

PROFIL KESEHATAN
D.I. YOGYAKARTA
TAHUN 2018

DAFTAR ISI

DAFTAR ISIii

DAFTAR TABEL.....iv

DAFTAR GAMBAR v

KATA PENGANTAR.....vii

BAB I PENDAHULUAN 1

 1.1. Latar Belakang 1

 1.2. Sistematika Penulisan.....2

BAB II GAMBARAN UMUM 4

 2.1. Kondisi Geografis..... 4

 2.2. Keadaan Demografi7

 2.3. Kondisi Sosial Ekonomi..... 8

 2.4. Indek Pembangunan Manusia 15

BAB III SITUASI DERAJAT & UPAYA KESEHATAN18

 3.1. Derajat Kesehatan Masyarakat18

 3.1.1. Umur Harapan Hidup (UHH) 18

 3.1.2. Tingkat Kematian (*Mortalitas*) 19

 3.1.3. Angka Kematian Bayi (AKB)21

 3.1.4. Angka Kematian Balita (AKABA)..... 22

 3.1.5. Status Gizi 23

 3.1.6. Morbiditas 30

BAB IV. SITUASI UPAYA KESEHATAN 48

 4.1. Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan 48

 4.2. Perbaikan Gizi Masyarakat52

 4.3. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak 55

 4.3.1. Pelayanan Kesehatan Ibu 55

| | |
|---|----|
| 4.3.2. Pelayanan Kesehatan Anak | 57 |
| 4.3.3. Pembinaan Kesehatan Remaja | 57 |
| 4.3.4. Pembinaan Kesehatan Lingkungan | 58 |
| 4.3.5. Perilaku Hidup Sehat Masyarakat dan Pemberdayaan Masyarakat | 60 |
| 4.3.6. Disabilitas di D.I Yogyakarta | 61 |
| BAB V SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN..... | 63 |
| 5.1. Tenaga Kesehatan | 63 |
| 5.2. Distribusi dan Rekapitulasi SDM Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta | 63 |
| 5.3. Pembiayaan Kesehatan | 64 |
| 5.4. Anggaran Pembangunan Kesehatan..... | 65 |
| BAB VI PENUTUP..... | 66 |
| 6.1. KESIMPULAN | 66 |

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 1 Jumlah Penduduk Berdasarkan Kabupaten/Kota di DIY Tahun 2018 | 7 |
| Tabel 2 Proporsi Penduduk 15 tahun ke atas yang mampu membaca dan menulis | 10 |
| Tabel 3 Penduduk Berumur 15 Tahun ke Atas yang Bekerja Selama Seminggu | 13 |
| Tabel 4 Rasio Ketergantungan Tahun 2012-2017 | 15 |
| Tabel 5 Jumlah Kematian Ibu, Bayi dan Balita DIY 2012-2018 | 20 |
| Tabel 6 Prevalensi BBLR DIY 2014-2018 | 23 |
| Tabel 7 Prevalensi KEP DIY Tahun 2017-2018 | 24 |
| Tabel 8 Persentase BGM di DIY Tahun 2014-2018 | 25 |
| Tabel 9 Kasus HIV DIY Berdasar Jenis Kelamin s.d Tahun 2018 | 35 |
| Tabel 10 Kasus HIV/AIDS Menurut Kelompok Umur di D.I. Yogyakarta tahun 2018 | 36 |
| Tabel 11 Penyebab Kematian hasil Autopsi verbal di Kulonprogo | 41 |
| Tabel 12 Kasus Baru Neoplasma di DIY Tahun 2018 | 45 |
| Tabel 13 Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan Rujukan DIY | 51 |
| Tabel 14 Persentase Rumah Tangga Menurut Kabupaten/Kota dan Sumber Air Utama yang Digunakan Rumah Tangga untuk Minum, 2017 | 58 |
| Tabel 15 Persentase Rumah Tangga Menurut Kabupaten/Kota dan Penggunaan Fasilitas Tempat Buang Air Besar, 2017 | 59 |
| Tabel 16 Jumlah Penyandang Disabilitas DIY 2017 | 62 |
| Tabel 17 Jumlah SDM Kesehatan Berdasarkan Rumpunnya di Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2018 | 63 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|----|
| Gambar 1 Peta Wilayah DIY..... | 4 |
| Gambar 2 Rasio Penduduk Menurut Jenis Kelamin DIY 2018..... | 8 |
| Gambar 3 Persentase Jumlah Penduduk Miskin DIY dan Nasional tahun 2013-2018 | 9 |
| Gambar 4 Pertumbuhan Ekonomi DIY Tahun 2011-2018 (%)..... | 10 |
| Gambar 5 Grafik Harapan Lama Sekolah dan Rata-rata Lama Sekolah DIY 2010 - 2017..... | 11 |
| Gambar 6 Grafik IPM Nasional dan DIY 2018 | 16 |
| Gambar 7 Grafik Umur Harapan Hidup di DIY Hasil Sensus Penduduk | 19 |
| Gambar 8 Penyebab Kematian Ibu DIY Tahun 2018 | 21 |
| Gambar 9 Angka Kematian Bayi, SDKI 2012 & 2007 | 22 |
| Gambar 10 Grafik Prevalensi Balita Stunted DIY 2018..... | 26 |
| Gambar 11 Grafik Persentase Bayi Mendapat ASI Eksklusif DIY 2018 | 27 |
| Gambar 12 Grafik Cakupan Bumil Anemia di DIY 2018 | 29 |
| Gambar 13 Grafik Prevalensi Bumil KEK DIY 2018..... | 30 |
| Gambar 14 Grafik Pola 10 Besar Penyakit di DIY Tahun 2018 berdasarkan STP Puskesmas..... | 31 |
| Gambar 15 Grafik Pola Penyakit di DIY Tahun 2018 berdasarkan STP Rawat Inap RS | 31 |
| Gambar 16 Grafik Jumlah Kasus dan Kematian DBD DIY Tahun 2018 | 32 |
| Gambar 17 Grafik Angka Keberhasilan Pengobatan Tb (success rate) DIY tahun 2018 | 34 |
| Gambar 18 Grafik Distribusi Kasus Malaria Per Kab/Kota Tahun 2018..... | 34 |
| Gambar 19 Grafik Kasus Baru Kusta DIY Tahun 2018..... | 37 |
| Gambar 20 Grafik Hasil Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap DIY Tahun 2018..... | 39 |
| Gambar 21 Grafik Perilaku Makan Cukup Sayur dan Buah | 42 |
| Gambar 22 Grafik Kasus Kecelakaan DIY 2015 - 2017..... | 46 |
| Gambar 23 Grafik Data akreditasi puskesmas dan Rumah Sakit di DIY Tahun 2018. | 49 |
| Gambar 24 Grafik Puskesmas perawatan dan non perawatan di DIY 2018 | 50 |
| Gambar 25 Grafik Puskesmas Santun Lansia di DIY Tahun 2018 | 50 |
| Gambar 26 Grafik Puskesmas PONEC dan Dapat Diakses Difabel di DIY Tahun 2018 | 51 |
| Gambar 27 Grafik Rasio Tempat Tidur RS per Jumlah Penduduk | 52 |
| Gambar 28 Grafik Balita Ditimbang dan KEP di DIY Berdasar BB/U Tahun 2018..... | 53 |
| Gambar 29 Grafik Persentase Balita Mendapat Vitamin A di DIY Tahun 2018..... | 54 |
| Gambar 30 Grafik Persentase Ibu Hamil Mendapatkan Tablet FE Lengkap di DIY Tahun 2018 ... | 55 |
| Gambar 31 Grafik Cakupan Kunjungan K1 dan K4 DIY 2018 | 56 |

| | |
|--|----|
| Gambar 33 Grafik Cakupan KN-1 dan KN-L DIY 2018 | 57 |
| Gambar 34 Persalinan Remaja di D.I. Yogyakarta Tahun 2018 menurut kelompok umur..... | 58 |
| Gambar 35 Grafik Prosentase Rumah Tangga berPHBS di DIY 2018 | 60 |
| Gambar 36 Grafik Jumlah Pos Yandu Menurut Strata di DIY 2018..... | 61 |
| Gambar 37 Grafik Cakupan Kepesertaan Jaminan Kesehatan DIY 2018 | 64 |

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas limpahan rahmad dan hidayahNya sehingga Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta tahun 2018 ini dapat tersusun.

Salah satu sarana yang dapat digunakan untuk melaporkan pemantauan dan evaluasi terhadap pencapaian hasil pembangunan kesehatan, termasuk kinerja Dinas Kesehatan di D.I. Yogyakarta adalah Profil Kesehatan ini. Data yang digunakan dalam proses penyusunan Profil ini bersumber dari berbagai unit kerja baik lintas program dilingkungan kesehatan maupun lintas sektor dengan didukung data dari kabupaten/kota yang selanjutnya dilakukan pemutakhiran data di provinsi sehingga keluaran data tersebut menjadi valid, akurat dan relevan.

Profil Kesehatan DIY 2018 ini disusun untuk memenuhi kebutuhan akan data dan informasi kesehatan, khususnya masyarakat pengguna informasi kesehatan. Data dan informasi dalam profil ini diharapkan dapat dimanfaatkan untuk berbagai keperluan yang terkait dengan kesehatan.

Kami menyadari bahwa Buku Profil Kesehatan ini masih perlu penyempurnaan dari berbagai aspek, oleh karena itu masih diperlukan saran dan kritik yang membangun, serta partisipasi dari semua pihak khususnya dalam upaya mendapatkan data/informasi yang akurat, tepat waktu dan sesuai dengan kebutuhan. Kepada semua pihak yang telah menyumbangkan pikiran dan tenaganya dalam penyusunan Profil Kesehatan DIY tahun 2018 ini, kami sampaikan terima.

Yogyakarta, 2019

Kepala Dinas

Drg. Pembajun Setyaningastuti, M.Kes.
NIP. 196509121993032006

BAB I PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pemerintah Pusat dalam hal ini Kementerian Kesehatan memiliki agenda program-program prioritas yaitu : 1. Peningkatan cakupan dan mutu imunisasi; 2. Eliminasi Tuberculosis; 3. Penurunan stunting; 4. Peningkatan pencegahan dan penanggulangan Penyakit Tidak Menular, serta 5. Percepatan penurunan Angka Kematian Ibu dan Neonatus. Pencapaian target program prioritas ini dilakukan melalui Program Indonesia Sehat dengan strategi Pendekatan Keluarga (PIS-PK).

