

LAPORAN TENAGA AHLI

KEBIJAKAN PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN HIV-AIDS DAN PENYAKIT TIDAK MENULAR



Disusun Oleh :
B. HENGKY WIDHI A, S.H.,M.H

KATA PENGANTAR

Memenuhi Surat Perintah Kerja dari Biro Kesejahteraan Rakyat Pemerintah Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 440/02546, tanggal 20 Juni 2016, berkaitan dengan kegiatan “Penyusunan Draft Regulasi Kebijakan dalam Rangka Penyiapan Bahan Perumusan Kebijakan Bidang Kesejahteraan Rakyat dengan Tema “Penurunan Epidemik HIV-AIDS dan Penyakit Tidak Menular (PTM), bersama ini Saya sajikan :

“LAPORAN AKHIR”

Laporan ini berisi Pendahuluan, Tinjauan Pustaka, Deskripsi Wilayah, Gambaran Umum dan Permasalahan, Rekomendasi Pencegahan dan Pengendalian HIV-AIDS dan Penyakit Tidak Menular (PTM) dan Penutup. Demikian Laporan ini dibuat dan disampaikan sebagai salah satu kelengkapan pelaporan pekerjaan Penyusunan Draft Regulasi Kebijakan dalam Rangka Penyiapan Bahan Perumusan Kebijakan Bidang Kesejahteraan Rakyat.

Atas Perhatian dan Kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Yogyakarta, 06 Oktober 2016
Tenaga Ahli

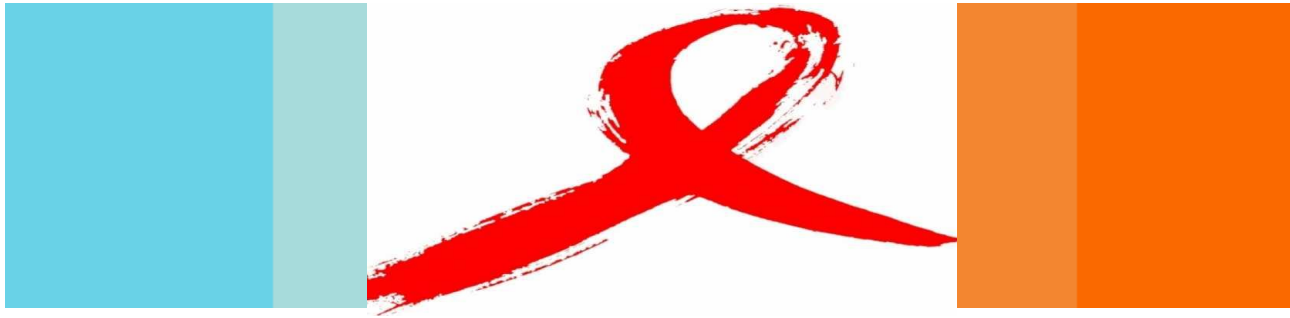
B. Hengky Widhi A

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	1
KATA PENGANTAR	2
DAFTAR ISI.....	3
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	5
1.2 Tujuan dan Sasaran	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Kebijakan Publik.....	9
2.1.1 Pengertian Kebijakan.....	10
2.1.2 Pengertian Kebijakan Publik.....	12
2.1.3 Tujuan Kebijakan Publik.....	14
2.1.4 Bentuk Kebijakan Publik	15
2.1.5 Analisis dan Tahap-Tahap Kebijakan Publik	17
BAB III DESKRIPSI WILAYAH	
3.1 Kondisi Fisik Daerah Istimewa Yogyakarta	21
3.2 Kondisi Kependudukan Daerah Istimewa Yogyakarta	23
3.3 Kondisi Ekonomi	27
3.4 Kondisi Pendidikan	29
3.5 Kondisi Sosial.....	29
BAB IV GAMBARAN UMUM DAN PERMASALAHAN	
4.1 Pencegahan dan Pengendalian HIV-AIDS	47
4.2 Pencegahan dan Pengendalian PTM	39
BAB V REKOMENDASI PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN HIV-AIDS DAN PTM	
5.1 Pencegahan dan Pengendalian HIV-AIDS	47
5.1.1 Rekomendasi terkait Pemerintahan dan Kebijakan.....	47
5.1.2 Rekomendasi Bidang Pendidikan	54

5.1.3 Rekomendasi Bidang Sosial	55
5.1.4 Rekomendasi Bidang Promosi Kesehatan.....	55
5.1.5 Rekomendasi Pencegahan dan Pengendalian HIV-AIDS	57
5.2 Pencegahan dan Pengendalian PTM	59
5.2.1 Ruang Terbuka Sehat.....	59
5.2.1 Makanan Sehat	65

BAB VI PENUTUP



BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kedudukan Daerah Istimewa Yogyakarta sebagai daerah destinasi pariwisata dan Kota pelajar dengan kategori maju dari segi pembangunan manusia merupakan prestasi yang patut dibanggakan. Seperti diketahui bersama DIY merupakan salah satu provinsi dengan nilai Indeks Pembangunan Manusia (IPM) yang tinggi. Indeks ini dibentuk berdasarkan empat indikator yaitu angka harapan hidup, angka melek huruf, rata-rata lama sekolah dan kemampuan daya beli. Indikator angka harapan hidup merepresentasikan dimensi umur panjang dan sehat. Selanjutnya, angka melek huruf dan rata-rata lama sekolah mencerminkan output dari dimensi pengetahuan. Adapun indikator kemampuan daya beli digunakan untuk mengukur dimensi hidup layak. Peningkatan IPM dimaknai sebagai keberhasilan dalam meningkatkan kemampuan dalam memperluas pilihan-pilihan dalam hidup bagi penduduknya. Hal itu sekaligus memiliki arti bahwa sektor pendidikan, kesehatan dan ekonomi DIY tergolong maju jika dilihat dari kacamata nasional.

Jargon yang disematkan untuk DIY ditambah lagi dengan Visi DIY sesuai RPJPD 2005-2025 (Perda Nomor 2 tahun 2009) adalah “Daerah Istimewa Yogyakarta pada Tahun 2025 sebagai Pusat Pendidikan, Budaya, dan Daerah Tujuan Wisata Terkemuka di Asia Tenggara dalam lingkungan

Masyarakat yang Maju, Mandiri, dan Sejahtera”. Berdasarkan visi tersebut ada misi atau tujuan yang ingin dicapai yaitu masyarakat yang maju, mandiri dan sejahtera. Hal itu dapat dicapai salah satunya apabila kondisi kesehatan masyarakatnya baik. Namun hal tersebut nampaknya masih menjadi JAUH dari harapan bila dihadapkan pada realitas yang ada berdasarkan data menunjukkan bahwa Infeksi HIV masih terus berlangsung di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, dimana tercatat sekitar 400-500 orang yang tercatat terinfeksi HIV baru setiap tahunnya. Fasilitas layanan kesehatan di Provinsi DIY termasuk yang paling baik, dibanding provinsi lain dengan adanya 9 rumah sakit yang bisa melayani Terapi Antiretroviral dan lebih dari 15 tempat untuk tes HIV. Selain itu terdapat beberapa Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) yang peduli dan aktif terlibat dalam program dan kegiatan pencegahan dan pengendalian HIV dan AIDS.

Selain itu Peningkatan kasus PTM juga terjadi di D.I. Yogyakarta. Menurut data Riskesdas (2013), prevalensi kasus PTM di D.I. Yogyakarta melebihi rata-rata nasional dan menjadikan DIY tertinggi di Indonesia, diantaranya penyakit Diabetes Melitus dan Kanker. Prevalensi Diabetes Mellitus D.I. Yogyakarta sebesar 2,6% melebihi angka rerata nasional DM 1,5%, prevalensi kanker sebesar 4,1 permil sedangkan rerata nasional 1,4%. Selain itu, PTM lain dengan angka prevalensi tinggi di D.I. Yogyakarta yakni hipertensi yang mencapai 12,9% diatas rerata nasional hipertensi 9,5% dan penyakit stroke yang mencapai 10,3% diatas rerata nasional 7,0% (Kemenkes RI, 2013).

Peningkatan prevalensi PTM tentunya tidak terjadi begitu saja, selalu ada faktor pemicu timbulnya hal tersebut. Perjalanan penyakit tidak menular selalu dimulai dengan “Faktor Risiko” dan diakhiri dengan “Titik Akhir”. Pertama, faktor Risiko yang bersifat tetap adalah umur, sex, keturunan. Kedua, faktor risiko perilaku adalah tembakau, gizi, alkohol, aktifitas fisik. Selain itu juga kondisi sosio-ekonomi, budaya dan lingkungan. Faktor

risiko/penyakit antara, yaitu hipertensi, diabetes, obesitas, hiperlipidemi. Selanjutnya, titik akhirnya adalah penyakit jantung koroner, stroke, diabetes mellitus dengan komplikasi, kanker, penyakit paru obstruksi menahun, penyakit pembuluh darah, gagal ginjal kronis.

Penggunaan tembakau, kurangnya aktifitas fisik, pola makan tidak sehat serta konsumsi alkohol ditengarai sebagai faktor pemicu tingginya prevalensi PTM di dunia termasuk di Indonesia, dan lebih spesifik lagi di D.I. Yogyakarta (WHO,2016). Hasil kajian data terbaru Riskesdas 2013 menunjukkan bahwa penggunaan tembakau, kurang aktivitas fisik, pola makan tidak sehat serta konsumsi alkohol masih tinggi di Indonesia khususnya provinsi D.I Yogyakarta. Sebanyak 29,3% masyarakat Indonesia masih merokok setiap harinya (D.I. Yogyakarta 21,2%), sebanyak 26,1% masyarakat masih kurang melakukan aktivitas fisik minimal 150 menit per minggu (D.I. Yogyakarta 72,5%), hanya 10,7% masyarakat Indonesia yang makan buah dan sayur minimal konsumsi 2 porsi buah dan 3 porsi sayur perharinya (D.I. Yogyakarta 84,9% mengacu pada data Dinas Kesehatan Provinsi DIY, 2013).

Masih tingginya berbagai faktor pemicu PTM tersebut menunjukkan bahwa kajian baik dalam hal budaya, akses dan distribusi pendidikan dan promosi kesehatan secara menyeluruh perlu dilakukan. Pendekatan pendidikan kesehatan juga masih dapat diandalkan mengingat bahwa Yogyakarta memiliki 1.857 Sekolah Dasar, 437 Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama, 385 Sekolah Lanjutan Tingkat Atas dan 88 Perguruan Tinggi. Pendidikan dan promosi kesehatan yang ditegakkan harus meliputi semua sektor tidak hanya menasar masyarakat/komunitas saja, namun lebih dari itu promosi kesehatan harus dikuatkan pula pada lingkup organisasi/swasta serta penguatan pada lingkup pemegang kebijakan, selain berakar pada budaya Yogyakarta. Perlunya suatu intervensi structural (*structural intervention*) yaitu pemerintah daerah membuat kebijakan dan membangunkan fasilitas dan infrasturktur yang akan mendorong masyarakat

Jogjakarta melakukan kebiasaan hidup sehat, misal membangun infrastruktur transportasi umum yang baik dan nyaman sehingga mengurangi orang naik kendaraan sendiri yang pada akhirnya menyebabkan polusi, menyediakan trotoar yang bersahabat untuk masyarakat bersedia dan selalu jalan kaki, menyediakan gerai makanan sehat, termasuk menyediakan bahan mentah yang berasal dari pertanian yang baik, penyediaan Iklan layanan masyarakat tentang hidup sehat yang massif dan terus menerus serta tidak kalah dengan iklan rokok atau makanan tidak sehat lain. Semua itu mendorong masyarakat untuk lebih tahu dan mandiri untuk hidup sehat. Seperti strategi yang ditekankan oleh WHO (2016) bahwa diperlukan pendekatan komprehensif untuk memaksimalkan pencegahan dan upaya menekan dampak buruk PTM berupa kerjasama semua sektor, pemerintah maupun swasta, bukan hanya sektor kesehatan namun juga sektor lain misal ekonomi, pendidikan, pertanian, industri, dan seterusnya sehingga promosi kesehatan khususnya PTM mengakar kuat dan mampu membentuk kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.

1.2 Tujuan

Tujuan dari pembahasan ini adalah perumusan kebijakan penanggulangan HIV-AIDS dan Penyakit Tidak Menular (PTM) di wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Kebijakan Publik

Karakteristik suatu Negara yang merupakan sebuah entitas politik yang bersifat formal memiliki beberapa komponen utama, diantaranya : **pertama**, komponen lembaga negara yang berdasarkan teori Trias politika yang dikemukakan oleh Montesquieu dalam bukunya yang berjudul *“The Spirit of Laws”* meliputi Eksekutif (*Rule Application*), Legislatif (*rule making*) dan Yudikatif (*rule adjudication*), **kedua**, komponen rakyat sebagai warga negara (*citizen*), **ketiga**, komponen kedaulatan wilayah yang diakui, **keempat**, komponen kebijakan publik, setiap negara hukum (*rechstaat*) dalam tindakan/perbuatan Pemerintah berdasarkan pada hukum (*rechtmatigheid van bestuur*) diperlukan adanya keabsahaan dalam bertindak baik berupa peraturan (*regeling*), peraturan perundang-undangan maupun keputusan (*beschikking*) yang didasarkan pada wewenang terikat (*gebonden bevoegheid*) dan Asas-asas Umum Pemerintahan Yang Baik (*the principles of Good Government*) berupa *beleidsregel* (Peraturan Kebijakan) yang didasarkan pada wewenang bebas (*vrij bevoegheid*).

Mencermati uraian tersebut di atas, komponen kebijakan publik menjadi salah satu komponen utama yang harus dimiliki oleh suatu Negara, sehingga dengan demikian, sebelum merumuskan suatu

kebijakan dalam kajian ini hendaknya akan diuraikan terlebih dahulu mengenai segala sesuatu yang berkaitan dengan kebijakan publik sebagai berikut :

2.1.1. Pengertian Kebijakan

Oxford English Dictionary memberikan definisi kebijakan sebagai : *political sagacity, statecraft, prudent conduct, cfatiness, coyrse of action adopted by government, party, etc.* Menurut Harold D Lasswell dalam jurnal edisi pertamanya *policy sciences*, dalam pandangannya menyatakan bahwa kebijakan mengandung ciri yang khas, yakni berorientasi pada persoalan (*problem oriented*) yang berarti bahwa kajiannya harus multidisipliner dan melibatkan sintesis dari berbagai ide dan teknik penelitian. Menurut Richard Titmuss dalam tulisanya *Social Policy and Introduction* yang menyatakan bahwa kebijakan adalah prinsip tindakan Pemerintah menuju tujuan tertentu.

Kebijakan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia diartikan sebagai rangkaian konsep dan asas yang menjadi garis besar dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan, kepemimpinan, dan cara bertindak (tentang pemerintahan, organisasi, dan lainnya); pernyataan cita-cita, tujuan, prinsip dan garis pedoman untuk manajemen dalam usaha mencapai sasaran. Kebijakan juga didefinisikan sebagai serangkaian tindakan/kegiatan yang diusulkan seseorang, kelompok atau pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu dimana terdapat hambatan-hambatan (kesulitan-kesulitan) dan kesempatan-kesempatan terhadap pelaksanaan usulan kebijaksanaan tersebut dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Pendapat ini juga menunjukkan bahwa ide kebijakan melibatkan perilaku yang memiliki maksud dan tujuan merupakan bagian yang penting dari definisi kebijakan, karena bagaimanapun kebijakan harus

menunjukkan apa yang sesungguhnya dikerjakan daripada apa yang diusulkan dalam beberapa kegiatan pada suatu masalah.

