanggulangan kemiskinan, dimana analisis yang seharusnya memunculkan variabel-variabel yang signifikan untuk menanggulangi kemiskinan justru variabel yang tidak signifikan dimasukkan, maka strategi yang harus dilakukan untuk mengatasi kemiskinan: seyogyanya juga tidak hanya memprioritaskan aspek ekonomi tapi memperhatikan dimensi lain; untuk meningkatkan kemampuan dan mendorong produktivitas, strategi yang dipilih adalah peningkatan kemampuan dasar masyarakat miskin untuk meningkatkan pendapatan melibatkan masyarakat miskin dalam keseluruhan proses penanggulangan kemiskinan, strategi pemberdayaan.