Dalam upaya mewujudkan program prioritas tersebut di DIY, pemerintah provinsi bekerja sama dengan pemerintah kabupaten/kota dan melibatkan pihak swasta dan masyarakat. Segala upaya kesehatan selama ini dilakukan tidak hanya oleh sektor kesehatan saja, tetapi juga tidak luput peran dari sektor non kesehatan. Hal ini dikarenakan masalah kesehatan tidak bisa diintervensi hanya oleh sektor kesehatan saja.

Agar proses pembangunan kesehatan berjalan sesuai dengan arah dan tujuan, diperlukan manajemen yang baik sebagai langkah dasar pengambilan keputusan dan kebijakan di semua tingkat administrasi pelayanan kesehatan. Untuk itu pencatatan dan pelaporan kegiatan pelayanan kesehatan perlu dikelola dengan baik dalam suatu sistem informasi kesehatan. Sistem Informasi Kesehatan (SIK) yang *evidence based* diupayakan untuk dapat menyediakan data dan informasi yang akurat, lengkap, dan tepat waktu. Untuk itu, peran data dan informasi kesehatan menjadi sangat penting dan semakin dibutuhkan dalam manajemen kesehatan oleh berbagai pihak.

Pemerintah daerah Daerah Istimewa Yogyakarta melalui Dinas Kesehatan telah melakukan berbagai macam upaya untuk mengoptimalkan derajat kesehatan masyarakatnya. Upaya kesehatan telah dilakukan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Selain itu, berbagai macam pendekatan juga telah dilakukan, antara lain pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), serta pemulihan kesehatan (rehabilitatif). Namun, masalah-masalah kesehatan masih banyak dijumpai di Daerah Istimewa Yogyakarta.

Masyarakat semakin peduli dengan situasi kesehatan dan hasil pembangunan kesehatan yang telah dilakukan oleh pemerintah, terutama terhadap masalah-masalah kesehatan yang berhubungan langsung dengan kesehatan mereka.

Kepedulian masyarakat akan informasi kesehatan ini memberikan nilai positif bagi pembangunan kesehatan itu sendiri. Untuk itu pengelola program harus bisa menyediakan dan memberikan informasi yang dibutuhkan masyarakat dengan dikemas secara baik, sederhana, informatif, dan tepat waktu. Dengan adanya Undang- Undang 14 Tahun 2014 tentang Keterbukaan Informasi Publik, juga mendorong badan publik untuk dapat menyediakan informasi kesehatan sesuai kategori yang ditetapkan yaitu informasi berkala, setiap saat dan serta merta.

Profil kesehatan merupakan salah satu produk dari Sistem Informasi Kesehatan yang penyusunan dan penyajiannya dibuat sesederhana mungkin tetapi informatif, untuk dipakai sebagai alat tolok ukur kemajuan pembangunan kesehatan sekaligus juga sebagai bahan evaluasi program-program kesehatan. Profil Kesehatan DIY adalah gambaran situasi kesehatan yang memuat berbagai data tentang situasi dan hasil pembangunan kesehatan selama satu tahun yang memuat data derajat kesehatan, sumber daya kesehatan, dan capaian indikator hasil pembangunan kesehatan

Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) adalah institusi yang ditunjuk untuk menyelenggarakan urusan Pemerintah Daerah DIY di bidang kesehatan. Dinas Kesehatan DIY memiliki tugas pokok dan fungsi sebagai penggerak pembangunan di bidang kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat DIY.

Profil Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta adalah gambaran situasi kesehatan di DIY yang diterbitkan setiap tahun sekali. Maksud diterbitkannya buku ini adalah untuk menampilkan berbagai data tentang kesehatan dan data pendukung lain yang dideskripsikan dengan analisis dan ditampilkan dalam bentuk tabel dan grafik. Sedangkan tujuan yang ingin dicapai adalah tersampainya informasi kesehatan yang merupakan pencapaian Pembangunan Kesehatan Tahun 2018.

Profil Kesehatan DIY Tahun 2018 disusun secara sistematis mengikuti pedoman penyusunan profil kesehatan yang diterbitkan oleh Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI.

1.2. Sistematika Penulisan

Sistematika penyajian Profil Kesehatan DIY tahun 2018 ini adalah sebagai berikut :

Bab I – Pendahuluan

Bab ini Berisi tentang maksud dan tujuan profil kesehatan dan sistematika dari penyajiannya.

Bab II – Gambaran Umum

Bab ini menyajikan tentang gambaran umum DIY. Selain uraian tentang letak geografis, administratif, dan informasi umum lainnya, bab ini juga mengulas faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan dan faktor-faktor lainnya misal kependudukan, ekonomi, pendidikan, sosial budaya, dan lingkungan.

Bab III – Situasi Derajat & Upaya Kesehatan

Bab ini berisi uraian tentang derajat kesehatan dan situasi upaya kesehatan.

Bab IV – Situasi Sumber Daya Kesehatan

Bab ini berisi uraian situasi sumber daya kesehatan di di.

Bab V – Penutup (Kesimpulan)

Bab ini diisi dengan sajian tentang hal-hal penting yang perlu disimak dan ditelaah lebih lanjut dari Profil Kesehatan DIY di tahun 2018.



BAB II GAMBARAN UMUM

2.1. Kondisi Geografis

Daerah Istimewa Yogyakarta terletak di bagian tengah-selatan Pulau Jawa., secara geografis terletak pada 7°33'-8°12' Lintang Selatan dan 110°00'-110°50' Bujur Timur. Luas DIY adalah 3.185,80 km² atau 0,17 % dari luas Indonesia (1.890.754 km²) (Sumber : RPJMD).

DIY bagian selatan berbatasan dengan Lautan Indonesia (Samudera Hindia). Sementara itu, di bagian Timur Laut, Tenggara, Barat dan Barat Laut berbatasan dengan Provinsi Jawa Tengah. Batas-batas wilayah DIY meliputi :

1. Sebelah Timur Laut berbatasan dengan Kabupaten Klaten
2. Sebelah Tenggara berbatasan dengan Kabupaten Wonogiri
3. Sebelah Barat berbatasan dengan Kabupaten Purworejo
4. Sebelah Barat Laut berbatasan dengan Kabupaten Magelang

Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), secara administratif, terdiri dari 1 kota, 4 kabupaten, 78 kecamatan, dan 438 kelurahan/desa. Wilayah administratif DIY adalah :

1. Kota Yogyakarta (luas 32,50 km², 14 kecamatan, dan 45 kelurahan);
2. Kabupaten Bantul (luas 506,85 km², 17 kecamatan, dan 75 desa);
3. Kabupaten Kulon Progo (luas 586,27 km², 12 kecamatan, dan 88 desa);
4. Kabupaten Gunungkidul (luas 1.485,36 km², 18 kecamatan, dan 144 desa);
5. Kabupaten Sleman (luas 574,82 km², 17 kecamatan, dan 86 desa).

Berikut tampilan wilayah DIY dalam bentuk peta :



Gambar 1 Peta Wilayah DIY

DIY, menurut altitude, terbagi menjadi daerah dengan ketinggian <100 meter, 100-500 meter, 500–1.000 meter (sebagian besar di Kabupaten Bantul), dan 1.000–2000 meter diatas permukaan laut terletak di Kabupaten Sleman. Sementara itu, secara fisiografi, DIY dapat dikelompokkan menjadi 4 satuan wilayah :

1. Satuan fisiografi Gunungapi Merapi, mulai dari kerucut gunung hingga bentang lahan vulkanik, meliputi Sleman, Kota Yogyakarta dan sebagian Bantul. Daerah kerucut dan lereng gunung api merupakan daerah hutan lindung sebagai kawasan resapan air daerah bawahan. Wilayah ini memiliki luas kurang lebih 582,81 km² dengan ketinggian 80–2.911 meter.
2. Satuan fisiografi Pegunungan Seribu Gunungkidul, merupakan kawasan perbukitan batu gamping dan bentang karst tandus dan kurang air permukaan, di bagian tengah merupakan cekungan Wonosari yang terbentuk menjadi Plato Wonosari. Wilayah pegunungan ini memiliki luas kurang lebih 1.656,25 km² dengan ketinggian 150-700 meter.
3. Satuan fisiografi Pegunungan di Kulon Progo bagian utara, merupakan bentang lahan struktural *denudasional* dengan topografi berbukit, kemiringan lereng curam dan potensi air tanah kecil. Luas wilayah ini mencapai kurang lebih 706,25 km² dengan ketinggian 0-572 meter.
4. Satuan fisiografi Dataran Rendah, merupakan bentang lahan *fluvial* (hasil proses pengendapan sungai) yang didominasi oleh dataran *aluvial*, membentang mulai dari Kulon Progo sampai Bantul yang berbatasan dengan Pegunungan Seribu. Wilayah ini memiliki luas 215,62 km² dengan ketinggian 0–80 meter.

Kondisi fisiografi tersebut membawa pengaruh terhadap persebaran penduduk, ketersediaan sarana prasarana, sosial, ekonomi, serta ketimpangan kemajuan pembangunan. Daerah-daerah yang relatif datar, (dataran *aluvial* meliputi Sleman, Kota, dan Bantul) adalah wilayah padat penduduk, memiliki intensitas sosial ekonomi tinggi, maju, dan berkembang. Namun, di daerah ini banyak terjadi pencemaran lingkungan.

Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) memiliki iklim tropis dengan curah hujan berkisar 38-409 mm dengan hari hujan per bulan antara 0-28 kali. Suhu udara rata-rata berkisar 27,210C. Kelembaban udara berkisar antara 53,42-98,33 persen dan tekanan udara 1.009,58–1.018,25 mb dengan arah angin antara 60-240 derajat dan kecepatan angin antara 0-26 knot (BPS, 2013).

Curah hujan tertinggi pada tahun 2010 tercatat 512,3 mm dengan hari hujan per bulan sebanyak 25 kali. Kondisi ini jauh lebih tinggi dibandingkan dengan tahun 2009. Kecepatan angin maksimum pada tahun 2010 mencapai 47 knot, jauh lebih tinggi dibandingkan tahun 2009 (43 knot) (Profil Dinas Kesehatan DIY, 2013).