Richard Rose sebagaimana dikutip Budi Winarno (2007: 17) menyatakan bahwa kebijakan hendaknya dipahami sebagai serangkaian kegiatan yang sedikit banyak berhubungan beserta konsekuensi-konsekuensi bagi mereka yang bersangkutan daripada sebagai keputusan yang berdiri sendiri. Kebijakan harus dibedakan dengan kebijaksanaan. *Policy* diterjemahkan dengan kebijakan yang berbeda artinya dengan *wisdom* yang artinya kebijaksanaan. Pengertian kebijaksanaan memerlukan pertimbangan pertimbangan lebih jauh lagi, sedangkan kebijakan mencakup aturan-aturan yang ada didalamnya. James E Anderson sebagaimana dikutip Islamy (2009: 17) mengungkapkan bahwa kebijakan adalah “ *a purposive course of action followed by an actor or set of actors in dealing with a problem or matter of concern*” (Serangkaian tindakan yang mempunyai tujuan tertentu yang diikuti dan dilaksanakan oleh seorang pelaku atau sekelompok pelaku guna memecahkan suatu masalah tertentu).

Konsep kebijakan yang ditawarkan oleh Anderson ini menurut Budi Winarno (2007: 18) dianggap lebih tepat karena memusatkan perhatian pada apa yang sebenarnya dilakukan dan bukan pada apa yang diusulkan atau dimaksudkan. Selain itu konsep ini juga membedakan secara tegas antara kebijakan (*policy*) dengan keputusan (*decision*) yang mengandung arti pemilihan diantara berbagai alternatif yang ada. Richard Rose sebagaimana dikutip Budi Winarno (2007: 17) juga menyarankan bahwa kebijakan hendaknya dipahami sebagai serangkaian kegiatan yang sedikit banyak berhubungan beserta konsekuensi-konsekuensi bagi mereka yang bersangkutan daripada sebagai keputusan yang berdiri sendiri. Pendapat kedua ahli tersebut setidaknya dapat menjelaskan bahwa

mempertukarkan istilah kebijakan dengan keputusan adalah keliru, karena pada dasarnya kebijakan dipahami sebagai arah atau pola kegiatan dan bukan sekadar suatu keputusan untuk melakukan sesuatu.

Berdasarkan pendapat berbagai ahli tersebut di atas maka dapat disimpulkan bahwa kebijakan adalah tindakan-tindakan atau kegiatan yang sengaja dilakukan atau tidak dilakukan oleh seseorang, suatu kelompok atau pemerintah yang di dalamnya terdapat unsur keputusan berupa upaya pemilihan diantara berbagai alternatif yang ada guna mencapai maksud dan tujuan tertentu.

2.1.2. Pengertian Kebijakan Publik

Menurut Carl I. Friedrich sebagaimana dikutip oleh Riant Nugroho (2008:84) mendefinisikan Kebijakan Publik adalah sebagai serangkaian tindakan yang diusulkan seseorang, kelompok, atau Pemerintah dalam suatu lingkungan tertentu, dengan ancaman dan peluang yang ada, Kebijakan yang diusulkan tersebut ditujukan untuk memanfaatkan potensi sekaligus mengatasi hambatan yang ada dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Sedangkan menurut Thomas R. Dye mendefinisikan kebijakan publik "*public policy is what government do, why they do it and what differences it makes*" (kebijakan publik adalah sebagai segala sesuatu yang dikerjakan Pemerintah, mengapa mereka melakukan, dan hasil yang membuat sebuah kehidupan bersama tampil berbeda).

Menurut Rian Nugroho Kebijakan Publik adalah keputusan yang dibuat oleh Negara, khususnya Pemerintah, sebagai strategi untuk merealisasikan tujuan negara yang bersangkutan. Kebijakan Publik adalah strategi untuk mengantar masyarakat pada masa awal, memasuki masyarakat pada masa transisi, untuk menuju masyarakat yang dicita-citakan. Dengan demikian, kebijakan publik adalah sebuah fakta strategis daripada fakta politis ataupun teknis. Sebagai sebuah

strategi, dalam kebijakan publik yang sudah terangkum preferensi-preferensi politis dari para aktor yang terlibat dalam proses kebijakan, khususnya pada perumusan. Sebagai sebuah strategi, kebijakan publik tidak saja bersifat positif, namun juga negatif, dalam arti pilihan keputusan selalu bersifat menerima salah satu dan menolak yang lain. Meskipun terdapat ruang bagi *win-win* dan sebuah tuntutan dapat diakomodasi, pada akhirnya ruang bagi *win-win* sangat terbatas sehingga kebijakan publik lebih banyak pada ranah *zero-sum-game*, yaitu menerima yang ini dan menolak yang lain. (Riant Nugroho, 2008 : 85).

Mendasari pendapat dari Tomas R. Dye, istilah keputusan juga termasuk ketika Pemerintah memutuskan untuk tidak memutuskan atau memutuskan untuk tidak mengurus isu terkait sehingga dengan demikian hal tersebut sejalan dengan pemahaman Dye yang menyatakan bahwa kebijakan publik adalah segala sesuatu yang dikerjakan dan yang tidak dikerjakan Pemerintah. Berdasarkan pendapat berbagai ahli dapat disimpulkan bahwa kebijakan publik adalah serangkaian tindakan yang dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah yang berorientasi pada tujuan tertentu guna memecahkan masalah-masalah publik atau demi kepentingan publik. Kebijakan untuk melakukan sesuatu biasanya tertuang dalam ketentuan-ketentuan atau peraturan perundang-undangan yang dibuat pemerintah sehingga memiliki sifat yang mengikat dan memaksa. Sehingga dalam prosesnya, memerlukan partisipasi publik. Hal tersebut merupakan konsekuensi dari prinsip negara hukum (*rechtstaat*) yang mana terdapat dimensi normatif berupa *inspraak/adviesering*. Dalam perkembangannya masyarakat telah berubah menjadi komunitas intelektual, sama cerdasnya seperti Pemerintah, dengan demikian model dominasi kontinentalis yang tidak tergoyahkan di negara-negara berkembang telah diubah, yang

memberikan kewajiban bagi Pemerintah dalam melakukan perbuatan/tindakan hukum secara imperatif berdasarkan pada peraturan perundang-undangan dan asas-asas umum pemerintahan yang baik (*algemene beginselen van behoorlijk bestuur*) yang meliputi asas transparansi, akuntabilitas, dll.

2.1.3. Tujuan Kebijakan Publik

Kebijakan publik dalam konteks negara berkembang memiliki tujuan yang lebih relevan menyangkut manajemen sumber daya (*resources*), hal tersebut dikarenakan ada korelasi antara kebijakan publik dengan alokasi sumber daya. Terdapat biaya dalam pengelolaan dari suatu produk yang dihasilkan. Selain itu, tujuan kebijakan publik juga didefinisikan sebagai oposisi dalam konsep, dalam artian berada pada posisi ekstrem dari dua kutub antara yang pro dan kontra terhadap kebijakan publik yang dihasilkan.

Tujuan kebijakan publik dapat dibedakan sebagai berikut (Riant Nugroho, 2008 : 99) :

- a. Mendistribusi sumber daya negara kepada masyarakat, termasuk alokatif, realokatif, dan redistribusi, versus mengabsorpsi atau menyerap sumber daya ke dalam negara
- b. Regulatif versus deregulatif
- c. Dinamisasi versus stabilisasi
- d. Memperkuat negara versus memperkuat masyarakat/pasar

Dalam implementasinya, setiap kebijakan mengandung lebih dari satu tujuan kebijakan yang telah diuraikan di atas dengan kadar yang berlainan. Kebijakan publik selalu mengandung multi-tujuan, yaitu untuk menjadikan kebijakan itu sebagai kebijakan yang adil dan seimbang dalam mendorong kemajuan hidup bersama. Dalam konteks negara kesejahteraan (*welfare state*) yang diadopsi dari pemikiran

Otto Von Bismarck "*bonum commune*" yang berarti kesejahteraan masyarakat, sehingga dalam hal ini Pemerintah yang memiliki fungsi *sturen*/mengendalikan/sikap aktif dalam suatu kewenangan baik yang bersumber dari atribusi, mandat maupun delegasi berkewajiban untuk mewujudkan kesejahteraan bagi seluruh masyarakat.

2.1.4. Bentuk Kebijakan Publik

Sebelum membahas mengenai bentuk kebijakan publik, akan dijelaskan terlebih dahulu mengenai hubungan antara Kebijakan dan Undang-Undang. Kebijakan publik dirumuskan dengan ide menciptakan masyarakat yang lebih baik yang memiliki anggapan bahwa masyarakat dalam kondisi yang lebih baik sehingga tujuan kebijakan adalah untuk memindahkan masyarakat. Sedangkan Undang-Undang dirumuskan dengan ide melarang tingkah laku masyarakat yang memiliki anggapan masyarakat sebagai tempat yang tidak hanya terdiri dari orang-orang yang baik, tetapi orang-orang jahat, sehingga tujuan Undang-Undang adalah untuk membatasi. Menurut Andrew Lee Suer dan Maurice Sunkin terhadap hubungan antara kebijakan dengan Undang-Undang menyatakan bahwa Undang-Undang adalah bentuk akhir dari kebijakan publik. Undang-Undang adalah legitimasi resmi bagi kebijakan untuk mendapatkan kekuasaan dalam kehidupan publik, memberikan legitimasi kebijakan pada upaya untuk mendapatkan misi bangsa dan visi pemimpinnya, dan untuk membatasi kekuasaan pemerintah melalui legalisasi kebijakan.

Kebijakan tanpa Undang-Undang tidak memiliki kekuasaan untuk diimplementasikan. Legitimasi Undang-Undang sangat penting dalam demokrasi modern. Hal tersebut disebut akuntabilitas publik, yang berarti kesepakatan tertulis formal untuk harus dipertanggungjawabkan kepada publik dalam yang didasarkan pada prinsip demokrasi yang diperlukan adanya keterbukaan Pemerintah

(openbaarheid van bestuur). Proses tersebut adalah pembuatan kebijakan, pembuatan undang-undang, kemudian kebijakan publik yang berubah menjadi undang-undang. Istilah Umum menamakan kebijakan publik sebagai Undang-Undang sebagai regulasi atau regulasi tertulis yang pasti (Riant Nugroho, 2014 : 74-75).

Mendasari hal tersebut berikut merupakan bentuk kebijakan publik. Berdasarkan Pada Pasal 7 ayat (1) Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (UU Pembentukan Peraturan Perundang-undangan) mengatur tentang Jenis dan hierarki Peraturan Perundang-undangan yang terdiri atas :

- a. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945
- b. Ketetapan Majelis Permusyawaratan Rakyat
- c. Undang-Undang/Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang
- d. Peraturan Pemerintah
- e. Peraturan Presiden
- f. Peraturan Daerah Provinsi
- g. Peraturan Daerah Kabupaten/Kota

Sedangkan dalam Pasal 8 ayat (1) UU Pembentukan Peraturan Perundang-undangan menyatakan bahwa Jenis Peraturan Perundang-undangan selain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) mencakup peraturan yang ditetapkan oleh Majelis Permusyawaratan Rakyat, Dewan Perwakilan Rakyat, Dewan Perwakilan Daerah, Mahkamah Agung, Mahkamah Konstitusi, Badan Pemeriksa Keuangan, Komisi Yudisial, Bank Indonesia, Menteri, Badan, Lembaga, atau Komisi yang setingkat yang dibentuk dengan Undang-Undang atau Pemerintah atas perintah Undang-Undang, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Provinsi, Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Kabupaten/Kota. Bupati/Walikota, Kepala Desa atau yang setingkat. Dan ditambah lagi, dalam ketentuan Pasal 8 ayat (2) UU Pembentukan Peraturan

Perundang-undangan menyatakan Peraturan Perundang-undangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diakui keberadaannya dan mempunyai kekuatan hukum mengikat sepanjang diperintahkan oleh Peraturan Perundang-undangan yang lebih tinggi atau dibentuk berdasarkan kewenangan.

Dari pelbagai bentuk kebijakan publik yang telah diuraikan tersebut, dikelompokkan menjadi 3 (tiga) bagian, yaitu (Riant Nugroho, 2008 : 92) :

- a. Kebijakan Publik yang bersifat Makro atau umum, atau mendasar, yaitu : Ketetapan MPR, Undang-Undang/Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang.
- b. Kebijakan Publik yang bersifat *mezzo* atau menengah, atau Peraturan Operasional (*operational regulation*), yaitu : Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden dan Peraturan Daerah.
- c. Kebijakan Publik yang bersifat mikro adalah kebijakan yang mengatur pelaksanaan atau implementasi kebijakan di atasnya, yaitu : Peraturan Pemerintah, Peraturan Presiden, Peraturan Menteri, Peraturan Daerah, Peraturan Gubernur dan Peraturan Bupati/Walikota.

2.1.5. Analisis dan Tahap-tahap Kebijakan Publik

Dalam kajian ini analisis yang digunakan dalam merumuskan kebijakan publik adalah menggunakan Analisis Meso. Arti kata Meso berasal dari bahasa Yunani "*mesos*" yang berarti menengah atau *intermediate*. Analisis meso adalah level analisis menengah atau analisis perantara yang berfokus pada kaitan antara definisi problem, penentuan agenda, dan proses pengambilan keputusan serta impelementasinya. Fokus kajian yang dilakukan adalah berorientasi pada problem yang meliputi, pencarian informasi, penyusunan agenda dan alternatifnya adalah tahap-tahap awal dalam proses kebijakan

(*qua* model atau peta), aktivitas/tahapan bukan ini bukanlah sekuensi logis yang berpuncak pada keputusan dan implementasi (Wayne Parsons, 2014 : 87).

Pembuatan kebijakan dalam pengertian ini bisa dilihat sebagai bentuk pemecahan teka-teki (*puzzlement*) kolektif atas nama masyarakat yang memerlukan pengetahuan maupun keputusan. Pemecahan dalam bentuk pendefinisian problem dan perumusan agenda ini akan terus berlangsung di sepanjang proses kebijakan.

Adapun yang menjadi Tahap-tahap dalam kebijakan Publik adalah sebagai berikut :

Proses pembuatan kebijakan publik merupakan proses yang kompleks karena melibatkan banyak proses maupun variabel yang harus dikaji. Oleh karena itu beberapa ahli politik yang menaruh minat untuk mengkaji kebijakan publik membagi proses-proses penyusunan kebijakan publik kedalam beberapa tahap. Tujuan pembagian seperti ini adalah untuk memudahkan kita dalam mengkaji kebijakan publik. Namun demikian, beberapa ahli mungkin membagi tahap-tahap ini dengan urutan yang berbeda. Tahap-tahap kebijakan publik menurut William Dunn sebagaimana dikutip Budi Winarno (2007: 32-34) adalah sebagai berikut :

a) Tahap penyusunan agenda

Para pejabat yang dipilih dan diangkat menempatkan masalah pada agenda publik. Sebelumnya masalah ini berkompetisi terlebih dahulu untuk dapat masuk dalam agenda kebijakan. Pada akhirnya, beberapa masalah masuk ke agenda kebijakan para perumus kebijakan. Pada tahap ini mungkin suatu masalah tidak disentuh sama sekali, sementara masalah yang lain ditetapkan menjadi fokus pembahasan, atau ada pula masalah karena alasan-alasan tertentu ditunda untuk waktu yang lama.

b) Tahap formulasi kebijakan

Masalah yang telah masuk ke agenda kebijakan kemudian dibahas oleh para pembuat kebijakan. Masalah-masalah tadi didefinisikan untuk kemudian dicari pemecahan masalah terbaik. Pemecahan masalah tersebut berasal dari berbagai alternatif atau pilihan kebijakan (*policy alternatives/policy options*) yang ada. Dalam perumusan kebijakan masing-masing alternatif bersaing untuk dapat dipilih sebagai kebijakan yang diambil untuk memecahkan masalah. Dalam tahap ini masing-masing actor akan bersaing dan berusaha untuk mengusulkan pemecahan masalah terbaik.

c) Tahap adopsi kebijakan

Dari sekian banyak alternatif kebijakan yang ditawarkan oleh para perumus kebijakan, pada akhirnya salah satu dari alternatif kebijakan tersebut diadopsi dengan dukungan dari mayoritas legislatif, konsensus antara direktur lembaga atau putusan pengadilan.

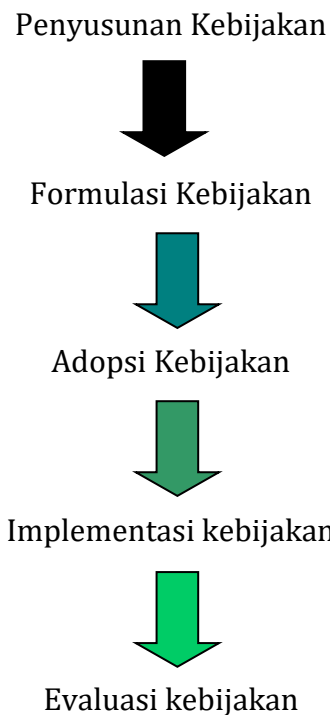
d) Tahap implementasi kebijakan

Suatu program kebijakan hanya akan menjadi catatan-catatan elit jika program tersebut tidak diimplementasikan, yakni dilaksanakan oleh badan-badan administrasi maupun agen-agen pemerintah di tingkat bawah. Kebijakan yang telah diambil dilaksanakan oleh unit-unit administratif yang memobilisasikan sumber daya finansial dan manusia. Pada tahap implementasi ini berbagai kepentingan akan saling bersaing. Beberapa implementasi kebijakan mendapat dukungan para pelaksana (*implementors*), namun beberapa yang lain mungkin akan ditentang oleh para pelaksana.

e) Tahap evaluasi kebijakan

Dalam tahap ini kebijakan yang telah dijalankan akan dinilai atau dievaluasi, untuk melihat sejauh mana kebijakan yang dibuat untuk meraih dampak yang diinginkan, yaitu memecahkan masalah yang dihadapi masyarakat. Oleh karena itu ditentukan ukuran-ukuran atau kriteria-kriteria yang menjadi dasar untuk menilai apakah kebijakan publik yang telah dilaksanakan sudah mencapai dampak atau tujuan yang diinginkan atau belum.

Secara singkat, tahap-tahap kebijakan adalah seperti gambar di bawah ini :



Sumber: William Dunn sebagaimana dikutip Budi Winarno (2007: 32-34)



BAB III

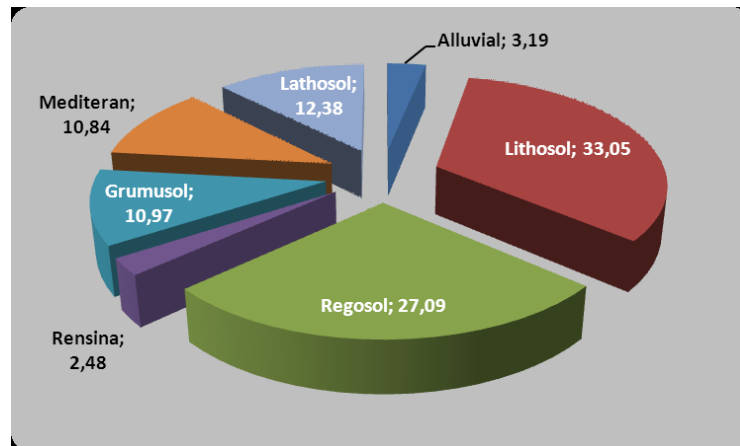
DESKRIPSI WILAYAH

3.1 Kondisi Fisik Daerah Istimewa Yogyakarta

Daerah Istimewa Yogyakarta adalah salah satu provinsi di wilayah Indonesia dan terletak di pulau Jawa bagian tengah. Secara astronomis posisi D.I. Yogyakarta terletak antara $7^{\circ}33'$ - $8^{\circ}12'$ Lintang Selatan dan $110^{\circ}00'$ - $110^{\circ}50'$ Bujur Timur. Secara geografis, letak D.I Yogyakarta berbatasan dengan Samudera Indonesia di bagian selatan, Kabupaten Klaten di sebelah Timur Laut, Kabupaten Wonogiri di sebelah Tenggara, Kabupaten Purworejo di sebelah Barat, dan Kabupaten Magelang di sebelah Barat Laut.

Berdasarkan satuan fisiografisnya, D.I Yogyakarta terdiri dari

1. Pegunungan Selatan dengan luas kurang lebih $1.656,25 \text{ km}^2$ dan dengan ketinggian 150–700 m,
2. Gunung berapi Merapi dengan luas + $582,81 \text{ km}^2$ dan dengan ketinggian 80–2.911 m,
3. Dataran rendah antara Pegunungan Selatan dan Pegunungan Kulonprogo, luas : + $215,62 \text{ km}^2$ dan ketinggian : 0 – 80 m,
4. Pegunungan Kulonprogo dan Dataran Rendah Selatan, luas + $706,25 \text{ km}^2$ dan dengan ketinggian 0 – 572 m.



Sumber: BPS: D.I Yogyakarta dalam Angka, 2014

Gambar 3.1.1 Persentase Luas Wilayah D.I Yogyakarta Menurut Jenis Tanah Tahun 2013

D.I Yogyakarta memiliki iklim tropis yang dipengaruhi oleh musim kemarau dan musim hujan. Menurut catatan Badan Meteorologi, Klimatologi dan Geofisika, Stasiun Geofisika Kelas I Yogyakarta, suhu minimum di D.I Yogyakarta 18,4 °C dan suhu maksimum 35,7°C. Curah hujan perbulan sekitar 230 mm dengan hari hujan per bulan 15 kali. Sementara itu kelembaban udara tercatat antara 44,0 persen – 98,0 persen.

Luas wilayah D.I Yogyakarta tercatat 3.185,80 km² atau 0,17 persen dari luas Indonesia (1.860.359,67 km²). Dengan luas wilayah ini D.I Yogyakarta tergolong sebagai provinsi terkecil setelah Provinsi DKI Jakarta. Berdasarkan gambar 3.1, sekitar 33,05 persen dari luas keseluruhan D.I Yogyakarta merupakan jenis tanah Lithosol, 27,09 persen Regosol, 12,38 persen Lathosol, 10,97 persen Grumusol, 10,84 persen Mediteran, 3,19 persen Alluvial, dan 2,48 persen adalah tanah jenis Rensina. Sebagian besar wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta yaitu sekitar 65,65 persen terletak pada ketinggian antara 100 m–499 m dari permukaan laut, sekitar 28,84 persen berada pada ketinggian kurang dari 100 m. Wilayah dengan ketinggian antara 500 m–999 m

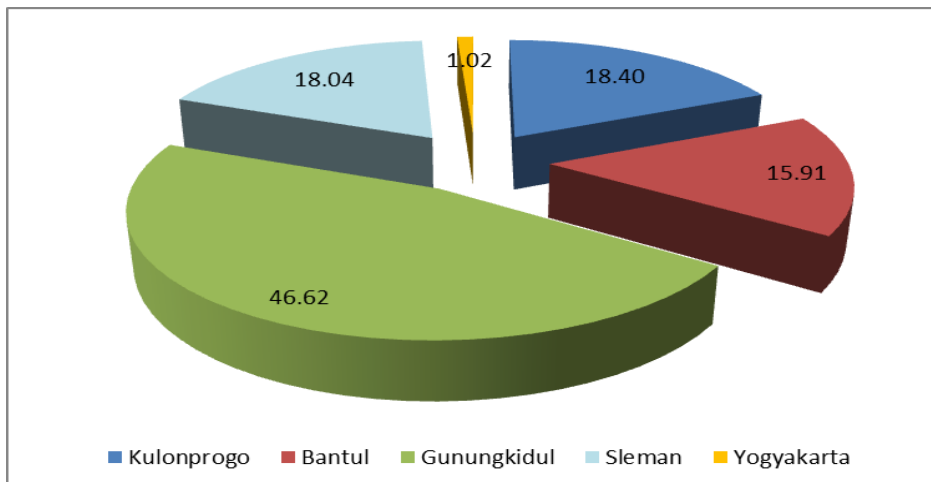
sebesar 5,04 persen dan wilayah dengan ketinggian di atas 1000 m sebesar 0,47 persen.

Tabel 3.1.1 Jumlah Kecamatan, Kota dan Desa di D.I Yogyakarta

Kabupaten	Jumlah				Luas Wilayah
	Kec	Kota	Desa	Kota/Desa	
Kulonprogo	12	13	75	88	586.27
Bantul	17	47	28	75	506.85
Gunungkidul	18	5	139	144	1485.36
Sleman	17	59	27	86	574.82
Yogyakarta	14	45		45	32.5
DIY	78	169	269	438	3185.8

Sumber: BPS: D.I Yogyakarta dalam Angka, 2014

Secara administratif, D.I Yogyakarta terdiri dari 4 kabupaten dan 1 kotamadya yaitu Kabupaten Kulonprogo, Bantul, Gunungkidul, Sleman, dan Kota Yogyakarta. Dari 5 kabupaten dan kota yang ada terdapat 78 kecamatan, 169 wilayah perkotaan dan 269 desa di D.I Yogyakarta. Apabila diurutkan menurut luas wilayahnya maka urutan kabupaten/kota dari yang paling luas hingga yang paling sempit adalah Kabupaten Gunungkidul, Kulonprogo, Sleman, Bantul dan Kota Yogyakarta.



Sumber: BPS: D.I Yogyakarta dalam Angka, 2014

Gambar 3.1.2 Persentase Luas Wilayah Menurut Kabupaten/kota D.I Yogyakarta Tahun 2013

3.2 Kondisi Kependudukan Daerah Istimewa Yogyakarta

Pertumbuhan penduduk di Daerah Istimewa Yogyakarta mengalami kenaikan setiap tahunnya, sebelum otonomi daerah pertumbuhan penduduk di DIY mencapai 0,8 persen dan setelah otonomi daerah (2008) meningkat menjadi 1,6 persen. Peningkatan jumlah pertumbuhan penduduk akan menimbulkan pelbagai permasalahan di bidang kependudukan itu sendiri. Pemerintah tidak mungkin menangani masalah kependudukan itu sendiri, sehingga dengan kebersamaan dan tujuan yang sama kita bisa bersama-sama meningkatkan kesejahteraan masyarakat Yogyakarta. Diharapkan Yogyakarta mampu meletakkan asas kependudukan yang baik, dan menjadi percontohan bagi daerah lain.

Jumlah penduduk Daerah Istimewa Yogyakarta berdasarkan hasil Sensus Penduduk tahun 2010 adalah 3.457.491 jiwa atau 1,45% dari penduduk Indonesia, data tersebut menunjukkan peningkatan jika dibandingkan dengan sensus penduduk tahun 2000 sebesar 3.120.478 jiwa, serta melebihi proyeksi. sementara data terakhir per semester II tahun 2013 mengalami peningkatan lagi sebesar 3.561.448 jiwa.

Dengan tingkat Kepadatan sebesar 1.085 km persegi per jiwa lebih padat jika dibandingkan tingkat nasional yang hanya 124 km persegi per jiwa. Dengan beban tanggungan 46 per 100 masih berada di bawah rata-rata tingkat Nasional. Dengan kondisi seperti itu Yogyakarta dihadapkan pada berbagai permasalahan sosial, yang itu berkait erat dengan kualitas lingkungan hidup. Demikian juga sebaliknya permasalahan sosial yang terjadi di Daerah Istimewa Yogyakarta mempengaruhi karakteristik dan kualitas lingkungan hidup secara universal.

Keberhasilan program KB di wilayah DIY mampu menurunkan angka pertumbuhan rata-rata penduduk yang cukup tinggi sebesar

1,67%/tahun menjadi 0,77%/tahun (2011). Kecenderungan tersebut semakin menurun pada tahun-tahun mendatang. Kecenderungan pertumbuhan penduduk di wilayah DIY mengalami penurunan pada tahun 2023. Pada masa inilah (2020-2025) DIY memiliki kesempatan mendapatkan Bonus Demografi.

Tabel 3.2.1. Jumlah Penduduk menurut Kabupaten/Kota di D.I. Yogyakarta 2007-2012

Tahun/ Year	Uraian Description	Kabupaten/Kota / Regency/City					
		Kulon- progo	Bantul	Gunun- g- kidul	Sleman	Yogya karta	DIY
2007	Jumlah/ Total	384.326	872.866	675.35 9	1.035.03 2	391.82 1	3.359.40 4
	%	11,44	25,98	20,1	30,81	11,66	100
	Jumlah/ Total	385.937	886.061	675.47 1	1.054.75 1	390.78 3	3.393.00 3
2008	%	11,37	26,11	19,91	31,09	11,52	100
	Jumlah/ Total	387.493	899.312	675.47 4	1.074.67 3	389.68 5	3.426.63 7
	%	11,31	26,24	19,71	31,36	11,37	100
2009	Jumlah/ Total	388.869	911.503	675.38 2	1.093.11 0	388.62 7	3.457.49 1
	%	11,25	26,36	19,53	31,62	11,24	100
	Jumlah /Total	390.207	921.263	677.99 8	1.107.30 4	390.55 3	3.487.32 5
2010	%	11,19	26,42	19,44	31,75	11,2	100
	Jumlah /Total	393.221	927.958	684.74 0	1.114.83 3	394.01 2	3.514.76 2
	%	11,19	26,40	19,48	31,72	11,21	100
2012*)	Jumlah /Total						

Sumber : Estimasi Penduduk berdasarkan SP 2010

Meskipun mampu menekan angka pertumbuhan penduduk rata-rata, namun persebaran penduduk tidak merata di tiap-tiap kabupaten/kota. Inilah yang menjadi pekerjaan rumah bersama agar persebaran penduduk merata di seluruh wilayah DIY sehingga proses pembangunan dapat berlangsung secara merata pada seluruh wilayah. Dengan sebaran penduduk yang merata, tekanan lingkungan tidak terkonsentrasi pada satu wilayah. Kota Yogyakarta menjadi wilayah yang paling padat penduduknya. Dengan wilayah seluas 32,50 km², Kota Yogyakarta didiami sebanyak 394.012 jiwa yang itu artinya kepadatan penduduk mencapai 12.123 jiwa/km². Aktivitas dan perputaran ekonomi yang cukup cepat masih menjadi alasan orang bertahan tinggal di Kota Yogyakarta diikuti Kab. Sleman. Angka tersebut cukup tinggi untuk sebuah kota sedang. Padatnya penduduk di Kota Yogyakarta menambah besar tekanan lingkungan yang ditanggung Kota Yogyakarta dibanding kabupaten lainnya.