DIY mempunyai potensi bencana alam, terutama yang berkaitan dengan bahaya geologi, antara lain :

1. Gunung Merapi, mengancam wilayah Kabupaten Sleman bagian utara dan wilayah sekitar sungai yang berhulu di Puncak Merapi;
2. Gerakan tanah/batuan dan erosi, berpotensi terjadi pada lereng Pegunungan Kulon Progo (bagian utara dan barat), lereng Pegunungan Selatan (Kabupaten Gunungkidul), dan bagian timur (Kabupaten Bantul);
3. Bahaya banjir, terutama berpotensi mengancam daerah pantai selatan Kabupaten Kulon Progo dan Kabupaten Bantul;
4. Bahaya kekeringan berpotensi terjadi di wilayah Kabupaten Gunungkidul bagian selatan, khususnya kawasan karst;
5. Bahaya tsunami, berpotensi di pantai selatan Kulon Progo, Bantul, dan Gunungkidul, khususnya pada elevasi kurang dari 30 meter di atas permukaan laut;
6. Bahaya gempa bumi (tektonik, vulkanik) berpotensi terjadi di seluruh wilayah DIY. Gempa tektonik berpotensi di tumbukan lempeng dasar Samudra Yogyakarta yang terletak di sebelah selatan DIY;
7. Bahaya angin puting beliung, berpotensi terjadi di seluruh wilayah DIY.

Pengelolaan sumber daya alam (SDA) yang tidak berkelanjutan dan mengabaikan kelestarian fungsi lingkungan hidup menyebabkan daya dukung lingkungan menurun dan ketersediaan SDA menipis. Kawasan hutan dengan luas 23,54% dari luas wilayah DIY kurang mencukupi sebagai standar lingkungan hidup. Menurunnya daya dukung dan ketersediaan SDA juga terjadi karena kemampuan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) yang rendah sehingga tidak mampu mengimbangi laju pertumbuhan penduduk.

Pencemaran air, udara, dan tanah juga masih belum tertangani secara tepat karena semakin pesatnya aktivitas pembangunan yang kurang memperhatikan aspek kelestarian fungsi lingkungan. Oleh karena itu, kebijakan pengelolaan lingkungan hidup secara tepat akan dapat mendorong perilaku masyarakat untuk menerapkan prinsip-prinsip pembangunan berkelanjutan agar tidak terjadi krisis SDA, khususnya air, pangan, dan energi.

Kerusakan dan pencemaran lingkungan yang terjadi baik di perkotaan maupun pedesaan terus terjadi. Kerusakan sumber daya alam (SDA) dan penurunan mutu lingkungan secara drastis tersebut menyebabkan perubahan tatanan dan fungsi lingkungan hidup. Hal ini menyebabkan munculnya ancaman global seperti perubahan iklim global, rusaknya keanekaragaman hayati, serta meningkatnya produksi gas rumah kaca.

2.2. Keadaan Demografi

Menurut proyeksi BPS, jumlah penduduk DIY tahun 2018 sebesar 3.818.266 jiwa dengan persebaran yang tidak merata. Mayoritas penduduk DIY bermukim di Kabupaten Sleman yaitu sebanyak 1.214.346 jiwa (31,80%) dari total penduduk. Penduduk terbanyak kedua bermukim di Kabupaten Bantul yaitu sebanyak 1.009.171 jiwa (26,43%). Sementara itu, jumlah penduduk di wilayah lain adalah Kabupaten Gunungkidul sebanyak 740.181 jiwa (19,39%), Kota Yogyakarta dengan jumlah penduduk sebanyak 427.801 jiwa (11,20%), dan Kabupaten Kulon Progo sebanyak 426.767 jiwa (11,18%).

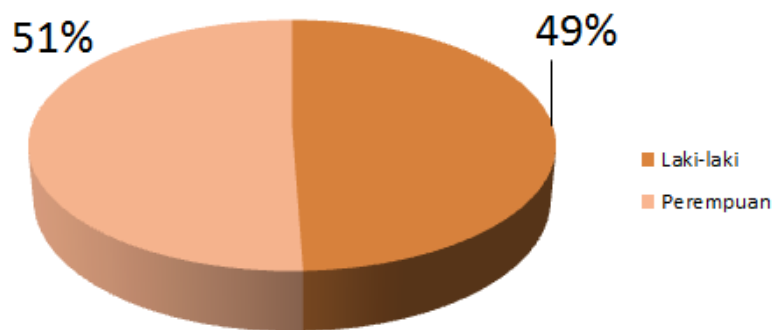
Ditinjau dari kepadatan penduduk, Kepadatan tertinggi terdapat di Kota Yogyakarta yaitu sebesar 13.163 jiwa/km². Wilayah yang memiliki kepadatan penduduk terendah adalah di Kabupaten Gunungkidul yaitu sebanyak 498 jiwa/km². Sementara itu, secara total kepadatan penduduk DIY pada tahun 2018 adalah 1.199 jiwa/km².

Tabel 1 Jumlah Penduduk Berdasarkan Kabupaten/Kota di DIY Tahun 2018

| Kabupaten/Kota | Jumlah |
|----------------|-----------|
| Kulon Progo | 426.767 |
| Bantul | 1.009.171 |
| Gunung Kidul | 740.181 |
| Sleman | 1.214.346 |
| Yogyakarta | 427.801 |
| DI Yogyakarta | 3.818.266 |

Sumber : BPS D.I. Yogyakarta, 2019

Perbandingan penduduk laki-laki dan perempuan pada DIY relatif seimbang. Penduduk dengan jenis kelamin laki-laki adalah 49,43%. Sementara itu, penduduk perempuan adalah 50,57%. Perbandingan yang relatif seimbang ini menunjukkan bahwa jumlah penduduk perempuan sedikit lebih besar dibandingkan dengan jumlah penduduk laki-laki.



Sumber : BPS, 2019

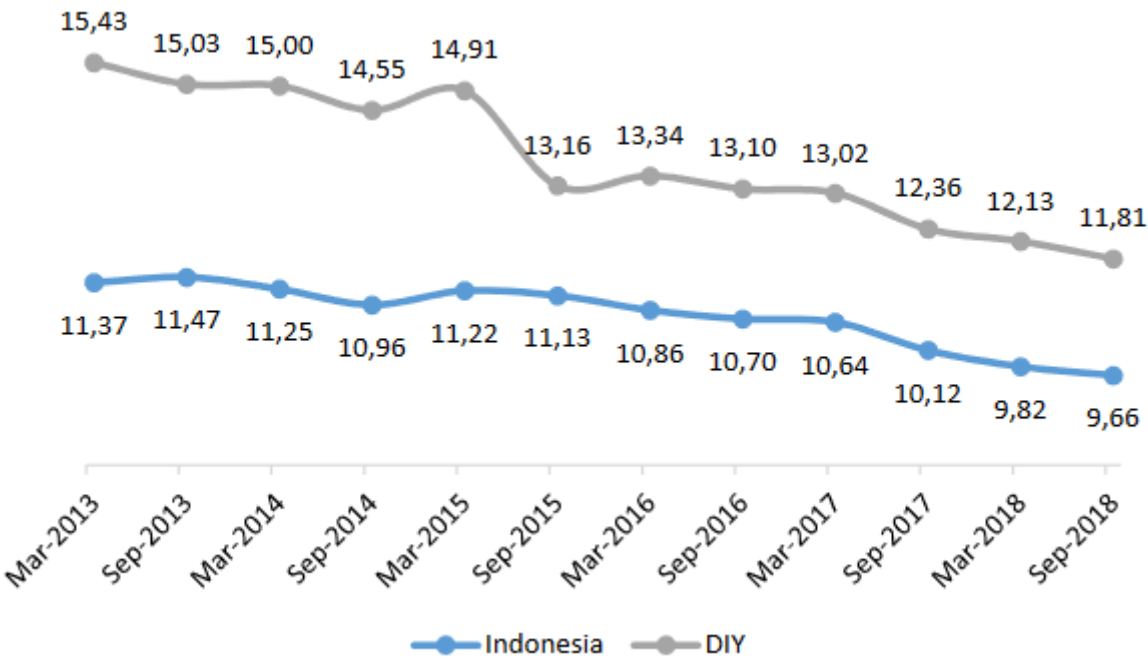
Gambar 2 Rasio Penduduk Menurut Jenis Kelamin DIY 2018

2.3. Kondisi Sosial Ekonomi

Kemiskinan masih menjadi masalah yang mendesak untuk segera ditanggulangi. Penduduk miskin secara makro dihitung dengan pendekatan kebutuhan minimum seseorang untuk dapat hidup layak (*basic needs approach*). Kebutuhan minimum tersebut mencakup kebutuhan makanan dan kebutuhan non makanan. Berdasarkan pengukuran kebutuhan minimum komoditas makanan dan non makanan tersebut diperoleh batas yang disebut sebagai “garis kemiskinan”. Garis tersebut merupakan penjumlahan dari garis kemiskinan makanan dan garis kemiskinan non makanan. Orang-orang yang mempunyai pendapatan di bawah garis kemiskinan dikategorikan sebagai penduduk miskin. Sebaliknya, orang-orang yang mempunyai pendapatan di atas garis kemiskinan dikategorikan sebagai penduduk tidak miskin.

Metode pengukuran kemiskinan yang digunakan di Indonesia adalah menggunakan pendekatan pengeluaran penduduk yang disebut dengan istilah kebutuhan dasar minimum (*basic needs approach*). Kebutuhan dasar minimum diterjemahkan sebagai ukuran finansial dalam bentuk uang yang mencakup kebutuhan dasar makanan yang disetarakan dengan 2.100 kalori per kapita per hari ditambah dengan kebutuhan dasar non makanan seperti pakaian, perumahan, pendidikan, kesehatan dan kebutuhan dasar lainnya. Kebutuhan dasar minimum ini biasa disebut dengan garis kemiskinan. Garis kemiskinan dihitung dalam bentuk absolut berdasarkan survey pengeluaran rumah tangga (Susenas) modul konsumsi. Garis kemiskinan pada prinsipnya merupakan penjumlahan antara garis kemiskinan makanan dengan garis kemiskinan non makanan. Ukuran kemiskinan diestimasi berdasarkan survey Susenas kor yang dilakukan secara berkala setiap tahun. Seseorang dikatakan miskin apabila memiliki pengeluaran per kapita sebulan di bawah garis kemiskinan yang ditetapkan.

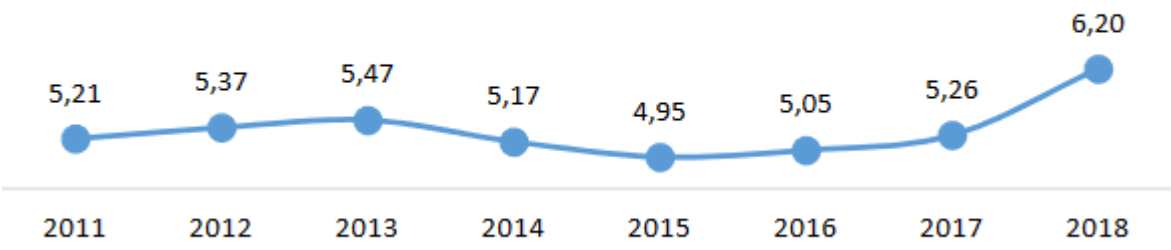
Indikator kemiskinan di DIY secara berturut-turut mengalami penurunan dalam 5 tahun terakhir. Selama periode Maret 2013 sampai dengan September 2018, persentase penduduk miskin di DIY berkurang dari 15,43% menjadi 11,81%. Pada jangka waktu tersebut, persentase penduduk miskin di DIY cenderung turun secara berangsur-angsur. Pada Maret 2015, persentase penduduk yang berada di bawah garis kemiskinan sedikit meningkat sebanyak 0,36 poin dibandingkan dengan kondisi September 2014. Namun pada September 2015 persentase kemiskinan di DIY mengalami penurunan yang cukup signifikan sebesar 1,75 poin menjadi 13,16%. Meskipun sempat mengalami sedikit kenaikan pada Maret 2016, dimana persentase penduduk miskin naik menjadi 13,34%, namun pada periode berikutnya persentase penduduk di bawah garis kemiskinan mengalami penurunan secara konsisten selama lima semester berturut-turut.



Sumber : Bappeda D.I. Yogyakarta, 2019

Gambar 3 Persentase Jumlah Penduduk Miskin DIY dan Nasional tahun 2013-2018

Laju pertumbuhan ekonomi di DIY selama 8 tahun terakhir dapat dilihat pada gambar di bawah ini.



Sumber : Bappeda D.I. Yogyakarta, 2019

Gambar 4 Pertumbuhan Ekonomi DIY Tahun 2011-2018 (%)

Tingkat Pendidikan

Perkembangan pembangunan bidang pendidikan di DIY mengalami peningkatan yang cukup menggembirakan. Hal ini bisa dilihat dari beberapa capaian indikator bidang pendidikan seperti angka partisipasi sekolah, rata-rata lama sekolah dan angka melek huruf yang semakin meningkat kualitasnya dari waktu ke waktu.

AMH menjadi salah satu tolok ukur capaian pembangunan pendidikan masa lampau yang mencerminkan kualitas stok modal manusia suatu wilayah. Indikator ini menggambarkan kemampuan dasar penduduk dalam berkomunikasi secara lisan dan tertulis serta kemampuan untuk menyerap informasi dari berbagai media. AMH diukur dari proporsi penduduk 15 tahun ke atas yang mampu membaca dan menulis baik dalam huruf latin maupun lainnya. Perkembangan AMH penduduk DIY sampai tahun 2017 terlihat semakin meningkat hingga level 94,64 persen. Artinya, masih ada 5,36 persen penduduk yang berstatus buta huruf (tidak mampu baca tulis). Berdasarkan kelompok usia, terlihat jelas penyebab tingginya AMH DIY adalah andil kelompok penduduk berusia tua (>45 tahun).

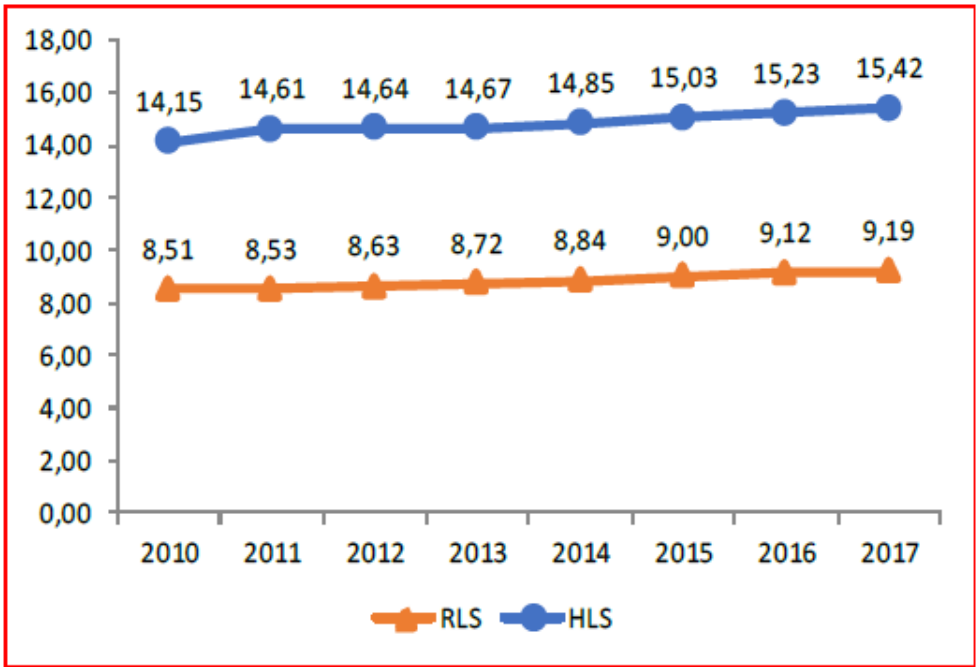
Tabel 2 Proporsi Penduduk 15 tahun ke atas yang mampu membaca dan menulis

| Kelompok Umur/ Wilayah | | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|------------------------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (9) |
| 15+ Tahun | DIY | 92.82 | 94.44 | 94.50 | 94.59 | 94.64 |
| 15-44 Tahun | DIY | 99.80 | 99.91 | 99.81 | 99.87 | 99.80 |
| 15-44 Tahun | DIY | 99.80 | 99.91 | 99.81 | 99.87 | 99.80 |
| 45+ Tahun | DIY | 82.47 | 86.29 | 87.20 | 87.37 | 87.62 |

Sumber : Statistik Daerah Provinsi D.I. Yogyakarta, 2018

Selama periode 2010 hingga 2017, Harapan Lama Sekolah secara rata-rata tumbuh sebesar 1,24 persen per tahun. Meningkatnya Harapan Lama Sekolah menjadi sinyal positif bahwa semakin banyak penduduk yang bersekolah. Pada tahun 2017, Harapan Lama Sekolah di D.I. Yogyakarta telah mencapai 15,42 tahun yang berarti bahwa anak-anak usia 7 tahun memiliki peluang untuk menamatkan pendidikan mereka hingga lulus D3 atau D4.

Sementara itu, Rata-rata Lama Sekolah penduduk usia 25 tahun ke atas di D.I. Yogyakarta tumbuh 1,10 persen per tahun selama periode 2010 hingga 2017. Pertumbuhan yang positif ini merupakan modal penting dalam membangun kualitas manusia D.I. Yogyakarta yang lebih baik. Pada tahun 2017, secara rata-rata lama sekolah penduduk D.I. Yogyakarta usia 25 tahun ke atas mencapai 9,19 tahun, atau telah menyelesaikan pendidikan hingga lulus SMP.



Sumber : BPS DIY

Gambar 5 Grafik Harapan Lama Sekolah dan Rata-rata Lama Sekolah DIY 2010 - 2017

Pekerjaan

Tenaga kerja merupakan salah satu faktor produksi yang memiliki peran sentral dalam menggerakkan aktifitas perekonomian. Semakin baik kualitas tenaga kerja yang dimiliki suatu wilayah, maka produktifitas pekerjaanya juga semakin meningkat. Konsep ketenagakerjaan di Indonesia merujuk pada rekomendasi ILO yang membagi penduduk berusia produktif berdasarkan aktifitasnya. Pembagian ini mencakup penduduk berdasarkan aktifitasnya ini menjadi dua yakni angkatan kerja dan bukan angkatan kerja. Angkatan kerja mencakup penduduk yang berusia kerja yang berstatus sedang bekerja dan pengangguran. Bukan angkatan kerja mencakup mereka yang aktifitasnya bersekolah, mengurus rumah tangga dan lainnya. Total penduduk usia kerja Indonesia pada Agustus 2017 diperkirakan sebanyak 2.960.204 orang, bertambah 21.201 orang (0,72 persen) dibandingkan keadaan enam

bulan sebelumnya (2.939.003 orang) dan bertambah 42.552 orang (1,46 persen) dibandingkan keadaan setahun yang lalu (2.917.652 orang). Jumlah angkatan kerja di Indonesia pada Agustus 2017 mencapai 2.117.187 orang, bertambah 1.218 orang (0,06 persen) dibandingkan angkatan kerja Februari 2017 sebesar 2.115.969 orang dan bertambah 17.751 juta orang (0,85 persen) dibandingkan angkatan kerja Agustus 2016 sebesar 2.099.436 orang. Jumlah penduduk yang bekerja pada Agustus 2017 sebesar 2.053.168 orang, berkurang sekitar 2.724 orang (0,13 persen) jika dibandingkan dengan keadaan Februari 2017 (2.055.892 orang), dan bertambah 10.768 orang (0,53 persen) jika dibandingkan dengan keadaan Agustus 2016 (2.042.400 orang).

Jumlah pengangguran terbuka pada Agustus 2017 mencapai 64.019 orang, bertambah 3.942 orang jika dibandingkan keadaan Februari 2017 (60.077 orang), dan bertambah 6.983 orang (0,34 persen) jika dibandingkan dengan keadaan Agustus 2016 (57.036 orang). Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) di Indonesia pada Agustus 2017 mencapai 3,02 persen, mengalami kenaikan sebesar 0,18 persen poin dibanding TPT Februari 2017 (2,84 persen) dan mengalami kenaikan sebesar 0,30 persen poin dibanding TPT Agustus 2016 (2,72 persen).

Pada Agustus 2017, Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) tertinggi terjadi di Kota Yogyakarta, yaitu 5,08 persen, sedangkan TPT terendah terjadi di Kabupaten Gunungkidul sebesar 1,65 persen. Sektor 3 (Perdagangan besar, Eceran, Rumah Makan dan Hotel) masih merupakan sektor yang paling banyak menyerap tenaga kerja, dengan menyerap 553.726 orang (26,97 persen) pekerja, sementara sektor 5 (Pertambangan, Penggalian, Listrik, Gas, Air, Bangunan, Angkutan, Pergudangan, Komunikasi, Keuangan, Asuransi, Usaha Persewaan Bangunan, Tanah dan Jasa Perusahaan) paling sedikit menyerap tenaga kerja, yaitu menyerap 324.862 orang (15,82 persen) pekerja.