Tabel 3.3. Kepadatan Penduduk menurut Kabupaten/Kota di D.I. Yogyakarta 2007-2012

Kabupaten/Kota <i>Regency/City</i>	Luas/Area <i>(Km2)</i>	Kepadatan Penduduk/ <i>The Population Density</i> <i>(jiwa/km2)</i>					
		2007	2008	2009	2010	2011	2012
Kulonprogo	586,27	656	658	661	663	666	670
Bantul	506,85	1.722	1.748	1.774	1.798	1.818	1.831
Gunungkidul	1.485,36	455	455	455	455	456	461
Sleman	574,82	1.801	1.835	1.870	1.902	1.926	1.939
Yogyakarta	32,5	12.056	12.024	11.990	11.958	12.017	12.123
DIY	3.185,80	1.054	1.065	1.076	1.085	1.095	1.103

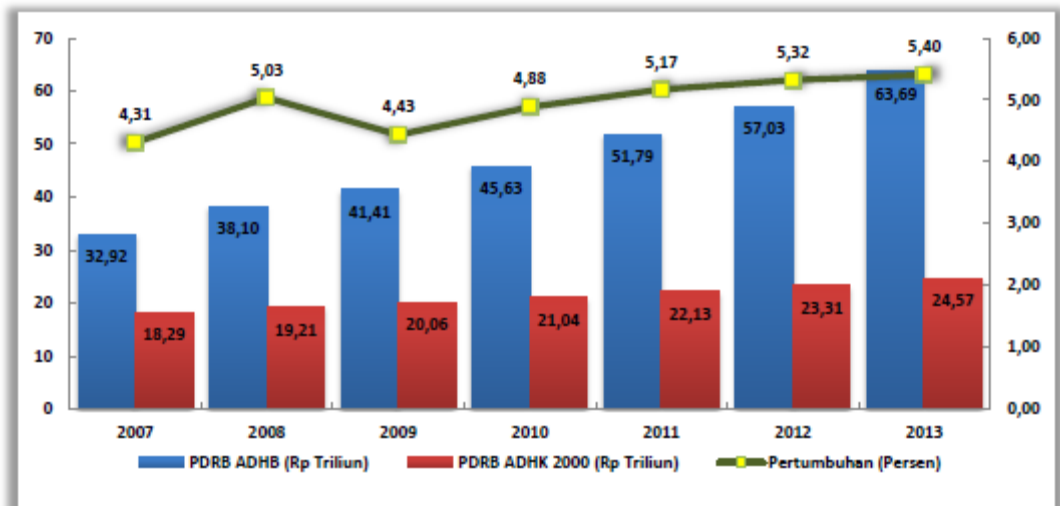
Sumber : Estimasi Penduduk berdasarkan SP 2010

3.3 Kondisi Ekonomi

Dalam satu tahun terakhir, kinerja perekonomian Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) selama tahun 2013 yang diukur dari pertumbuhan Produk Domestik Regional Bruto (PDRB) atas dasar harga konstan 2000 meningkat 5,40 persen terhadap PDRB tahun 2012. Semua sektor perekonomian tumbuh positif dan pertumbuhan tertinggi dicapai sektor industri pengolahan sebesar 7,81 persen. Dari sisi suplai, sumber utama pertumbuhan ekonomi DIY tahun 2013 dihasilkan oleh sektor perdagangan, hotel dan restoran dengan andil 1,31 persen dan diikuti sektor jasa-jasa serta sektor industri pengolahan dengan andil masing-masing sebesar 0,98 persen.

Jika dilihat dari kinerja perekonomian Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) yang diukur dari nilai PDRB Atas Dasar Harga Berlaku (ADHB) tahun 2013 tercatat sebesar Rp 63,69 triliun. Nilai tersebut setara dengan Rp 24,57 triliun jika dihitung dengan harga konstan tahun 2000 (PDRB riil). Dibandingkan dengan PDRB riil tahun 2012 yang mencapai Rp 23,31 triliun, maka kinerja perekonomian DIY selama tahun 2013 mampu tumbuh positif sebesar 5,40 persen (Gambar 1). Angka 5,40 persen ini menjadi angka pertumbuhan tertinggi yang mampu dicapai DIY selama lebih dari satu dekade pasca krisis ekonomi 1997/1998.

PDRB D.I. Yogyakarta 2007-2013 Atas Dasar Harga Berlaku, Harga Konstan 2000 (Rp Triliun) dan Pertumbuhan Ekonomi (Persen)



Gambar 3.3.1. Grafik Perkembangan. PDRB DIY Tahun 2007-2013

Tingginya laju pertumbuhan ekonomi yang dicapai selama tahun 2013 didorong oleh pertumbuhan positif di semua sektor perekonomian (Tabel 1). Pertumbuhan yang tertinggi terjadi di sektor industri pengolahan yang mampu tumbuh sebesar 7,81 persen, setelah pada tahun sebelumnya mengalami kontraksi (pertumbuhan negatif) sebesar 2,28 persen. Golongan industri makanan, minuman, dan tembakau; industri tekstil, produk tekstil, alas kaki dan kulit; dan industri furnitur memberi kontribusi terbesar terhadap pertumbuhan di sektor industri pengolahan yang produksinya sangat dipengaruhi oleh permintaan domestik melalui kegiatan pariwisata maupun permintaan ekspor.

PDRB per kapita dihitung berdasarkan nilai PDRB atas dasar harga berlaku maupun atas dasar harga konstan dibagi dengan jumlah penduduk pada pertengahan tahun. Nilai nominal PDRB per kapita DIY atas dasar harga berlaku tahun 2013 mencapai Rp 17,98 juta. Nilai ini meningkat 9,95 persen dibandingkan dengan tahun 2012 yang sebesar Rp 16,35 juta. Secara riil (atas dasar harga konstan

2000), nilai PDRB per kapita DIY tahun 2013 mencapai Rp 6,94 juta dan meningkat 3,78 persen dibandingkan dengan tahun 2012 yang sebesar Rp 6,68 juta. Secara kasar, angka ini mengindikasikan tingkat kesejahteraan penduduk yang semakin meningkat.

3.4 Kondisi Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu aspek yang dapat dijadikan jalan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia (*human resources*). Sumber daya manusia yang berkualitas di suatu daerah secara tidak langsung akan mempermudah pemerintah daerah dalam upaya pelaksanaan program daerah pada umumnya dan program daerah mengenai pengelolaan lingkungan hidup lebih khususnya. Kualitas Pendidikan (*Quality Education*) sendiri masuk salah satu dari 17 (tujuh belas) tujuan dalam *Sustainable Development Goals* (SDG's). Secara umum, paparan data statistik tentang pendidikan di DIY meliputi beberapa bagian, yaitu: Angka Partisipasi Sekolah (APS); Rasio ketersediaan sekolah/penduduk usia sekolah; Rasio Guru/Murid; dan Empat Indikator Bidang Pendidikan (yang meliputi Angka Melek Huruf (AMH), Rata-rata Lama Sekolah, Angka Partisipasi Kasar & Angka Partisipasi Murni, Angka Kelulusan & Angka Pendidikan yang Ditamatkan).

3.5 Kondisi Sosial

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. Kemiskinan sendiri sangat erat kaitannya dalam implementasi program daerah khususnya mengenai program-program lingkungan.

Semakin dapat ditekannya angka kemiskinan penduduk suatu daerah, maka kesempatan penduduk untuk dapat berpartisipasi dalam program lingkungan akan lebih besar. Tabel 5.16. berikut ini menggambarkan jumlah perkembangan penduduk miskin di DIY dari tahun ke tahun.

Tabel 3.5.1 Jumlah Penduduk Miskin dan Garis Kemiskinan Tahun 2009 – 2012

Tahun	GarisKemiskinan (Rp/Kapita/Bln)	PendudukMiskin (ribu orang)	PersentasePendudukMiskin
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. 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, disnakertrans DIY, 2013). Minimnya pekerjaan yang berdampak pada tingkat ekonomi penduduk menurunkan partisipasi penduduk dalam ikut serta menjalankan program-program lingkungan. Hal ini dipicu oleh tingkat prioritas ekonomi yang lebih tinggi daripada ikut serta dalam program-program lingkungan, dimana terkadang program-program tersebut kurang benefit dalam segi ekonomi.

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. Angka konsumsi protein juga masih belum memenuhi angka standar karena baru mencapai angka 55,30 g/kap/hari sedangkan standar nasional 62,4 g/kap/hari. Dinas Kesehatan mencatat pada tahun 2012 terdapat 473 kasus gizi buruk, yang tersebar di Kota Yogyakarta sebanyak 120 kasus, Kabupaten Gunungkidul 119 kasus, Kabupaten Kulonprogo 81 kasus, Kabupaten Sleman 78 kasus dan Kabupaten Bantul 75 kasus. Dalam 2 tahun terakhir juga terlihat kecenderungan angka kematian ibu dan anak naik kembali. Sampai dengan bulan Oktober 2012, dilaporkan ada sebanyak 307 kasus kematian bayi dan 34 kasus kematian ibu pada 37.273 kelahiran hidup. Prevalensi tuberkulosis, HIV/AIDS juga meningkat. Sampai dengan tahun 2012, masih ada sebesar 27,66 % penduduk DIY yang belum memiliki jaminan kesehatan. Pelayanan Jamkesmas menjangkau 24,91 %, jamkesos 14,61 % dan pelayanan jamkesda menjangkau 19,59 %.

Populasi keluarga bermasalah psikologis dari tahun ke tahun mengalami peningkatan, meskipun pada tahun 2012 sedikit

mengalami penurunan menjadi kurang lebih 3.356 keluarga. Dengan memperhatikan populasi selama 4 tahun terakhir, diproyeksikan dalam 5 tahun ke depan (2017), gambaran populasinya terdapat pada Tabel 5.17. 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.

Tabel 3.5.2 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

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 patriarkhi yang lebih menempatkan laki-laki sebagai orang pertama dan memperoleh prioritas. Kondisi ini kaum perempuan menjadi sangat rentan terhadap tindakan pengabaian, perlakuan salah

dan berbagai bentuk kekerasan maupun eksploitasi. Tekanan hidup tersebut tentu saja akan berpengaruh terhadap perilaku kelompok masyarakat yang bermasalah psikologis dalam kaitannya dengan upaya perilaku hidup sehat dan berwawasan lingkungan. Tabel 3.5.3 di bawah ini menunjukkan jumlah perempuan rawan sosial ekonomi dan kecenderungan perkembangannya pada waktu yang akan datang.

Tabel 3.5.3 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

3.6 Kondisi Penataan Ruang di Daerah Istimewa Yogyakarta

Secara historis keberadaan Daerah Istimewa Yogyakarta tidak dapat dilepaskan dengan keberadaan kasultanan dan pakualaman, yang keduanya merupakan pilar utama terbentuknya Yogyakarta sebagai daerah istimewa. Secara keruangan, di DIY terdapat ruang yang spesifik dan tidak ditemukan di wilayah lain.

Ruang tersebut merupakan bidang-bidang tanah yang disebut dengan Sultan Grond (SG) dan Pakualaman Grond (PAG). Selama ini eksistensi tanah SG dan PAG masih ada dan diakui keberadaannya oleh pemerintah daerah dan masyarakat. Masyarakat masih mengakui bahwa SG dan PAG masih menjadi hak milik atau domein bebas dari Kasultanan Ngayogyakarta Hadiningrat dan Kadipaten Pakualaman.

Dalam hal ini keistimewaan dimaknai sebagai kedudukan hukum yang dimiliki oleh DIY berdasarkan sejarah dan hak asal-usul menurut Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 untuk mengatur dan mengurus kewenangan istimewa. Kewenangan urusan keistimewaan ini meliputi: (a) tata cara pengisian jabatan, kedudukan, tugas, dan wewenang Gubernur dan Wakil Gubernur; (b) kelembagaan Pemerintah Daerah DIY; (c) kebudayaan; (d) pertanahan; dan (e) **tata ruang**.

Kebijakan Pemerintah Daerah DIY dalam hal pembangunan wilayah telah mendasarkan pada filosofi dan prinsip dasar keistimewaan. *Hamemayu Hayuning Bawana*, yang dimaknai sebagai kewajiban melindungi, memelihara, serta membina keselamatan dunia dan wilayah DIY, telah dijadikan dasar dalam pembangunan. Pemaknaan melindungi, memelihara dan membina keselamatan wilayah, telah tercermin dalam pengambilan kebijakan yang berkaitan dengan tata ruang.

Berdasarkan Perda Provinsi DIY Nomor 9 Tahun 2009 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Daerah Tahun 2005 – 2025 secara eksplisit disebutkan bahwa visi pembangunan DIY yang akan dicapai selama dua puluh tahun mendatang adalah Daerah Istimewa Yogyakarta pada Tahun 2025 sebagai Pusat Pendidikan, Budaya dan Daerah Tujuan Wisata Terkemuka di Asia Tenggara dalam lingkungan Masyarakat yang Maju, Mandiri dan Sejahtera.

Upaya mewujudkan visi tersebut dilakukan melalui pembangunan di semua sektor secara sinergis dan bertahap hingga terwujud masyarakat yang maju, mandiri, dan sejahtera melalui perwujudan 4 (empat) misi pembangunan daerah sebagai berikut:

1. Mewujudkan pendidikan berkualitas, berdaya saing, dan akuntabel yang didukung oleh sumberdaya pendidikan yang handal;

2. Mewujudkan budaya adiluhung yang didukung dengan konsep, pengetahuan budaya, pelestarian dan pengembangan hasil budaya, serta nilai-nilai budaya secara berkesinambungan;
3. Mewujudkan kepariwisataan yang kreatif dan inovatif;
4. Mewujudkan sosiokultural dan sosioekonomi yang inovatif, berbasis pada kearifan budaya lokal, ilmu pengetahuan dan teknologi bagi kemajuan, kemandirian, dan kesejahteraan rakyat.

Kebijakan penataan ruang merupakan arahan pembangunan suatu wilayah yang sekaligus berperan sebagai panduan dalam pemanfaatan dan pengendalian pemanfaatan ruang. Kebijakan ini akan diimplementasikan melalui strategi perencanaan penataan ruang. Strategi perencanaan penataan ruang Provinsi DIY diarahkan pada dua hal yakni pemantapan kawasan lindung dan intensifikasi kawasan budidaya. Pemantapan kawasan lindung dimaknai sebagai upaya untuk memantapkan kondisi kawasan lindung agar tetap terjaga kelestariannya dan terhindar dari ancaman perkembangan kawasan budidaya yang membahayakan. Intensifikasi kawasan budidaya diorientasikan agar kawasan-kawasan budidaya yang ada, baik secara kualitatif maupun kuantitatif dapat berfungsi sebagai kawasan budidaya secara intensif. Sebaran dan intensitas kegiatan pada kawasan budidaya perlu dikendalikan sedemikian rupa sehingga penataan yang bersifat lebih intensif merupakan pilihan yang ditetapkan.