Berdasarkan hasil Survey Angkatan Kerja Nasional (Sakernas), bahwa jumlah penduduk berusia kerja meningkat dari 2,8 juta jiwa pada bulan Februari 2013 menjadi 2,9 juta jiwa pada Februari 2016. Komposisi angkatan kerja terhadap penduduk berusia kerja berfluktuasi pada level 68 – 73 %, sementara komposisi pada penduduk berusia kerja fluktuasinya antara 27 – 32 %. Pada Februari 2016 Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK) tercatat 2,1 juta jiwa atau sebesar 72,2 %. Perkembangan TPAK di DIY menurut jenis kelamin menunjukkan bahwa laki-laki memiliki level yang lebih tinggi dibanding perempuan dengan TPAK laki-laki berfluktuasi antara 77 – 84 % dan perempuan antara 57 – 67 %. Fenomena ini mengindikasikan keterlibatan laki-laki dalam aktifitas perekonomian cenderung lebih dominan dibanding perempuan. Hal ini kemungkinan faktor pengaruh budaya di DIY.

Keterbatasan lapangan kerja menyebabkan tidak semua angkatan kerja yang tersedia dapat terserap di pasar kerja. Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi mencatat jumlah pencari kerja pada tahun 2012 sebanyak 87.541 orang, meningkat sekitar 0.94% dibanding tahun sebelumnya yang sebesar 86.726 orang. Mereka terdiri dari 52,13% laki-laki dan 47,87% perempuan. Dari jumlah tersebut sebesar 2,74% berpendidikan SD, 5,03% berpendidikan SLTP, 34,32% berpendidikan SLTA, 13,06% berpendidikan D1-D3, 43,40% berpendidikan D4-S1, serta 1,45% berpendidikan S2-S3. Sementara itu, persentase lowongan pekerjaan yang tersedia dalam penempatan masing-masing adalah 18,06% dan 13,82% dari total pencari kerja.

Perkembangan TPAK menurut wilayah menunjukkan TPAK daerah pedesaan tercatat selalu lebih tinggi dari perkotaan. TPAK pedesaan berfluktuasi antara 71 – 81 %, sedangkan perkotaan pada angka 66 – 72 %. Hal ini terkait dengan kecenderungan penduduk perkotaan terutama yang berusia muda yang lebih memilih menyelesaikan sekolah sampai tuntas sebelum masuk pada pasar tenaga kerja.

Berdasarkan Kabupaten/kota, TPAK tertinggi tercatat di kabupaten Kulon Progo dan Gunung Kidul. Sementara TPAK terendah di Kabupaten Sleman dan Kota Yogyakarta. Rendahnya TPAK di Sleman dan Kota Yogyakarta disebabkan oleh tingginya proporsi penduduk usia kerja yang statusnya masih bersekolah.

Tabel 3 Penduduk Berumur 15 Tahun ke Atas yang Bekerja Selama Seminggu yang Lalu Menurut Lapangan Pekerjaan Utama dan Jenis Kelamin di ProvinsiD.I.Yogyakarta, 2017

| Status Pekerjaan Utama <i>Main Employment Status</i> | Jenis Kelamin/Sex | | Jumlah <i>Total</i> |
|--|--------------------------|----------------------------|------------------------|
| | Laki-laki <i>Male</i> | Perempuan <i>Female</i> | |
| (1) | (2) | (3) | (4) |
| 1. Pertanian, Perkebunan, Kehutanan, Perburuan & Perikanan | 236 188 | 215 673 | 451 861 |
| 2. Industri | 162 739 | 162 322 | 325 061 |
| 3. Konstruksi | 146 519 | 6 787 | 153 306 |
| 4. Perdagangan, Rumah Makan dan Jasa Akomodasi | 248 498 | 305 228 | 553 726 |
| 5. Transportasi, Pergudangan dan Komunikasi | 62 071 | 11 968 | 74 039 |
| 6. Lmbg Keuangan, Real Estate, Ush Persewaan & Js Perusahaan | 58 970 | 19 902 | 78 872 |
| 7. Jasa Kemasyarakatan, Sosial dan Perorangan | 196 318 | 201 340 | 397 658 |
| 8. Lainnya | 18 303 | 342 | 18 645 |
| <i>Jumlah/Total</i> | 1 129 606 | 923 562 | 2 053 168 |

Sumber : Provinsi D.I. Yogyakarta dalam Angka Tahun 2018, BPS D.I. Yogyakarta

Sektor yang paling banyak menyerap tenaga kerja adalah sektor perdagangan, hotel dan restoran kemudian pertanian dan disusul sektor jasa-jasa. Realitas ini menunjukkan bahwa sektor perdagangan, hotel dan restoran serta pertanian dan sektor jasa memberikan kontribusi paling banyak dalam menyerap tenaga kerja. Sektor perdagangan, hotel dan restoran serta pertanian dan jasa cukup dominan dalam menciptakan lapangan kerja. Hal ini seiring dengan tumbuh dan berkembangnya hotel dan restoran di D.I Yogyakarta. Selain itu, sektor yang potensial untuk dikembangkan antara lain sektor pariwisata, industri kecil menengah serta kerajinan. Sektor-sektor tersebut dapat dikembangkan sebagai penunjang keterserapan tenaga kerja.

Jumlah angkatan kerja DIY tahun 2014 adalah 2.032.896 orang, tahun 2015 sebanyak 2.098.080 orang sedangkan pada tahun 2016 tercatat sebesar 2.096.865 orang. Sedangkan pengangguran terbuka di DIY mengalami fluktuatif selama tiga tahun terakhir yaitu : tahun 2014 sejumlah 43.984 orang, tahun 2015 sebesar 85.454 orang dan tahun 2016 sebesar 59.001 orang. (Sakernas Februari 2016).

1. Rasio Ketergantungan (*Dependency Ratio*)

Rasio Ketergantungan (*Dependency Ratio*) adalah perbandingan antara jumlah penduduk berumur 0-14 tahun, ditambah dengan jumlah penduduk 65 tahun keatas dibandingkan dengan jumlah penduduk usia 15-64 tahun. Rasio ketergantungan dapat dilihat menurut usia yakni Rasio Ketergantungan Muda dan Rasio Ketergantungan Tua. Rasio Ketergantungan Muda adalah perbandingan jumlah penduduk umur 0-14 tahun dengan jumlah penduduk umur 15-64 tahun. Rasio Ketergantungan Tua adalah perbandingan jumlah penduduk umur 65 tahun ke atas dengan jumlah penduduk di usia 15-64 tahun.

Sejak tahun 2010 hingga 2015 angka beban tanggungan penduduk D.I Yogyakarta belum mengalami perubahan yang nyata. Pada tahun 2015 *Dependency Ratio* sebesar 45,0 sedikit lebih rendah dibanding DR tahun 2010 sebesar 45,9. Penurunan angka DR yang hanya sebesar 0,9 ini mengindikasikan bahwa beban tanggungan penduduk usia produktif secara jumlah hanya berkurang satu orang.

Tabel 4 Rasio Ketergantungan Tahun 2012-2017
Rasio Ketergantungan menurut Kabupaten/kota di Daerah Istimewa Yogyakarta 2012-2017

| Tahun | Kabupaten/kota | | | | | DIY |
|-------|----------------|--------|-------------|--------|------------|-----|
| | Kulonprogo | Bantul | Gunungkidul | Sleman | Yogyakarta | |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) |
| 2012 | 53 | 46 | 53 | 41 | 35 | 45 |
| 2013 | 53 | 46 | 53 | 41 | 35 | 45 |
| 2014 | 53 | 46 | 53 | 41 | 35 | 45 |
| 2015 | 53 | 46 | 53 | 41 | 35 | 45 |
| 2016 | 53 | 46 | 53 | 41 | 35 | 45 |
| 2017 | 53 | 46 | 53 | 41 | 35 | 45 |

Sumber : Proyeksi penduduk Kabupaten/Kota Provinsi DI Yogyakarta 2010-2020

Dari angka tersebut di atas bahwa Angka Ketergantungan DIY sebesar 45 yang berarti bahwa setiap 45 orang penduduk non produktif ditanggung oleh 100 orang produktif. Angka ketergantungan terendah pada Kota Yogyakarta sebesar 35.

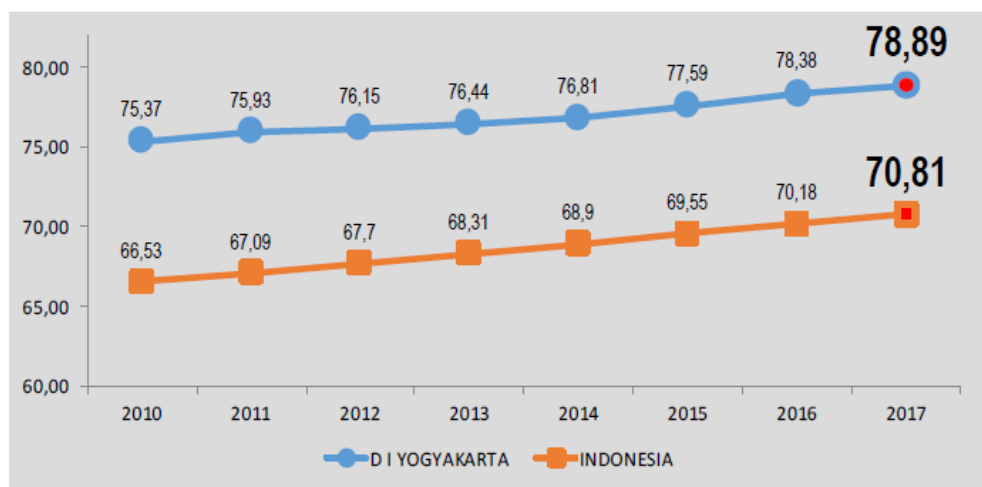
2.4. Indek Pembangunan Manusia

Pembangunan manusia didefinisikan sebagai proses perluasan pilihan bagi penduduk (*enlarging people choice*). IPM merupakan indikator penting untuk mengukur keberhasilan dalam upaya membangun kualitas hidup manusia (masyarakat/penduduk). IPM menjelaskan bagaimana penduduk dapat mengakses hasil pembangunan dalam memperoleh pendapatan, kesehatan, pendidikan, dan sebagainya. IPM diperkenalkan oleh *United Nations Development Programme* (UNDP) pada tahun 1990 dan metode penghitungan direvisi pada tahun 2010. BPS mengadopsi perubahan metodologi penghitungan IPM yang baru pada tahun 2014 dan melakukan *backcasting* sejak tahun 2010.