Pada prinsipnya konsep tata ruang wilayah DIY diturunkan dari model *Corridor and Point Development*. Konsep tersebut tidak diartikan dengan pemusatan kegiatan pembangunan hanya terbatas pada jalur dan simpul prioritas, tetapi dimaknai sebagai pemusatan intensitas kegiatan manusia diarahkan pada jalur dan simpul prioritas. Aspek pengendalian dan pengarahan pembangunan lebih menonjol dalam koridor prioritas, dibandingkan dengan investasi

pembangunan oleh pemerintah (Bappeda DIY, 2002). Konsep pembangunan tersebut dilengkapi dengan pendekatan perencanaan yang menyeluruh dan terpadu (*comprehensive & integrated development*). Pendekatan ini memberikan perhatian pada sektor dan kawasan yang mendukung sektor dan kawasan prioritas serta memberikan perhatian pula pada sektor dan kawasan yang menerima dampak dari sektor dan kawasan prioritas tersebut.

Kebijakan penataan ruang dan pembangunan wilayah DIY sebagaimana di atas belum mengakomodasikan ruang keistimewaan sebagai salah satu kewenangan istimewa. Kewenangan ruang keistimewaan sebagaimana diatur dalam UU 13/2012 adalah kewenangan yang dimiliki oleh Kasultanan dan Kadipaten. Kewenangan Kasultanan dan Kadipaten dalam tata ruang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (2) huruf e terbatas pada pengelolaan dan pemanfaatan tanah Kasultanan dan tanah Kadipaten.

Dalam pelaksanaan kewenangan dalam tata ruang di atas, Kasultanan dan Kadipaten menetapkan kerangka umum kebijakan tata ruang tanah Kasultanan dan tanah Kadipaten sesuai dengan Keistimewaan DIY, dengan memperhatikan tata ruang nasional dan tata ruang DIY. Kewenangan urusan tata ruang inilah yang perlu mendapatkan perhatian secara seksama agar penataan ruang eksisting di DIY dan penataan ruang keistimewaan dapat berjalan secara harmonis.

Secara yuridis terdapat perbedaan antara substansi penataan ruang berdasarkan UU Nomor 26 Tahun 2007 dengan UU Nomor 13 Tahun 2012. Berdasarkan UU 26/2007 proses utama penataan ruang meliputi proses perencanaan, pemanfaatan dan pengendalian pemanfaatan ruang. Sementara itu substansi pokok kewenangan Kasultanan dan Kadipaten dalam tata ruang sebagaimana terdapat dalam UU 13/2013 terbatas pada

pengelolaan dan pemanfaatan tanah kasultanan dan tanah kadipaten.



BAB IV

GAMBARAN UMUM DAN PERMASALAHAN

4.1 Pencegahan dan Pengendalian HIV-AIDS

Penularan HIV masih berlangsung di Provinsi DIY yang mana perlu dicari akar penyebabnya dan kemungkinan penyelesaian keadaan ini, baik dari tatanan pemerintahan (*structural intervention*) hingga kegiatan di masyarakat. Seperti diketahui bahwa pemerintah daerah provinsi telah menerbitkan berbagai kebijakan dan melaksanakan berbagai program dan kegiatan, dan mengalokasikan anggaran yang tidak sedikit, akan tetapi angka infeksi baru dan permasalahan HIV masih menjadi kekhawatiran bersama. Untuk itu perlu dikaji apakah masih perlu dibuat kebijakan baru, atau meningkatkan efektivitas kebijakan yang sudah ada dan meningkatkan/memperbaiki kinerja para pihak yang terlibat dalam pencegahan dan pengendalian HIV dan AIDS ini. Berdasarkan kajian yang dilakukan oleh para tenaga ahli diperoleh permasalahan sebagai berikut :

- a) Peraturan Daerah Nomor 12 Tahun 2010 tentang Penanggulangan HIV dan AIDS dan Peraturan Gubernur turunan dari Peraturan Daerah tersebut perlu ditinjau kembali mengingat Perda telah berumur lebih dari 5 tahun dan semakin kompleksnya permasalahan HIV dalam kurun waktu tersebut.

- b) Adanya beberapa lembaga/instansi yang membuat kebijakan dan menangani program dan kegiatan HIV yang mana perlu sinkronisasi dan penataan organisasi.
- c) Adanya faktor sosial-ekonomi yang mungkin dapat mempengaruhi dinamika penularan HIV, antara lain Tingginya angka rasio Gini atau kesenjangan ekonomi antara kaya dan miskin, tingginya angka kemiskinan di DIY meski IPM (Indeks Pembangunan Manusia) yang cukup tinggi (nomor 4 nasional), rendahnya pendidikan tentang HIV baik di insititusi pendidikan maupun pada masyarakat umum. Juga perlunya penambahan kegiatan kepemudaan agar tidak terjerumus pada hal-hal yang negatif.
- d) Masih rendahnya iklan layanan masyarakat tentang hidup sehat termasuk terkait HIV (dibanding iklan yang menuju ke hidup yang kurang sehat).
- e) Belum terkoordinasinya program pencegahan maupun promosi kesehatan untuk menekan lajunya HIV/AIDS, padahal beberapa SKPD berpotensi untuk kerjasama dan mempunyai kontribusi cukup besar dalam menekan lajunya insidensi HIV/AIDS.
- f) Belum dikembangkannya kegiatan pencegahan dan promosi kesehatan yang komprehensif dan melibatkan *stakeholder* di luar dinas kesehatan.
- g) Masih adanya suasana yang kurang mendukung untuk keberhasilan program dan kegiatan HIV antara lain stigma dan diskriminasi.
- h) Belum adanya arah kebijakan, program dan kegiatan yang terfokus untuk penurunan epidemic HIV

4.2 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM)

Berdasarkan hasil kajian dari para tenaga ahli diperoleh gambaran umum dan permasalahan Penyakit Tidak Menular (PTM) :

- a) Masih tingginya prevalensi PTM yang ditunjukkan dari data nasional sejak 10 (sepuluh) tahun terakhir.
- b) Kesadaran masyarakat dan pengetahuan untuk hidup sehat yang sangat terbatas, serta adanya *gap* antara pengetahuan mereka dengan apa yang dilakukan.
- c) Gaya hidup sehat yang diharapkan dilakukan oleh dan untuk masyarakat belum dilakukan sesuai dengan yang diharapkan. Kebiasaan konsumsi garam, gula, daging/lemak, minyak goreng, dan kebiasaan penyiapan makanan yang kurang sehat; dan konsumsi buah dan sayur serta olah raga yang tidak teratur dan cukup, merupakan indikator adanya keterbatasan pengetahuan dan kesadaran masyarakat DIY terhadap kesehatan. Hal ini juga menjadi indikator adanya *gap* antara pengetahuan dan perilaku dimana biasanya terjadi pada kasus perokok. Perokok kebanyakan tahu serba sedikit tentang dampak rokok terhadap kesehatannya, namun, mereka tetap melakukan kebiasaan merokoknya.
- d) Dalam kasus kurangnya aktivitas fisik pada individu, keluarga, dan masyarakat; ketiadaan tempat tempat olah raga atau ketidakamanan jalan tidak akan memungkinkan orang melakukan aktivitas fisik sebagai "*leisure*" maupun prestasi. Olah raga, bersepeda, dan aktivitas fisik lain dilakukan di jalan-jalan yang penuh sesak dengan kendaraan bermotor. Akibatnya sering terjadi kecelakaan yang tidak diinginkan.
- e) Pada pemilihan makanan yang kurang serat dan tinggi lemak; atau juga bahan makanan dan pertanian yang kurang berkualitas, banyak sekali faktor yang mempengaruhinya. Kemiskinan, ketidaktersediaan, dan kurangnya akses terhadap makanan sehat sering menjadi penyebab, terutama pada penduduk miskin.
- f) Walaupun merokok merupakan pilihan individu, namun struktur yang memperkenankan rokok dijual dengan murah, dapat dibeli

oleh anak-anak, dan tiadanya kebijakan yang membatasi orang untuk mulai merokok mengindikasikan tidak efektifnya kebijakan publik untuk melindungi bukan perokok dari asap rokok oang lain. Terlebih lagi, banyaknya iklan rokok yang menyesatkan menjadikan perokok enggan untuk berhenti dan menjadikan perokok pemula menjadi perokok reguler. Iklan ini pula yang menyebabkan promosi kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan NGO menjadi “tidak terdengar.

- g) Makanan cepat saji atau bisa sering dikenal dengan nama *junk food* merupakan salah satu jenis makanan yang kurang bernutrisi. *Junk food* merupakan makanan yang paling banyak dijumpai dan dikonsumsi oleh banyak orang pada saat ini. Hal ini dikarenakan mudah didapat, harga relatif murah, rasa yang enak dan penampilan yang menarik. Contoh makanan *junk food*, antara lain: *Pizza, fried chicken, burger* dan berbagai *soft drink* merupakan contoh *junk food* yang sangat populer, bahkan sudah menjadi santapan wajib sehari-hari bagi sebagian.
- h) Materi PTM dan pola gizi seimbang belum masuk dalam kurikulum yang digunakan di pendidikan dasar dan menengah saat ini. Selain itu, tenaga pendidik belum menyampaikan materi terkait PTM dan pola gizi seimbang karena dituntut untuk memenuhi jam pelajaran dari setiap mata pelajaran yang diampu.
- i) Sosialisasi yang diselenggarakan selama ini hanya terbatas pada beberapa siswa saja karena hanya perwakilan yang ditunjuk untuk mengikuti kegiatan tersebut dan para perwakilan siswa yang mengikuti sosialisasi jarang yang menyampaikan kembali materi yang diterima kepada teman lainnya.
- j) Aturan mengenai target jam pelajaran yang harus diperoleh setiap tenaga pengajar sehingga tidak sempat menjelaskan untuk materi tambahan lainnya.

- k) Disparitas fasilitas pendidikan di sekolah-sekolah antara Kabupaten/Kota.
- l) Adanya JKN, secara struktural promosi kesehatan sangat dibatasi dan pelayanan kesehatan diarahkan lebih pada kuratif.
- m) Hasil kajian di dalam workshop bersama stakeholder maupun laporan penelitian menunjukkan belum terkoordinasinya program pencegahan maupun promosi kesehatan untuk menekan lajunya PTM, padahal beberapa SKPD berpotensi untuk kerjasama dan mempunyai kontribusi cukup besar dalam menekan lajunya prevalensi PTM.
- n) Belum dikembangkannya kegiatan pencegahan dan promosi kesehatan yang komprehensif dan melibatkan stakeholder di luar dinas kesehatan



BAB V

REKOMENDASI PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN HIV-AIDS DAN PENYAKIT TIDAK MENULAR (PTM)

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (UUD NRI 1945) yang menjadi dasar hukum (*grondwet*) semua peraturan perundang-undangan yang ada di Indonesia yang secara hierarki peraturan perundang-undangan menempati posisi tertinggi (*lex superior*) mengamankan bahwa setiap orang berhak hidup sejahter lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan sebagaimana tertuang dalam Pasal 28H ayat (1) UUD NRI 1945 dan Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan umum yang layak sebagaimana tertuang dalam Pasal 34 ayat (3) UUD NRI 1945. Terdapat pelbagai kebijakan publik dalam bentuk regulasi pelaksana (*operational regulation*) sebagai bagian dari pendelegasian peraturan yang diamanahkan oleh UUD NRI 1945, diantaranya :

- a) Regulasi Pencegahan dan Pengendalian HIV-AIDS
 - 1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

- 2) Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 12 Tahun 2010 tentang Penanggulangan HIV-AIDS
 - 3) Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 37 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Penanggulangan HIV dan AIDS
 - 4) Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 39 Tahun 2012 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi
- b) Regulasi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM)
- 1) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
 - 2) Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2007 tentang Penataan Ruang
 - 3) Peraturan Pemerintah Nomor 109 Tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan yang Mengandung Zat Adiktif berupa Produk Tembakau bagi Kesehatan
 - 4) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2013 tentang Pencantuman Peringatan Kesehatan dan Informasi Kesehatan pada Kemasan Produk Tembakau
 - 5) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2013 tentang Pencantuman Informasi Kandungan Gula, Garam dan Lemak serta Pesan Kesehatan untuk Pangan Olahan dan Pangan Siap Saji
 - 6) Peraturan bersama antara Menteri Pendidikan dan Kebudayaan, Menteri Kesehatan, Menteri Agama dan Menteri Dalam Negeri Nomor 6/X/PB/2014, Nomor 73 Tahun 2014, Nomor 41 Tahun 2014 dan Nomor 81 Tahun 2014 tentang Pembinaan dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah / Madrasah

Kondisi ideal yang diamanahkan oleh Konstitusi (*lex superior*) dan peraturan perundangan-undangan di bawahnya (*lex inferior*) dalam implementasinya (*das sein*) tidak serta merta dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya (*dose sollen*), terdapat berbagai permasalahan yang dihadapi sebagaimana tertuang dalam bab gambaran umum dan permasalahan. Sehingga mendasari pada Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (UU Pemda) yang memberikan kewenang atributif kepada Daerah untuk menyelenggarakan urusan pemerintahan konkuren yang meliputi urusan pemerintahan wajib dan pilihan sebagaimana tertuang dalam Pasal 11 UU Pemda yang dalam hal ini Pemerintah Daerah diberikan kewenangan untuk menyelenggarakan urusan Pemerintahan Wajib yang berkaitan dengan Pelayanan Dasar di bidang Kesehatan sebagaimana tertuang dalam Lampiran UU Pemda, sebagai berikut :

- a) Fasilitas kesehatan yang penggunanya lintas provinsi, maka Kewenangan dalam Pengelolaan unsur manajemen (yang meliputi sarana dan prasarana, personil, bahan-bahan, metode kerja) dan kewenangan dalam penyelenggaraan fungsi manajemen (yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengoordinasian, penganggaran, pengawasan, penelitian dan pengembangan, standardisasi, dan pengelolaan informasi) menjadi kewenangan Pemerintah Pusat. Untuk hal tersebut, melekat menjadi kewenangan Pemerintah Pusat dan tidak lagi menjadi kewenangan Daerah provinsi atau Daerah kabupaten/kota.
- b) Fasilitas kesehatan yang penggunanya lintas kabupaten/kota atau milik provinsi ditetapkan menjadi kewenangan Provinsi. Untuk hal tersebut, Kewenangan dalam Pengelolaan unsur manajemen (yang meliputi sarana dan prasarana, personil,

bahan-bahan, metode kerja) dan kewenangan dalam penyelenggaraan fungsi manajemen (yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengoordinasian, penganggaran, pengawasan, penelitian dan pengembangan, standardisasi, dan pengelolaan informasi) menjadi kewenangan Daerah Provinsi, melekat menjadi kewenangan Daerah Provinsi dan tidak lagi menjadi kewenangan pusat atau Daerah kabupaten/kota.

- c) Fasilitas kesehatan yang penggunaannya dalam kabupaten/kota atau milik Daerah kabupaten/kota ditetapkan menjadi kewenangan kabupaten/kota. Untuk hal tersebut, Kewenangan dalam Pengelolaan unsur manajemen (yang meliputi sarana dan prasarana, personil, bahan-bahan, metode kerja) dan kewenangan dalam penyelenggaraan fungsi manajemen (yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengoordinasian, penganggaran, pengawasan, penelitian dan pengembangan, standardisasi, dan pengelolaan informasi) menjadi kewenangan Daerah Kabupaten/kota. melekat menjadi kewenangan Daerah kabupaten/kota dan tidak lagi menjadi kewenangan Pemerintah Pusat atau Daerah Provinsi.

Berdasarkan uraian tersebut di atas, perlu adanya perubahan regulasi dan pembentukan regulasi di tingkat Daerah dalam rangka mengisi kekosongan hukum (*rechtsvacuum*). Kebijakan yang kemudian bisa diturunkan menjadi program dan kegiatan untuk Pencegahan dan Perlindungan HIV-AIDS dan Penyakit Tidak Menular (PTM) di Daerah Istimewa Yogyakarta perlu disusun secara integral dari berbagai bidang. Kajian dari berbagai bidang ini kemudian akan dirumuskan menjadi kebijakan terpadu untuk mengatasi permasalahan kesejahteraan di D.I Yogyakarta. Beberapa bidang yang perlu dikaji terkait dengan isu Pencegahan dan Perlindungan HIV-AIDS dan Penyakit Tidak Menular (PTM) dalam rangka melindungi dan

meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Daerah Istimewa Yogyakarta.

5.1 Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS

5.1.1 Rekomendasi terkait Pemerintahan dan Kebijakan

a) Kajian dan pedoman Tata Laksana dan Hubungan Kerja antara Pemerintah Daerah, Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dengan Satuan Kerja Perangkat Daerah

Bila mencermati Tata Laksana dan Hubungan Kerja antara Pemerintah Daerah, Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi dengan Satuan Kerja Perangkat Daerah.

Tabel 1.

Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi

ASPEK	Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi (KPAP)
Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Presiden Nomor 75 Tahun 2006 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Nasional 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 20 Tahun 2007 tentang Pedoman Umum Pembentukan Komisi Penanggulangan AIDS dan Pemberdayaan Masyarakat dalam rangka Penanggulangan HIV dan AIDS di Daerah 3. Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 12 Tahun 2010 tentang Penanggulangan <i>Human Immunodeficiency Virus</i> (HIV) dan <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> (AIDS). 4. Peraturan Gubernur Nomor 39 Tahun 2012 tentang Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi DIY.
Kedudukan	KPAP merupakan organisasi non struktural yang melakukan upaya penanggulangan HIV dan AIDS di

	Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, yang bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta.
Tugas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyusun rencana strategis KPAP 2. Membantu perumusan penyusunan kebijakan, strategi, dan langkah-langkah yang diperlukan dalam rangka penanggulangan HIV dan AIDS sesuai kebijakan, strategi, dan pedoman yang ditetapkan oleh Komisi Penanggulangan AIDS Nasional 3. Menghimpun, menggerakkan, menyediakan, dan memanfaatkan sumber daya yang berasal dari pusat, daerah, masyarakat, dan bantuan luar negeri secara efektif dan efisien untuk kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS 4. Mengkoordinasikan pelaksanaan penanggulangan HIV dan AIDS di masing-masing instansi dan lembaga yang tergabung dalam keanggotaan KPAP 5. Mengadakan kerjasama regional penanggulangan HIV dan AIDS 6. Menghimpun dan menyebarluaskan data dan informasi yang berkaitan dengan HIV dan AIDS; 7. Memfasilitasi Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten/Kota 8. Mendorong terbentuknya lembaga swadaya masyarakat/kelompok peduli HIV dan AIDS; 9. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan penanggulangan HIV dan AIDS; 10. Menyampaikan laporan secara berkala dan berjenjang kepada Gubernur dan Komisi Penanggulangan AIDS Nasional.

Tabel 2.
Pemerintah Daerah

ASPEK	Pemerintah Daerah
Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah 2. Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 12 Tahun 2010 tentang Penanggulangan <i>Human Immunodeficiency Virus</i> (HIV) dan <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i> (AIDS)
Kedudukan	Gubernur mengoordinasikan Penanggulangan HIV-AIDS dan dapat mendelegasikan kepada pejabat yang ditunjuk
Tugas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan layanan serta akses komunikasi, informasi dan edukasi yang benar kepada masyarakat 2. Melakukan koordinasi lintas lembaga Pemerintah maupun dengan masyarakat 3. Menyediakan akses pelayanan yang berkesinambungan meliputi pencegahan, perawatan, pengobatan, rehabilitasi dan dukungan lain yang memadai bagi ODHA 4. Meningkatkan kuantitas dan kualitas tenaga kesehatan, konselor, dan komponen masyarakat dalam upaya penanggulangan yang memiliki kemampuan dan pengetahuan tentang HIV dan AIDS 5. Memfasilitasi pemeliharaan kesehatan ODHA melalui sistem jaminan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

	<p>6. Memfasilitasi pemeliharaan kesehatan OHIDHA melalui sistem jaminan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan</p> <p>7. Memfasilitasi terbentuknya sarana pelayanan konseling dan testing, perawatan, pengobatan, dan dukungan.</p>
--	---

Tabel 3.
Dinas Kesehatan DIY

ASPEK	Pemerintah Daerah
Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2012 tentang Keistimewaan Yogyakarta 2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah 3. Peraturan Daerah Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Nomor 12 Tahun 2010 tentang Penanggulangan <i>Human Immunodeficiency Virus</i> (HIV) dan <i>Acquired Immuno D efficiency Syndrome</i> (AIDS)
Kedudukan	Berkedudukan di bawah bertanggungjawab kepada Gubernur melalui sekretaris Daerah Provinsi
Tugas	<p>Dinas Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan urusan Pemerintah Daerah di bidang kesehatan dan kewenangan dekosentrasi serta tugas pembantuan yang diberikan oleh Pemerintah, dengan fungsi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyusunan program dan pengendalian bidang kesehatan 2. Perumusan kebijakan teknis bidang kesehatan 3. Pengendalian penyakit, pengelolaan survailan dan

	<p>kejadiin luar biasa, imunisasi serta pelaksanaan penyehatan lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pengelolaan keehatan dasar, rujukan khusus 5. Penyelenggaraan pelayanan informasi kesehatan 6. Pengelolaan kesehatan keluarga, gizi, promosi kesehatan dan kemitraan 7. Pengelolaan pembiayaan dan jaminan kesehatan 8. Pembinaan tenaga dan sarana kesehatan, farmasi, makanan, minuman dan alat kesehatan 9. Pengembangan obat dan upaya kesehatan tradisional 10. Pemberian fasilitas penyelenggaraan urusan kesehatan Kabupaten/Kota 11. Pelaksanaan pelayanan umum di bidang kesehatan 12. Pemberdayaan sumber daya mitra kerja urusan kesehatan 13. Pelaksanaan kegiatan ketatausahaan 14. Penyusunan laporan pelaksanaan tugas Dinas 15. Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Gubernur dengan fungsi dan tugasnya.
--	---

Tabel 4.

Biro Administrasi Kesejahteraan Rakyat dan Kemasyarakatan

ASPEK	Pemerintah Daerah
Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2012 tentang Keistimewaan Yogyakarta 2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah
Kedudukan	Berkedudukan di bawah dan bertanggungjawab kepada Gubernur melalui sekretaris Daerah Provinsi
Tugas	Biro Administrasi Kesejahteraan Rakyat dan

	<p>Kemasyarakatan mempunyai tugas menyiapkan bahan perumusan kebijakan dan mengoordinasikan bidang pendidikan, kesehatan, sosial, tenaga kerja, keluarga berencana, pemberdayaan perempuan dan masyarakat, serta fasilitasi kehidupan beragama, serta memiliki fungsi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyusunan program kerja 2. Penyiapan bahan kebijakan di bidang pendidikan, kesehatan, sosial, tenaga kerja, keluarga berencana, pemberdayaan perempuan dan masyarakat, serta fasilitasi kehidupan beragama. 3. Penyiapan bahan koordinasi perumusan kebijakan di bidang pendidikan, kesehatan, sosial, tenaga kerja, keluarga berencana, pemberdayaan perempuan dan masyarakat, serta fasilitasi kehidupan beragama 4. Fasilitasi kehidupan beragama 5. Pelaksanaan pemantauan dan pengevaluasian pelaksanaan kebijakan di bidang pendidikan, kesehatan, sosial, tenaga kerja, keluarga berencana, pemberdayaan perempuan dan masyarakat, serta fasilitasi kehidupan beragama. 6. Penyusunan laporan pelaksanaan tugas Biro 7. Pelaksanaan kegiatan ketatausahaan
--	---

Implikasi tidak berfungsinya Instansi Pemerintah, baik pada level pusat dan daerah dalam menangani persoalan kesehatan di bidang kesehatan, secara khusus yang berhubungan dengan HIV memunculkan kelembagaan baru dalam bentuk komisi penanggulangan AIDS. Adapun yang menjadi *ratio legis* dibentuknya komisi tersebut antara lain :

pertama, bahwa dalam rangka meningkatkan upaya pencegahan, pengendalian dan penanggulangan AIDS perlu dilakukan langkah-langkah strategis untuk menjaga kelangsungan penanggulangan AIDS dan menghindari dampak yang lebih besar di bidang kesehatan, sosial, politik dan ekonomi. **Kedua**, bahwa dalam rangka meningkatkan efektivitas koordinasi penanggulangan AIDS sehingga lebih intensif, menyeluruh dan terpadu, dipandang perlu menyempurnakan tugas dan fungsi serta keanggotaan Komisi Penanggulangan Aids. Mencermati uraian tersebut di atas, berdasarkan kajian yang dilakukan oleh LAN (Lembaga Administrasi Negara) terhadap Komisi Penanggulangan AIDS yang merupakan Lembaga Ekstra Struktural (LES) yang diklasifikasikan secara hierarki, fungsi dan lapis. Komisi Penanggulangan AIDS berdasarkan Hierarki terdapat di Pemerintah Pusat dan Daerah, secara fungsi Komisi Penanggulangan AIDS berada di ranah eksekutif dan secara lapis keberadaannya campuran dalam *primary* (lembaga pelaksana) maupun *auxiliary (advisory)* berfungsi sebagai lembaga pemberi nasihat atau perumus kebijakan dalam rangka penanggulangan HIV-AIDS.

Berdasarkan usulan yang diajukan oleh Lembaga Administrasi Negara (LAN) terdapat beberapa isu utama, yang terdiri dari :

1. Berkaitan dengan definisi Lembaga Ekstra Struktural (LES) yang menggunakan pendekatan terhadap tugas pokok dan fungsi, kedudukan, keanggotaan, kesekretariatan, potensi *overlap* dan masa kerja LES, juga pola hubungan LES. Dalam prakteknya, LES direfleksikan sebagai lembaga yang dibentuk dalam rangka penyelenggaraan pemerintahan negara, baik di tingkat pusat dan daerah. Keberadaan LES tersebut bisa berada dalam lapis *primary* dan *auxiliary* atau gabungan keduanya. Khusus dalam lapis *auxiliary*, LES dibagi menjadi dua fungsi : *advisory* dan *coordinative* ataupun campuran.

2. Pola hubungan antara LES dengan berbagai organ pemerintahan secara horizontal pada tingkatan Pemerintahan, baik pusat maupun daerah
3. Pertumbuhan LES menyerap sangat banyak sumber daya dan berdampak pada kinerja buruk

Mencermati hal tersebut di atas, bila dikaitkan dengan implementasinya menimbulkan persoalan, terkhusus Komisi Penanggulangan Aids Daerah yang berkaitan dengan pola hubungan dengan berbagai organ pemerintahan pada tingkatan daerah baik dengan Pemerintah Daerah itu sendiri maupun dengan instansi vertikal di bawahnya yang meliputi satuan kerja perangkat Daerah. Sehingga mendasari kedudukan Komisi Penanggulangan Aids yang mana sebagai (lembaga pelaksana/*primary*) maupun *auxiliary (advisory)* yang berfungsi sebagai lembaga pemberi nasihat atau perumus kebijakan dalam rangka penanggulangan Aids semakin memperjelas tugas pokok dan fungsinya dalam menjalankan kewenangannya, sehingga dengan demikian perlu adanya pola koordinasi yang baik dengan organ pemerintah di level Daerah dalam melakukan koordinasi program dan kegiatan penanggulangan HIV-AIDS.

5.1.2 Rekomendasi Bidang Pendidikan

- a) Pengembangan materi HIV dan AIDS dan Bahaya Penyalahgunaan Narkoba yang dilaksanakan bersama antara Dinas Pendidikan Dasar dan Menengah, Perguruan Tinggi, Badan Narkotika Provinsi, Direktorat Narkoba Polda DIY, Komisi Penanggulangan AIDS Provinsi, dan Dinas Kesehatan
- b) Mengembangkan berbagai kegiatan untuk menyalurkan minat dan bakat siswa dan pemuda, termasuk perluasan penyediaan lapangan pekerjaan

- c) Meningkatkan kapasitas dan kompetensi guru untuk memberikan materi terkait HIV/AIDS dan Narkoba
- d) Meningkatkan pemahaman masyarakat terkait HIV/AIDS dan Narkoba melalui seminar dan acara ilmiah lainnya, juga melalui kegiatan di masyarakat

5.1.3 Rekomendasi Bidang Sosial

- a) Semua layanan kesehatan yang ramah terhadap semua populasi kunci agar populasi kunci mudah dan bersedia akses untuk tes
- b) Penguatan keluarga dan teman sebaya dan jaringan sosial agar terhindar dari risiko terinfeksi HIV

5.1.4 Rekomendasi Bidang Promosi Kesehatan

Rekomendasi dari bidang promosi kesehatan adalah perlunya peningkatan dan penguatan program promosi kesehatan dan pencegahan di semua lini dan perlunya peningkatan kerjasama dan keterlibatan lintas sektor.