IPM dibentuk oleh tiga dimensi dasar, yaitu umur panjang dan hidup sehat (*a long and healthy life*), pengetahuan (*knowledge*), dan standard hidup layak (*decent standard of living*). Umur panjang dan hidup sehat digambarkan oleh Umur Harapan Hidup saat lahir (UHH) yaitu jumlah tahun yang diharapkan dapat dicapai oleh bayi yang baru lahir untuk hidup, dengan asumsi bahwa pola angka kematian menurut umur pada saat kelahiran sama sepanjang usia bayi. Pengetahuan diukur melalui indikator Rata-rata Lama Sekolah dan Harapan Lama Sekolah. Rata-rata Lama Sekolah (RLS) adalah rata-rata lamanya (tahun) penduduk usia 25 tahun ke atas dalam menjalani pendidikan formal. Harapan Lama Sekolah (HLS) didefinisikan sebagai lamanya (tahun) sekolah formal yang diharapkan akan dirasakan oleh anak pada umur tertentu di masa mendatang. Standar

- hidup yang layak digambarkan oleh pengeluaran per kapita disesuaikan, yang ditentukan dari nilai pengeluaran per kapita dan paritas daya beli (*purchasing power parity*).
- IPM dihitung berdasarkan rata-rata geometrik indeks kesehatan, indeks pengetahuan, dan indeks pengeluaran. Penghitungan ketiga indeks ini dilakukan dengan melakukan standardisasi dengan nilai minimum dan maksimum masing-masing komponen indeks.
- IPM merupakan indikator yang digunakan untuk melihat perkembangan pembangunan dalam jangka panjang. Untuk melihat kemajuan pembangunan manusia, terdapat dua aspek yang perlu diperhatikan, yaitu kecepatan dan status pencapaian. Secara umum, pembangunan manusia D.I. Yogyakarta terus mengalami kemajuan selama periode 2010 hingga 2018. IPM D.I. Yogyakarta meningkat dari 75,37 pada tahun 2010 menjadi 79,53 pada tahun 2018. Sementara angka nasional IPM Tahun 2018 sebesar 71,39.
 - Selama periode tersebut, IPM D.I. Yogyakarta rata-rata tumbuh sebesar 0,65 persen per tahun dan levelnya tetap pada posisi “tinggi” mulai tahun 2010.

Indeks Pembangunan Manusia (IPM) D.I. Yogyakarta dan Indonesia, 2010-2017



Sumber : BPS DIY

Gambar 6 Grafik IPM Nasional dan DIY 2018

Pada tahun 2018, pencapaian pembangunan manusia di tingkat kabupaten/kota di D.I. Yogyakarta cukup bervariasi. IPM pada level kabupaten/kota berkisar antara 69,24 (Gunungkidul) hingga 86,11 (Kota Yogyakarta). IPM Kota Yogyakarta merupakan tertinggi dari seluruh kabupaten/ kota di Indonesia. Pada dimensi umur panjang dan hidup sehat, Umur Harapan Hidup saat lahir berkisar antara 73,66 tahun (Bantul) hingga 75,12 tahun (Kulon Progo). Umur Harapan Hidup Kabupaten Kulon Progo merupakan tertinggi di antara seluruh kabupaten/kota di Indonesia. Sementara itu pada dimensi pengetahuan, Harapan Lama Sekolah berkisar antara 12,95 tahun (Gunungkidul) hingga 17,05 tahun (Kota Yogyakarta). Harapan Lama Sekolah Kota Yogyakarta juga merupakan yang tertinggi di Indonesia. Rata-rata Lama Sekolah berkisar antara 6,99 tahun (Gunungkidul) hingga 11,43 tahun (Kota Yogyakarta). Pengeluaran per kapita di tingkat kabupaten/ kota di D.I. Yogyakarta berkisar

antara 9,16 juta rupiah per tahun (Gunungkidul) hingga 18,63 juta rupiah per tahun (Kota Yogyakarta).

Kemajuan pembangunan manusia pada tahun 2018 juga terlihat dari perubahan status pembangunan manusia di tingkat kabupaten/kota. Kulon Progo sejak tahun 2013 naik level dari status “sedang” menjadi “tinggi”. Sleman sejak 2011 sudah naik level dari status “tinggi” menjadi “sangat tinggi”. Sementara itu, tiga wilayah lain tidak mengalami perubahan status. Bantul tetapi pada status “tinggi”, Gunungkidul masih tetap di status “sedang, dan Kota Yogyakarta sudah sejak awal 2010 sudah masuk status “sangat tinggi”.

Peningkatan IPM D.I. Yogyakarta juga tercermin pada peningkatan level kabupaten/ kota. Selama periode 2016 hingga 2018, seluruh kabupaten/kota di D.I. Yogyakarta mengalami peningkatan IPM. Pada periode ini, tercatat Kulon Progo, Gunungkidul, dan Sleman mengalami kemajuan pembangunan manusia di atas peningkatan provinsi, yaitu masing-masing 1,17 persen 1,34 persen, dan 0,85 persen. Peningkatan pembangunan manusia di Kulon Progo didorong oleh seluruh dimensi IPM terutama oleh komponen Harapan Lama Sekolah, Rata-rata Lama Sekolah, dan Standar Hidup Layak. Peningkatan di Gunungkidul didorong oleh seluruh komponen, kecuali Harapan Lama Sekolah, sedangkan peningkatan Sleman didorong oleh semua komponen, kecuali Rata-rata Lama Sekolah. Sementara itu, Bantul dalam dua tahun terakhir peningkatan pembangunan manusianya masih yang paling lambat di D.I. Yogyakarta.



BAB III SITUASI DERAJAT & UPAYA KESEHATAN

3.1. Derajat Kesehatan Masyarakat

Derajat kesehatan masyarakat adalah rangkuman angka yang dirancang untuk menggambarkan aspek-aspek tertentu dari kinerja kesehatan atau derajat kesehatan (AIHW, 2013). Derajat kesehatan masyarakat merupakan gambaran kemampuan atau kinerja petugas kesehatan untuk mencapai indikator kesehatan. Indikator kesehatan yang dinilai paling peka dan telah disepakati secara nasional sebagai ukuran derajat kesehatan suatu wilayah meliputi : (1) Umur Harapan Hidup (UHH), (2) Angka Kematian Ibu (AKI), (3) Angka Kematian Bayi (AKB), (4) Angka Kematian Balita (AKABA), dan (5) Status Gizi Bayi/Balita (Kementrian Kesehatan, 2010).

3.1.1. Umur Harapan Hidup (UHH)

Derajat kesehatan masyarakat yang tinggi dapat digunakan sebagai acuan keberhasilan program kesehatan dan program pembangunan ekonomi yang secara tidak langsung dapat meningkatkan umur harapan hidup (UHH). Menurut Statistik Indonesia, umur harapan hidup pada saat lahir (*life expectancy at birth*) ialah rata-rata tahun hidup yang akan dijalani oleh bayi yang baru lahir pada suatu tahun tertentu. Umur harapan hidup di suatu wilayah berbeda dengan wilayah lainnya tergantung dari kualitas hidup yang mampu dicapai oleh penduduk (Sugiantari, 2013).

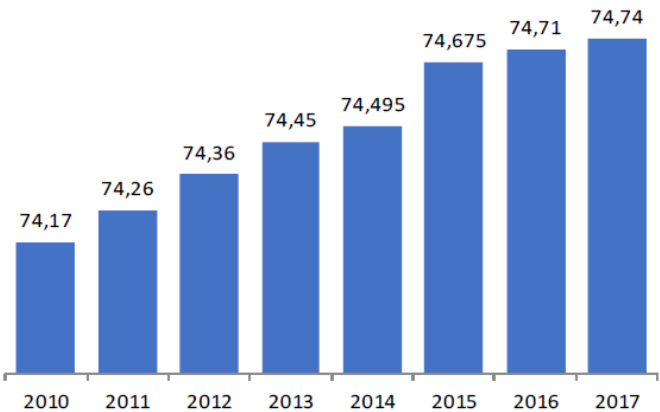
World Health Organization (2014) menyebutkan bahwa angka harapan hidup saat lahir mencerminkan tingkat kematian keseluruhan populasi. Angka harapan hidup saat lahir merangkum pola mortalitas yang berlaku di semua kelompok umur pada tahun tertentu (anak dan remaja, dewasa, dan orang tua).

Umur harapan hidup diperoleh melalui survey yang dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) yang pelaksanaannya tidak tentu setiap tahunnya. Akibatnya, angka tersebut tidak tersedia setiap tahun. Oleh karena itu, usia harapan hidup dapat diperoleh melalui laporan rutin yang diperoleh melalui fasilitas kesehatan dengan mekanisme tertentu dan disampaikan kepada Dinas Kesehatan DIY.

Umur harapan hidup di DIY lebih tinggi dibandingkan dengan umur harapan hidup nasional. Umur harapan hidup nasional tahun 2018 adalah 71,2 tahun (ipm.bps.go.id). Sementara itu umur harapan hidup di DIY tahun 2018 mencapai 74,82 tahun. Umur harapan hidup di DIY tergolong tinggi jika dibandingkan dengan provinsi

lainnya di Indonesia. Selain DIY, provinsi lain yang memiliki umur harapan hidup tinggi adalah DKI Jakarta dan Bali. Umur harapan hidup di DKI Jakarta adalah 76,2 tahun. Sementara itu, umur harapan hidup di Bali adalah 74,3 tahun (BPS Indonesia, 2012).

Umur Harapan Hidup saat Lahir (UHH) D.I. Yogyakarta, 2010-2017



Sumber : BPS DIY

Gambar 7 Grafik Umur Harapan Hidup di DIY Hasil Sensus Penduduk

Grafik di atas menunjukkan bahwa umur harapan hidup di DIY mengalami peningkatan sejak 40 tahun terakhir. Peningkatan ini terjadi di semua jenis kelamin. Meskipun begitu, umur harapan hidup perempuan (76 tahun) lebih tinggi dibandingkan laki-laki (72 tahun).