Contoh kegiatan promosi kesehatan multilevel untuk pengendalian HIV/AIDS

Tingkatan kegiatan promosi kesehatan	Detail kegiatan
1 Profesi kesehatan → individu dan kelompok kecil	<ul style="list-style-type: none"> • Seluruh profesi kesehatan bertanya dan melakukan edukasi tentang kesehatan reproduksi/kespro • Profesi kesehatan juga datang ke Posyandu dan Posbindu secara teratur untuk edukasi terkait dengan kespro → kespro dimasukkan ke Posbindu (edukasi aktivitas seksual sehat dan aman, asertivitas pasangan untuk seks yang sehat)

	<ul style="list-style-type: none"> • Profesi kesehatan diharapkan juga bisa hadir atau bekerjasama dengan profesi kesehatan lainnya di Posbindu yang akan diusulkan dibuka juga di tempat kerja
2 KIE- komunikasi informasi edukasi → pendekatan kelompok dan massa	<ul style="list-style-type: none"> • Pesan kespro dengan optimal → dianggarkan, kerja sama dengan swasta dan media massa, dibuat menarik • Kerjasama lintas sektor (diknas), untuk integrasi materi kespro ke dalam kurikulum → tidak perlu diperdebatkan lagi • Pesan untuk merencanakan perkawinan sebaik-baiknya (Dinkes kerjasama dengan BKKBN, BP4, gereja dsb) → materi kespro masuk dalam edukasi sebelum perkawinan • Penggunaan media sosial (facebook, twitter), SMS, dan website untuk kampanye kespro, billboard & media pandang dengar (di Yogyakarta mulai marak) • Edukasi untuk seleksi sumber informasi yang benar • Kampanye kespro dan pencegahan HIV/AIDS tempat kerja, tempat umum, kantor, mall, tempat olah raga, ABRI dan kepolisian
3 Pemasaran sosial → pendekatan massa dan kelompok	<ul style="list-style-type: none"> • Kerjasama dengan swasta dan media untuk pengembangan kampanye kespro dan pencegahan HIV/AIDS dengan pendekatan pemasaran • Pembuatan iklan yang menarik dengan media elektronik, cetak, luar ruang, penyediaan brosur, leaflet • Bila perlu dikembangkan model “penjualan pesan perorangan” meniru SPG/sales promotion girl di tempat umum, penyedia transportasi
4 Insentif → pendekatan individu dan organisasi	<ul style="list-style-type: none"> • Penghargaan untuk tempat kerja/Pelayanan kesehatan / tempat umum yang dapat menyediakan layanan konsultasi kespro dan pencegahan HIV/AIDS • Penghargaan bagi tokoh masyarakat/kader yang dapat membuat kelompok masyarakat sadar kespro dan HIV/AIDS
5 Restriksi → pendekatan individu dan organisasi	<ul style="list-style-type: none"> • Sebelum naik pangkat ditest HIV • Bila akan mengurus surat di kelurahan agar membawa surat keterangan telah pernah VCT • Sekolah /kantor/perusahaan/pelayanan kesehatan harus menyediakan layanan konsultasi

	kespro
6 Pemberdayaan masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • Dibentuk masyarakat (kelurahan, RW dsb) sadar kespro • Pemberdayaan laki-laki peduli kesehatan
7 Kebijakan dan peraturan	<ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan untuk tempat kerja agar memberlakukan VCT dan mengadakan edukasi+konseling kespro+HIV/AIDS • Kebijakan penutupan lokalisasi perlu ditinjau kembali • Peraturan untuk VCT bagi tenaga kerja yang pergi ke LN dan datang ke Indonesia • Peraturan untuk kewajiban VCT bagi pegawai/ABRI yang akan naik pangkat

5.1.5 Rekomendasi dalam Program dan Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian HIV-AIDS

- a) Perlunya dilakukan evaluasi menyeluruh semua hasil kegiatan yang sudah dan sedang berjalan, misal hasil kegiatan Tes HIV, Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB), *Strategic Use of ARV* (SUFA), dan lain-lain.
- b) Perlunya peningkatan jumlah dan kualitas kegiatan surveilans aktif sesuai angka estimasi jumlah populasi kunci dan menggunakan data tersebut sebagai dasar perencanaan program dan kegiatan untuk tahun berikutnya.
- c) Perlunya meningkatkan jumlah dan kualitas program dan kegiatan penjangkauan, antara lain dengan menambah kegiatan konseling bergerak (*mobile VCT*) yang dikoordinasi oleh Dinas Kesehatan dan dilakukan oleh sebanyak-banyaknya Puskesmas. Kegiatan ini dapat dilakukan di hotspot dan LSM peduli HIV, dan di tempat-tempat yang berisiko, misal tempat SPA, Karaoke, dan lain-

lain, termasuk sekolah dan kampus. Perlunya menambah jumlah penjangkau dan konselor untuk memenuhi rasio jumlah populasi kunci dan penjangkau. Selain itu perlu dilakukan peningkatan kualitas penjangkauan dengan program penjangkauan komprehensif dimana penjangkau memiliki kemampuan untuk menjangkau dengan lebih baik hingga pendampingan sampai klien patuh. Hal ini adalah untuk mendapatkan sebanyak mungkin jumlah orang dari populasi kunci yang melakukan tes HIV (target 90%). Termasuk disini adalah untuk meningkatkan kegiatan konseling pasangan dan tes HIV diinisiasi petugas (KTIP) pada ibu hamil, pasien Tuberkulosis, pasien IMS dan populasi risiko lain.

- d) Perlu peningkatan akses Terapi *Antiretroviral* supaya semakin tinggi cakupan orang yang mendapatkan terapi *antiretroviral*. Hal ini dapat dilakukan dengan cara mendekatkan layanan konseling dengan layanan terapi, misal menyederhanakan prosedur untuk memulai terapi antiretroviral dan melatih puskesmas untuk dapat memulai dan memonitor terapi *antiretroviral*. Selain itu perlu dikaji kemungkinan untuk LSM menjadi lokasi tes dan penyediaan obat ARV (*dispensing*).
- e) Perlunya peningkatan angka kepatuhan terapi *antiretroviral*. Saat ini Kementerian Kesehatan sudah menjalankan program SUFA, yaitu memberikan obat kombinasi tetap (*fixed dose combination*) yang diminum 1 kali sehari terutama untuk populasi kunci. Selain itu perlu dikaji kemungkinan untuk melakukan pemberian ARV untuk tiga bulan per pasien agar tidak merepotkan pasien mengambil setiap bulan. Lebih jauh perlu adanya sistem

pendukung (baik dari keluarga, tetangga, teman sebaya) agar kepatuhan pasien lebih tinggi. Juga perlu dipikirkan adanya Manajemen Kasus Kepatuhan.

- f) Perlunya dilakukan penelitian-penelitian yang dapat memperbaiki program dan kegiatan penanggulangan HIV dan AIDS.

5.2 Pencegahan dan Perlindungan Penyakit Tidak Menular (PTM)

Kebijakan yang menjadi aras kebijakan dalam kajian ini, adalah berkenaan dengan kebijakan sosial (*social policy*) yang saling berjaln kelindan satu sama lain menjadi sebuah kebijakan yang saling berintegrasi satu sama lain, yang meliputi pembagian, pembiayaan dan regulasi yang berkenaan tentang : kebijakan di bidang kesehatan (*health policy*), pelayanan sosial (*social services*), pendidikan (*education*), urusan perumahan dan tata ruang (*housing and urban affairs*). terdapat beberapa indikator yang menjadi fokus kajian dalam kebijakan ini, diantaranya :

- a) Kebijakan di bidang Kesehatan (*health policy*)
- b) Pelayanan Sosial (*social services*)
- c) Pendidikan (*education*)
- d) *Housing and urban affairs*

5.2.1 Ruang Terbuka Sehat

Kebutuhan ruang terbuka sehat bagi penduduk DIY sudah sangat urgen terutama di daerah yang tegolong urban. Melalui ruang terbuka sehat, kebutuhan olahraga yang murah (jogging, jalan kaki, bersepeda, dan permainan motoric lainnya) dapat terpenuhi. Saat ini, ruang terbuka sehat hanya tersedia dengan menggunakan fasilitas sekolah dan perguruan tinggi yang jumlahnya juga sangat terbatas. Setiap hari, tempat-tempat seperti ini selalu penuh sesak. Yogyakarta perlu

mengembangkan taman-taman yang bebas polusi, yang warganya, mulai dari balita hingga lansia bebas melakukan olah raga dan aktivitas fisik sehat yang murah/gratis.

Kerjasama antara dinas-dinas Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat, utamanya Bina Marga ; Perhubungan dan Transportasi (utamanya DLLAJR), serta Dinas Tata Kota dan Pertamanan (masuk PU) sangat diperlukan. Kebijakan-kebijakan seperti pembersihan dan pelarangan daerah aliran sungai dari dan sebagai tempat pemukiman dan pembuatan trotoar-trotoar yang aman bagi pejalan kaki dan sebagai “*jogging track*” sangat diperlukan bagi pencegahan penyakit tidak menular yang faktor resiko diantaranya adalah kurang aktivitas fisik/olah raga dan merokok.

Bagi mereka yang kurang mempunyai waktu untuk melakukan olahraga, keadaan jalan dan lingkungan juga tidak mengijinkan mereka untuk melakukan aktivitas fisik. Masyarakat lebih suka menggunakan kendaraan pribadi ketika bepergian daripada menggunakan transport umum. Hal tersebut karena transport umum di Yogyakarta tidak dapat diandalkan, sehingga mengharapkan orang untuk sekedar melakukan aktivitas fisik sambil bekerja (bersepeda) dan menggunakan transport umum ketika bekerja untuk mengurangi kepadatan lalu lintas dan sekedar melakukan aktivitas fisik tidak mungkin terjadi. Penyebabnya adalah jalan-jalan di Yogya terlalu padat, tidak aman, tidak ada transport umum yang memadai, dan harga kredit sepeda motor sangat murah.

Kebijakan untuk menyediakan dana bagi pembuatan jalan-jalan yang aman, transport umum yang memadai, dan kebijakan pembatasan kendaraan bermotor (terutama sepeda

motor) sangat diperlukan. Dengan menyediakan fasilitas murah dan dapat diandalkan untuk transport umum, maka kebutuhan penduduk untuk menggunakan kendaraan pribadi akan sangat berkurang. Diharapkan orang kemudian melakukan aktivitas fisik untuk berjalan sampai ke halte bis setiap harinya, atau bekerja dengan menggunakan sepeda. Banyaknya fasilitas transport umum yang memadai dan dapat diandalkan dapat mengalihkan kebutuhan akan kendaraan pribadi ke kendaraan umum. Hal ini tidak saja membatasi polusi udara karena asap kendaraan, tetapi juga membuat penduduk melakukan aktivitas jalan kaki menuju halte-halte bus dan tempat berkumpul umum.

Panasnya udara di Yogyakarta barangkali menyebabkan orang tidak menyukai jalan kaki untuk mencapai tempat dan transport umum. Panas udara dapat dikurangi dengan pembatasan jumlah kendaraan bermotor dan memperbanyak taman-taman yang dapat digunakan sebagai jantung kota. Oleh karena itu, perbaikan transport umum yang dapat mengurangi jumlah pengguna kendaraan juga perlu diimbangi dengan pembuatan taman-taman kota.

Taman-taman kota tidak hanya akan mengurangi polusi udara serta menjadi paru-paru kota, tetapi juga dapat berfungsi sebagai taman bermain keluarga, sehingga kegiatan keluarga tidak harus diarahkan pada kegiatan konsumtif saja. Taman juga dapat menjadi "*meeting point*" bagi kegiatan masyarakat seperti senam bersama, lomba-lomba, tempat pemberian informasi, dan juga ajang ekspresi seni dan budaya penduduk. Dengan demikian, kegiatan individu dan keluarga mendapat tempat untuk berkembang.

Berdasarkan rekomendasi tersebut bila dihadapkan pada fakta yang ada berkaitan dengan penyediaan ruang terbuka sehat diperlukan adanya kebijakan yang mengatur mengenai pengendalian pemanfaatan ruang. adapun yang menjadi dasar adalah Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2007 tentang Penataan Ruang, Peraturan Pemerintah Nomor 15 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Penataan Ruang Peraturan Menteri Pekerjaan Umum Nomor 15/PRT/M/2009 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Tata Ruang Wilayah Provinsi, ditetapkan bahwa Ruang Terbuka Hijau (RTH) Publik dan RTH Privat aling sedikit 30 % dari luas wilayah, yang mana RTH Publik paling sedikit 20 % dari luas wilayah yang dapat meliputi kawasan hijau pertamanan, kawasan hijau hutan kota, kawasan hijau rekreasi, dan kawasan hijau kegiatan olahraga, sehingga dengan demikian perlu disusun kebijakan pengendalian pemanfaatan ruang, sebagai berikut :

1. Pengendalian Pemanfaatan Ruang

- a) Peraturan Zonasi

Ketentuan yang mengatur mengenai tentang persyaratan pemanfaatan ruang dan ketentuan pengendaliannya dan disusun untuk setiap blok/zona peruntukan yang penetapan zonanya dalam rencana rinci tata ruang. penetapan peraturan Zonasi, meliputi:

- 1) Dinas Daerah dan Dinas Kabupaten/Kota menyusun materi teknis dan naskah akademik peraturan zonasi pada kawasan sesuai kewenangan
 - 2) Pemerintah Kabupaten/Kota menyusun Peraturan Daerah tentang Peraturan Zonasi

3) Peraturan Zonasi menjadi bagian dari Rencana Detail Tata Ruang

b) Perijinan

Izin yang dipersyaratkan dalam kegiatan pemanfaatan ruang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, Perijinan melalui :

1) Badan Koordinasi Penataan Ruang Daerah (BKPRD) DIY terhadap izin pemanfaatan ruang DIY

2) Badan Koordinasi Penataan Ruang Daerah (BKPRD) Kabupaten/Kota terhadap izin pemanfaatan ruang Kabupaten/Kota.

c) Insentif dan Disinsentif, perlu adanya pemberian Insentif maupun disinsentif baik kepada Pemerintah Daerah DIY/Kab/Kota dan Masyarakat yang telah melaksanakan ketentuan dalam pemanfaatan ruang.

d) Pengenaan Sanksi

Perlu adanya sanksi bagi adanya pelanggaran terhadap ketentuan pemanfaatan ruang.

2. Penyelenggaraan pengendalian Pemanfaatan Ruang

a) Kelembagaan dan Suber Daya Manusia

1) Bimbingan Teknis BKPRD Kabupaten/Kota

2) Pelatihan pengelolaan ruang dan pengendalian pemanfaatan ruang bagi perangkat desa/kelurahan dan Badan Permusyawaratan Desa (BPD);

3) Pembentukan dan pembinaan organisasi mitra tata ruang di level desa/kelurahan;

4) Pelatihan pengelolaan dan pengendalian penataan ruang di satuan-satuan ruang

- keistimewaan sesuai peraturan perundang-undangan;
- 5) Rekrutmen Satuan Tugas pengendalian pemanfaatan ruang;
 - 6) *Workshop* pengarusutamaan bagi para Aparatur Pemerintah Daerah dan Pemerintah Kabupaten/Kota tentang penataan ruang;
 - 7) *Workshop* bagi para anggota legislatif tentang tata ruang;
 - 8) Bimbingan teknis pengendalian pemanfaatan ruang pada Sumber Daya Manusia Tata Ruang Kabupaten/Kota;
 - 9) *Workshop* penguatan kapasitas Sumber Daya Manusia BKPRD Kabupaten/Kota; dan
 - 10) Pembentukan dan penguatan PPNS Penataan Ruang pada masing – masing Kabupaten/Kota
- b) Pembentukan peraturan Perundang-undangan Pemerintah Kabupaten/Kota menyusun naskah akademik Rancangan Peraturan Daerah Rencana Detail Tata Ruang dan Peraturan Zonasi
- c) Instrumen pengendalian
- 1) Pemerintah Daerah dan Pemerintah Kabupaten/Kota menyediakan instrumen pengendalian pemanfaatan ruang sesuai kewenangan Pelaksanaan
 - 2) Penyediaan instrumen pengendalian pemanfaatan ruang melalui kajian, penyusunan naskah akademik sampai dengan penyusunan dan penetapan instrumen

- 3) Penyediaan instrumen pengendalian ruang melibatkan pihak-pihak terkait (*stakeholder*)
- d) Pelaksanaan
Pemerintah Daerah dan Pemerintah Kabupaten/Kota melaksanakan pengendalian pemanfaatan ruang
3. Pendanaan
 - a) Pelaksanaan Pengendalian Pemanfaatan Ruang bersumber dari APBD direncanakan, disusun dan dilaksanakan berdasarkan mekanisme APBD
 - b) Pendanaan pengendalian pemanfaatan ruang yang bersumber dari luar APBD dipertanggungjawabkan sebagai bagian tak terpisahkan dari mekanisme APBD
4. Pemantauan dan Evaluasi
Gubernur melaksanakan pemantauan dan evaluasi terhadap pelaksanaan pengendalian pemanfaatan ruang.