Peningkatan umur harapan hidup yang terjadi di DIY dipengaruhi oleh banyak hal. Kesehatan menjadi salah satu hal yang memiliki peran penting dalam peningkatan tersebut. Peran pengaruh kesehatan dalam meningkatkan usia harapan hidup ditunjukkan dari semakin menurunnya angka kematian, perbaikan pelayanan kesehatan, dan perbaikan gizi di masyarakat.

Umur Harapan Hidup saat lahir (UHH) yang merepresentasikan dimensi umur panjang dan hidup sehat terus meningkat dari tahun ke tahun. Selama periode 2010 hingga 2018, D.I. Yogyakarta telah meningkatkan Umur Harapan Hidup saat lahir sebesar 0,57 tahun atau tumbuh sebesar 0,11 persen per tahun. Pada tahun 2010, Umur Harapan Hidup saat lahir di D.I. Yogyakarta hanya sebesar 74,17 tahun, dan pada tahun 2018 telah mencapai 74,82 tahun.

3.1.2. Tingkat Kematian (*Mortalitas*)

a. Kasus Kematian Ibu

Kematian ibu atau *maternal death* menurut batasan dari *Tenth Revision of The International Classification of Disease (ICD-10)* adalah kematian wanita yang terjadi pada saat kehamilan, atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan. Kematian ibu disebabkan oleh kejadian yang berhubungan dengan kehamilan, atau yang diperberat

oleh kehamilan tersebut atau penanganannya. Kematian ibu bukan kematian yang disebabkan oleh kecelakaan atau kebetulan (WHO, 2010).

Angka kematian ibu (AKI) termasuk di dalam target pencapaian *Millenium Development Goals* (MDGs) nomor lima. MDGs menargetkan bahwa setiap negara yang telah menyepakati MDGs harus berhasil mengurangi $\frac{3}{4}$ resiko jumlah kematian ibu. Oleh karena itu, Indonesia harus berhasil menurunkan angka kematian ibu menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015.

Indonesia terancam gagal memenuhi target MDGs tahun 2015. Data menunjukkan bahwa AKI di Indonesia berdasarkan SDKI tahun 2012 (359 per 100.000 kelahiran hidup) mengalami peningkatan dibandingkan SDKI tahun 2007 (228 per 100.000 kelahiran hidup). Padahal, sebelumnya, AKI sempat menurun secara bertahap, dari 390 (1991) menjadi 334 (1997), 307 (2003), dan 228 (2007).

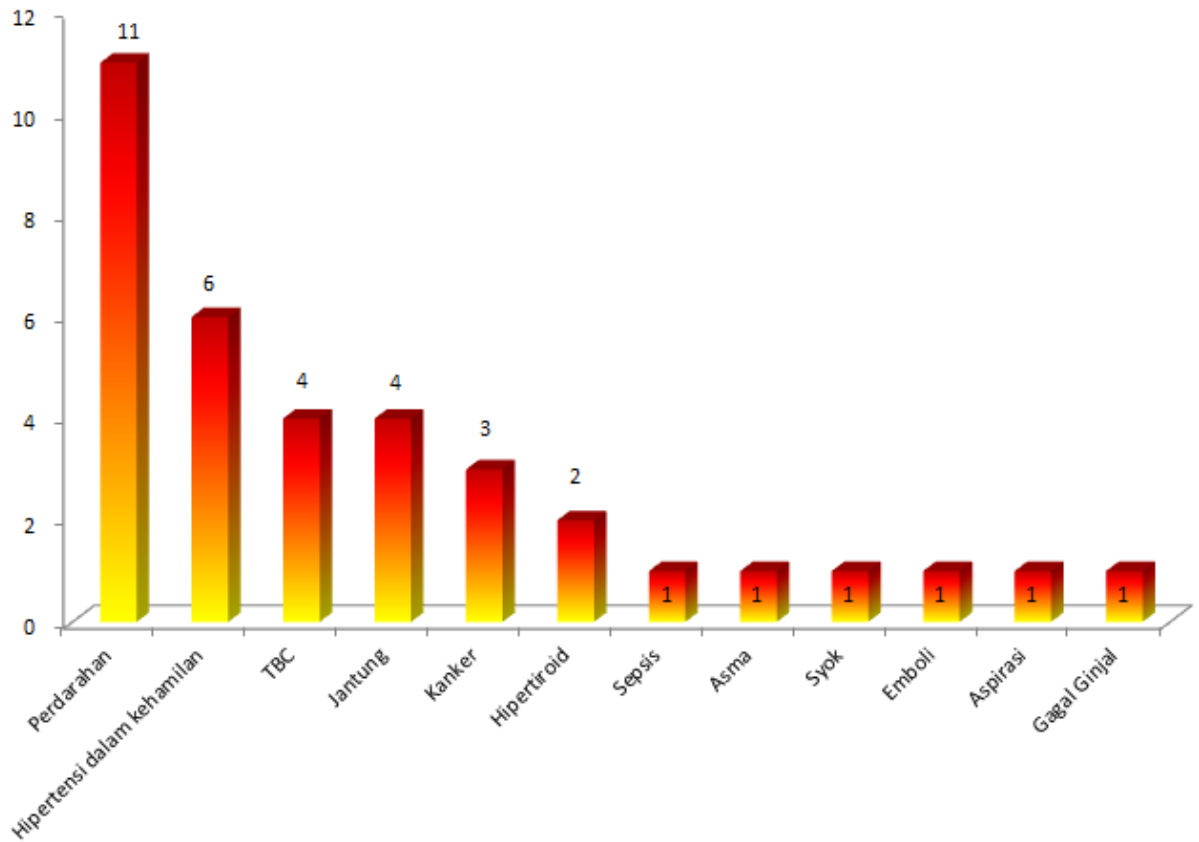
Tabel 5Jumlah Kematian Ibu, Bayi dan Balita DIY 2012-2018

| Tahun | Kematian Ibu | Kematian Neonatus | Kematian Bayi | Kematian Balita | Jumlah Lahir Hidup |
|-------|--------------|-------------------|---------------|-----------------|--------------------|
| 2012 | 40 | 281 | 400 | 450 | 45.843 |
| 2013 | 46 | 340 | 449 | 508 | 45.436 |
| 2014 | 40 | 280 | 405 | 454 | 45.592 |
| 2015 | 29 | 248 | 329 | 378 | 43.704 |
| 2016 | 39 | 192 | 278 | 323 | 43.026 |
| 2017 | 34 | 234 | 313 | 343 | 42.348 |
| 2018 | 36 | 234 | 318 | 351 | 43.005 |

Sumber : Laporan Seksi Kesga Dinkes DIY

Tabel diatas menunjukkan bahwa jumlah kematian ibu di DIY tahun 2014 (40 ibu) mengalami penurunan dibandingkan dengan tahun 2013 (46 ibu). Pada tahun 2015 penurunan jumlah kematian ibu sangat signifikan hingga menjadi sebesar 29 kasus. Namun pada tahun 2016 kembali naik tajam menjadi 39 kasus dan kembali sedikit turun menjadi 34 pada tahun 2017, namun naik lagi di tahun 2018 menjadi 36. Kasus terbanyak terjadi di Kabupaten Bantul (14 kasus) dan terendah di Kabupaten Kulon Progo (3 kasus).

Penyebab kematian ibu yang paling banyak ditemukan di DIY adalah karena perdarahan (11), hipertensi dalam kehamilan (6), TBC (4), jantung (4), kanker (3), hipertiroid(2), sepsis, asma, syok, emboli, aspirasi, dan gagal ginjal masing-masing 1 kasus.



Sumber : Laporan Seksi Kesga Dinkes DIY

Gambar 8 Penyebab Kematian Ibu DIY Tahun 2018

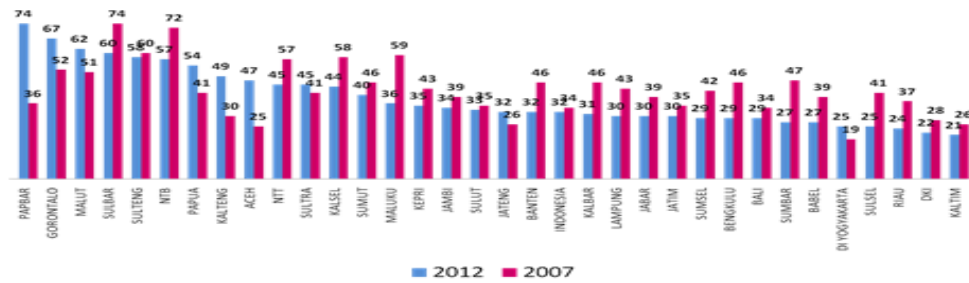
3.1.3. Angka Kematian Bayi (AKB)

Angka kematian bayi (*Infant Mortality Rate*) merupakan salah satu indikator penting dalam menentukan tingkat kesehatan masyarakat karena dapat menggambarkan kesehatan penduduk secara umum. Angka ini sangat sensitif terhadap perubahan tingkat kesehatan dan kesejahteraan. Angka kematian bayi tersebut dapat didefinisikan sebagai kematian yang terjadi antara saat setelah bayi lahir sampai bayi belum berusia tepat satu tahun (BPS Indonesia, 2014).

Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan indikator kesehatan yang termasuk di dalam salah satu target MDGs. MDGs menargetkan bahwa setiap negara yang telah berkomitmen di dalam MDGs harus mampu menurunkan $\frac{2}{3}$ angka kematian bayi dari kondisi tahun 1999. Oleh karena itu, AKB di Indonesia harus berada kurang dari atau sama dengan 23 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2015.

Hasil SDKI 2012 menunjukkan bahwa AKB DIY menduduki peringkat lima besar terbaik secara nasional bersama dengan Kalimantan Timur, DKI Jakarta, Riau, dan Sulawesi Selatan (SDKI, 2012). Meskipun begitu, DIY belum mampu memenuhi target MDGs karena AKB tahun 2012 masih berada di angka 25 per 1000 kelahiran hidup.