5.2.2 Makanan Sehat

Makanan sehat merupakan cara yang baik Makanan sehat merupakan cara yang sangat baik untuk pencegahan faktor resiko penyakit tidak menular kronis. Seperti diketahui, kebiasaan mengkonsumsi makanan tinggi lemak, garam dan gula serta tingginya konsumsi makanan yang diawetkan; ditambah kurangnya konsumsi makanan berserat memperbesar kemungkinan seseorang menderita PTM. Walaupun merupakan pilihan individu, pemerintah seharusnya menjamin bahwa makanan yang dikonsumsi penduduknya adalah makanan sehat dan berkualitas. Oleh karena itu agar makanan yang dijual adalah dari sumber makanan yang baik serta diolah dan disimpan secara baik; maka perlu adanya pengawasan dan penegakan peraturan yang lebih baik bagi bahan makanan dan makanan-makanan yang dijual di semua

tatanan (sekolah, kaki lima, restoran umum, *fast food* dan penjual makanan olahan). BPOM tentunya telah mempunyai program untuk penjaminan mutu makanan ini, namun pelaksanaan dari program tersebut perlu ditingkatkan dan secara serius ditangani.

Selain itu, agar ketersediaan sayuran hijau dan berserat dalam tingkat keluarga terpenuhi dan terutama juga menjadikan makan sayur dan buah sebagai kebutuhan, maka pemanfaatan lahan kosong dengan menanam sayuran perlu digalakkan. Tidak hanya di rumah, sekolah dapat juga menjadi basis bagi gerakan makanan sehat ini dengan mewajibkan semua murid-muridnya untuk menanam sayuran di sekolah, dan juga menanam buah di rumah.

Oleh karena itu, kerjasama Dinas Pertanian, Ketahanan Pangan, BPOM, Dinas Kesehatan dan Dinas Pendidikan sangat diperlukan. Dinas pertanian dan ketahanan pangan hendaknya memastikan penyediaan bibit sayuran dan buah untuk keluarga dapat dijual dengan murah, memastikan bahwa ada penyuluh pertanian bagi usaha keluarga dan pertanian skala besar; serta melakukan inspeksi bagi bahan makanan dan sayuran yang dijual di Yogyakarta atau yang masuk ke Yogyakarta. BPOM dapat melakukan pengawasan bagi makanan-makanan yang dijual; sedang Dinas Pendidikan dapat mengharuskan seluruh muridnya untuk menanam sayuran dan buah yang disesuaikan dengan lahan sekolah. Sekolah dapat juga melakukan pengawasan pada makanan-makanan yang dijual di sekitar sekolah, agar makanan-makanan yang dikonsumsi murid-muridnya terjamin kualitasnya.

5.2.3 *Cross cutting issues* atau isu-isu lintas sektor

Ada tiga hal *issue* lintas sector yang ingin diajukan dalam kajian ini yaitu tersedianya lingkungan yang mendukung program P2PTM, penguatan *surveillance*, dan tersedianya wadah bagi pendidikan kesehatan masyarakat. Lingkungan masyarakat hendaknya dikembangkan bagi program pengendalian dan pengurangan penyebaran PTM. Di tingkat individu dan keluarga, misalnya, pengurangan faktor resiko seperti memakan makanan tinggi serat dan mengurangi lemak serta mengurangi gula dan garam; pembiasaan olah raga/ aktivitas fisik secara teratur; tidak merokok/ terkena asap rokok; dan tidak minum alkohol dapat dicapai dengan pembiasaan budaya sehat. Budaya sehat ini dapat diperkenalkan di sekolah-sekolah maupun di masyarakat. Di sekolah, jam olah raga perlu ditambah; aktivitas fisik seperti menari dan memainkan instrumen local/gamelan perlu diwajibkan bagi seluruh murid (selain untuk aktivitas fisik, menari dan memainkan gamelan juga merupakan wujud pelestarian budaya); sekolah harus merupakan kawasan tanpa rokok (KTR); serta jajanan sekolah harus dijamin kebersihan dan kualitasnya. Untuk pembiasaan makanan sehat dan pembiasaan makan sayur dan buah, pengenalan perlu dilakukan dengan usaha penanaman sayur di sekolah dan penanaman buah di rumah.



BAB VI PENUTUP

Berdasarkan uraian yang telah disebutkan dalam bab-bab sebelumnya, maka dari itu diperoleh kesimpulan sebagai berikut, diantaranya :

1. Pencegahan dan Perlindungan HIV-AIDS
 - a) Rekomendasi terkait Pemerintahan dan Kebijakan
 - b) Rekomendasi bidang Pendidikan
 - c) Rekomendasi bidang Sosial
 - d) Rekomendasi bidang promosi kesehatan
 - e) Rekomendasi dalam program dan kegiatan pencegahan dan pengendalian HIV-AIDS.

2. Pencegahan dan Perlindungan Penyakit Tidak Menular (PTM)

Undang-Undang Kesehatan menyatakan bahwa setiap orang berhak atas kesehatan (Pasal 4). Demikian juga setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan, memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya (Pasal 5). Lebih lanjut setiap orang berhak mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat kesehatan (Pasal 6). Dalam upaya itu, Pemerintah Daerah memiliki kewajiban dalam mewujudkan hak-hak masyarakat melalui kebijakan yang dibuat.

Dasar penyusunan kebijakan adalah wewenang yang dimiliki daerah. Salah satu urusan pemerintahan yang menjadi wewenang daerah (provinsi, kabupaten/kota) adalah urusan kesehatan, Dalam bidang kesehatan, pemerintah provinsi memiliki wewenang yang meliputi;

- 1) Pengelolaan UKP rujukan tingkat Daerah provinsi/lintas Daerah kabupaten/kota, pengelolaan UKM Daerah provinsi dan rujukan tingkat Daerah provinsi/lintas Daerah kabupaten/kota, penerbitan izin rumah sakit kelas B dan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat Daerah provinsi.
- 2) Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan, yang meliputi perencanaan dan pengembangan SDM kesehatan untuk UKM dan UKP Daerah provinsi.
- 3) Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan Minuman yang meliputi penerbitan pengakuan pedagang besar farmasi (PBF) cabang dan cabang penyalur alat kesehatan (PAK) dan Penerbitan izin usaha kecil obat tradisional (UKOT).
- 4) Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan yang meliputi pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan melalui tokoh provinsi, kelompok masyarakat, organisasi swadaya masyarakat dan dunia usaha tingkat provinsi.

Mendasarkan pada wewenang tersebut maka daerah memiliki tanggung jawab untuk menyelenggarakan upaya kesehatan baik melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Upaya melakukan tindakan preventif terhadap Faktor resiko sebagai penyebab timbulnya penyakit menjadi sangat penting. Dalam upaya preventif terhadap timbulnya Penyakit Tidak Menular harus dilakukan secara terpadu, baik dari sisi masyarakat maupun pemerintah sebagai pembuat kebijakan. Kurangnya kesadaran masyarakat untuk hidup sehat merupakan permasalahan utama. salah satu factor resiko. Kurangnya aktifitas fisik menjadi salah satu factor resiko. Namun demikian aktifitas

phsik membutuhkan suatu lingkungan yang sehat. Lingkungan yang sehat dapat diperoleh melalui penataan ruang dan pemenuhan Ruang Terbuka Hijau, Penataan ruang dilakukan terutama memantapkan fungsi lindung kawasan cagar alam, taman hutan raya dan kawasan cagar budaya.

Menurut UU No. 26 Tahun 2007 Tentang Penataan Ruang, ditetapkan bahwa Ruang Terbuka Hijau (RTH) yang meliputi RTH Publik dan RTH Privat paling sedikit 30 % dari luas wilayah, di mana RTH Publik paling sedikit 20 % dari luas wilayah, yang dapat meliputi kawasan hijau pertamanan. Kawasan Hijau hutan kota, Kawasan hijau rekreasi, dan Kawasan hijau kegiatan olahraga. Dalam upaya mewujudkan lingkungan yang sehat dan tertata ini pula, perlu didukung oleh kebijakan pemerintahan tingkat kabupaten dan kota dalam bentuk penyusunan rencana tata bangun dan lingkungan (RTBL) yang memberikan suasana rekreatif terhadap warga dan lingkungan yang sehat. RTBL diwujudkan pada kawasan-kawasan di Kabupaten/Kota yang mampu memberikan upaya preventif terjadinya faktor resiko PTM. Perwujudan Ruang terbuka hijau sebagai paru-paru kota perlu diimbangi dengan upaya mengurangi polutan yang berasal dari asap kendaraan bermotor. Dinas Perhubungan melalui DLLAJR perlu melakukan tindakan tegas terhadap kendaraan umum yang emisi gas buangnya melebihi ambang batas. Sanksi bisa diberikan dalam bentuk pencabutan ijin trayek apabila sudah 3 (tiga) kali melakukan pelanggaran. Faktor resiko yang menyebabkan PTM, khususnya hipertensi, kanker dan Diabetis Melitus adalah gaya hidup yang terkait dengan pola makan. Makanan yang mengandung bahan pengawet serta atau mengandung bahan-bahan berbahaya pemilihan makanan yang kurang serat dan tinggi lemak; atau juga bahan makanan dan pertanian yang kurang berkualitas menjadi pemicu utama. Makanan ini bisa berasal dari fabrikasi dan juga dari industri rumahan. Oleh sebab itu pengawasan dalam proses pembuatan dan distribusi merupakan

upaya yang penting untuk dilakukan. Untuk itu koordinasi antar Dinas seperti Dinas Kesehatan dengan Dinas Perindag dan Dinas Koperasi, Usaha Mikro dan menengah, BPOM dan/atau dengan Lembaga Teknis daerah perlu dilakukan. Upaya mengkonsumsi makanan sehat perlu dimulai di lingkungan pemerintah daerah sebagai pembuat kebijakan. Hal ini dapat dimulai misalnya dalam rapat-rapat dengan memberikan konsumsi yang bebas dari kandungan lemak jenuh, mengandung bahan pengawet, memiliki kandungan tinggi serat, yang banyak ditemukan di wilayah DIY

Penganggulan PTM harus dilakukan secara komprehensif dengan melibatkan berbagai pemangku kepentingan. Beberapa rekomendasi yang bisa diberikan untuk Pencegahan dan Pengendalian PTM, adalah:

- 1) Ruang Terbuka Sehat yang bertujuan meningkatkan olah raga dan aktivitas fisik bagi warga dengan kegiatan:
 - a) *Road safety*
 - b) Penyediaan trotoar untuk pejalan kaki sebanyak banyaknya
 - c) Peningkatan transportasi publik yang aman dan nyaman
 - d) Peningkatan fasilitas olah raga dan tempat bermain umum
 - e) Penambahan taman kota
 - f) Penyediaan air bersih dan sehat
- 2) Makanan sehat yang bertujuan Tersedianya makanan sehat baik di rumah maupun di tempat publik dengan kegiatan:
 - a) Memperbanyak taman sayur dan buah di rumah dan sekolah
 - b) Menjamin makanan yang dijual adalah dari sumber yang baik dan diolah serta disimpan secara baik (*enforcement* untuk inspeksi makanan pada semua tatanan (sekolah, restoran umum, *fast food* dan penjual makanan olahan)
 - c) Peningkatan pengetahuan masyarakat tentang aturan maksimal jumlah gula dan garam yang boleh dikonsumsi

- d) Pengawasan warung-warung makan
 - e) Perlunya dibuat RANTAI MAKANAN SEHAT mulai dari petani sampai meja makan. Penekanan pada pengaturan warung makan, restoran, katering sehat dengan pengurangan garam dan gula sampai level tertentu pada makanan yang disajikan untuk umum
 - f) Pajak daerah yang tinggi untuk penjualan makanan olahan
- 3) *Cross-cutting issues* yang bertujuan tersedia-nya lingkungan yang mendukung program P2PTM, Penguatan *surveilans* dan tersedianya wadah bagi pendidikan kesehatan masyarakat. Hal ini dilakukan dengan:
- a) Peningkatan jumlah jam Olah Raga dan aktivitas fisik di sekolah, termasuk menari
 - (1) Penanaman tanaman sayur di sekolah
 - (2) Penguatan *surveilans*
 - (3) Penambahan jumlah posbindu di sebanyak-banyaknya lokasi: kantor, sekolah dan ruang public misal pasar
 - (4) Pembuatan KAWASAN SEHAT (Termasuk Kawasan Tanpa Rokok)
 - (5) Penyelenggaraan kelas-kelas “pendidikan budaya sehat” atau “kelas kesehatan”

Upaya dalam mencapai tujuan di atas harus melibatkan dinas-dinas terkait seperti Dinas Pendidikan, Pemuda dan Olah Raga, Dinas Kesehatan, Dinas Perhubungan, Dinas Kesehatan, Dinas Perindustrian dan Perdagangan, Badan Lingkungan Hidup, Badan Ketahanan Pangan dan Penyuluhan serta badan-badan terkait lainnya yang secara yuridis telah diatur dalam Perdais No. 3 Tahun 2015 tentang Kelembagaan Pemerintahan Daerah DIY. Koordinasi antar lembaga-lembaga daerah menjadi penting untuk dilakukan

Terkait dengan agenda pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM), mengingat di wilayah Pemda DIY belum ada ketersediaan regulasi

dan instrumen pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) maka perlu disusun regulasi dalam level peraturan daerah berkenaan dengan pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM).

Kebutuhan terhadap regulasi yang kuat dan taat azas dalam pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan kebutuhan yang sangat mendesak bagi DIY, mengingat dalam satu dekade terakhir perkembangan Penyakit Tidak Menular (PTM) wilayah DIY meningkat secara pesat. Dalam hal ini, Perlu dibentuk Peraturan Gubernur tentang pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) di DIY dan diharapkan dapat berperan sebagai trigger dalam mewujudkan regulasi pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) dalam level yang lebih tinggi (perda).

Penyusunan Rapergub pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) di DIY ditinjau dari teori peraturan perundang-undangan dimaksudkan untuk menjadi kerangka hukum (*legal framework*) bagi pelaksanaan fungsi pemerintahan (*sturende functie*) yang harus bersifat aktif. Fungsi pemerintahan dalam negara hukum modern atau yang lebih dikenal dengan negara kesejahteraan (*welfare state*) tidak hanya berhenti pada kewenangan pemerintah dalam pengaturan kesehatan saja, namun harus diikuti dengan fungsi pengendalian untuk mengefektifkan peraturan perundang-undangan. Melalui fungsi pengendalian dalam perspektif pengawasan atas implementasi peraturan perundang-undangan di bidang Penyakit Tidak Menular (PTM) Pemerintah Daerah dapat melakukan pemantauan terhadap derajat kepatuhan rakyat terhadap peraturan perundang-undangan. Jika terjadi ketidakpatuhan atau pelanggaran terhadap peraturan perundang-undangan dapat diikuti dengan tindakan penertiban sebagai bagian dari upaya penegakan hukum dalam teori hukum administrasi negara sektoral. Dengan demikian Peraturan Gubernur ini tidak dimaksudkan untuk mengambil alih wilayah kewenangan Peraturan Daerah, namun dapat diposisikan sebagai “regulasi antara” (*intermediate regulation*) yang dapat diikuti dengan

penyusunan Peraturan Daerah yang lebih komprehensif guna mengatur mengenai pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) di DIY.