Angka Kematian Bayi, SDKI 2012 & 2007



Sumber : SDKI 2012

Gambar 9 Angka Kematian Bayi, SDKI 2012 & 2007

Secara umum kasus kematian bayi di DIY fluktuatif dari tahun 2014 – 2017. Tahun 2014 sebesar 405 dan turun cukup banyak pada tahun 2015 yaitu menjadi 329, turun menjadi 278 pada tahun 2016, namun kembali naik menjadi 313 pada tahun 2017. Kasus kematian bayi tertinggi di Kabupaten Bantul (108 kasus) dan terendah di Kota Yogyakarta (33 kasus). Penyebab umum kematian bayi dan neonatal di DIY adalah berat bayi lahir rendah (BBLR) dan sepsis. Selain itu, penyebab lain kematian bayi yang sering dijumpai di DIY antara lain asfiksia pada saat lahir karena lama di jalan kelahiran, letak melintang, serta panggul sempit.

3.1.4. Angka Kematian Balita (AKABA)

Balita atau bawah lima tahun adalah semua anak termasuk bayi yang baru lahir, yang berusia 0 sampai menjelang tepat 5 tahun (4 tahun, 11 bulan, 29 hari). Oleh karena itu, angka kematian balita adalah jumlah kematian anak berusia 0 sampai menjelang tepat 5 tahun (4 tahun, 11 bulan, 29 hari) selama satu tahun tertentu per 1000 anak umur yang sama pada pertengahan tahun itu (termasuk kematian bayi) (BPS Indonesia, 2014).

Hasil SDKI tahun 2012 menunjukkan bahwa AKABA DIY sebesar 30 per 1000 kelahiran hidup. Sementara itu, profil kesehatan DIY tahun 2012 menyebutkan bahwa AKABA DIY adalah 9,8 per 1000 kelahiran hidup. Hal ini menunjukkan bahwa DIY telah memenuhi target Pemerintah Indonesia (32 per 1000 kelahiran hidup). Kasus kematian Balita di DIY juga fluktuatif dari tahun 2012-2017, tetapi pada kurun waktu 4 tahun terakhir mengalami penurunan yaitu 454 pada tahun 2014 dan turun menjadi 378 pada tahun 2015, turun lagi menjadi 323 pada tahun 2016 dan naik menjadi 343 pada tahun 2017 dan 351 pada tahun 2018.

3.1.5. Status Gizi

Status gizi merupakan salah satu faktor yang menentukan sumber daya manusia dan kualitas hidup. Status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat konsumsi makanan dan penggunaan zat-zat (Almatsier, 2001:3). Sedangkan menurut Suhardjo (2003:256) status gizi adalah keadaan tubuh sebagai akibat dari pemakaian, penyerapan, dan penggunaan makanan.

a. Status Gizi Bayi/Balita

Status gizi bayi/balita merupakan salah satu indikator yang menggambarkan tingkat kesejahteraan masyarakat. Penilaian status gizi bayi/balita dapat dilakukan dengan pengukuran antropometri. Indikator yang diukur ada 3 macam, yaitu berat badan menurut umur (BB/U), tinggi badan menurut umur (TB/U) dan berat badan menurut tinggi badan (BB/TB). Indikator yang sering digunakan adalah berat badan menurut umur (BB/U). Hasil yang didapatkan kemudian dibandingkan dengan data dari WHO, dimana gizi normal adalah nilai z-score didalam $\pm 2SD$, gizi kurang adalah nilai z-score kurang dari $-2SD$ tetapi lebih dari $-3SD$, gizi buruk adalah nilai z-score kurang dari $-3SD$ dan gizi lebih adalah nilai z-score lebih dari $2SD$ (Arisman, 2007).

(i) Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR)

Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) ialah bayi baru lahir dengan berat badan saat lahir kurang dari 2.500 gram (sampai dengan 2.499 gram). Prevalensi BBLR di DIY tahun 2015 adalah 5,32%. Angka ini lebih rendah dari prevalensi BBLR tingkat nasional yang mencapai 8,8% (Kemenkes RI, 2010). Angka prevalensi BBLR (%) selama 4 tahun terakhir adalah sebagai berikut :

Tabel 6 Prevalensi BBLR DIY 2014-1018

| No. | Kabupaten/Kota | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----|-----------------|------|------|------|------|------|
| 1. | Kulon Progo | 7,11 | 6,95 | 7.47 | 6,69 | 7.09 |
| 2. | Bantul | 3,58 | 3,62 | 3.66 | 3,79 | 3.80 |
| 3. | Gunung Kidul | 6,19 | 7,33 | 6.68 | 5,67 | 7.15 |
| 4. | Sleman | 4,85 | 4,81 | 4.84 | 4,65 | 5.37 |
| 5. | Yogyakarta | 5,65 | 6,45 | 5.47 | 5,16 | 6.64 |
| | D.I. Yogyakarta | 4,71 | 5,32 | 5.20 | 4,86 | 5.52 |

Sumber : Laporan Seksi Gizi Dinkes D.I. Yogyakarta

(ii) Gizi Buruk dan Gizi Kurang

Keadaan gizi buruk dan kurang dapat menurunkan daya tahan tubuh terhadap berbagai penyakit, terutama penyakit infeksi yang mengganggu pertumbuhan dan perkembangan fisik, serta mental dan jaringan otak.

Prevalensi balita Kurang Energi Protein (Gizi Buruk dan Kurang) di DIY tahun 2015 sebesar 8,04. Prevalensi KEP ini menurun dibandingkan dengan tahun 2013 tetapi sedikit lebih tinggi dari tahun 2014. Pada tahun 2016 KEP DIY sebesar 8,83 dan kembali turun menjadi 8,26 pada tahun 2017 dan turun lagi menjadi 7.94. Angka prevalensi selama tiga tahun terakhir masih berkisar pada angka 7-8 yang menunjukkan bahwa upaya yang dilakukan dalam rangka penurunan prevalensi KEP Balita di DIY belum tercapai secara maksimal. Kondisi paling tinggi prevalensi balita KEP adalah Kabupaten Kulon Progo sebesar 11,81 dan terendah di Gunung Kidul 7,06.

Tabel 7 Prevalensi KEP DIY Tahun 2017-2018

| No. | Kabupaten/Kota | 2017 | 2018 |
|-----|-----------------|-------|-------|
| 1. | Kulon Progo | 12,33 | 11.84 |
| 2. | Bantul | 8,04 | 8.46 |
| 3. | Gunung Kidul | 7,34 | 7.06 |
| 4. | Sleman | 7,33 | 7.84 |
| 5. | Yogyakarta | 8,40 | 8.53 |
| | D.I. Yogyakarta | 8,26 | 7.94 |

Sumber : Laporan Seksi Gizi Dinkes D.I. Yogyakarta

(iii) Bawah Garis Merah (BGM)

Bawah Garis Merah (BGM) merupakan standar yang biasa digunakan untuk menggambarkan status gizi balita. Balita BGM adalah balita yang ditimbang berat badannya berada pada garis merah atau di bawah garis merah pada Kartu Menuju Sehat (KMS). BGM dapat menyebabkan penurunan daya tahan tubuh serta mengganggu pertumbuhan dan perkembangan fisik, mental, dan jaringan otak.

BGM memang bukan menunjukkan keadaan gizi buruk, tetapi sebagai peringatan untuk konfirmasi dan tindak lanjut, karena apabila balita BGM tidak segera ditangani, maka akan semakin memperburuk kesehatan Balita tersebut sehingga bisa menimbulkan kematian Balita. Padahal, badan kesehatan dunia (WHO) memperkirakan 54% kematian bayi dan anak dilatarbelakangi oleh keadaan

gizi yang buruk. Sementara itu, hasil penelitian di Indonesia menunjukkan bahwa gizi buruk menyebabkan 80% kematian anak (WHO, 2011).

Tabel 8 Persentase BGM di DIY Tahun 2014-2018

| Kab/kota | 2014(%) | 2015(%) | 2016(%) | 2017 (%) | 2018(%) |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Kota Yogyakarta | 1.06 | 1.06 | 0,94 | 1,09 | 0.98 |
| Bantul | 0.74 | 0.60 | 0,63 | 0,59 | 0.69 |
| Kulon Progo | 0.88 | 0.87 | 1,32 | 1,01 | 0.90 |
| Gunungkidul | 0.90 | 1.69 | 0,51 | 1,24 | 1.06 |
| Sleman | 0.58 | 0.47 | 1,04 | 0,42 | 0.40 |
| DIY | 0.77 | 0.84 | 0,81 | 0,76 | 0.72 |

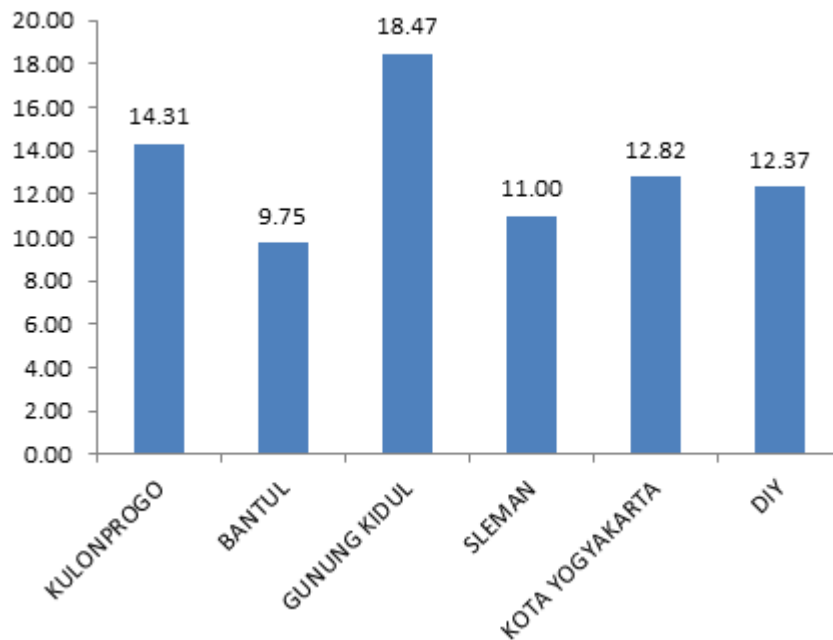
Sumber : Seksi Kesga & Gizi Dinas Kesehatan DIY

Tabel di atas menunjukkan bahwa persentase BGM di DIY mengalami peningkatan pada tahun 2015, kemudian selama 3 tahun terakhir mengalami penurunan dari 0,84 (2015), 0,81 (2016) , 0,76 (2017) dan 0.72 (2018). Angka ini menunjukkan bahwa upaya penurunan prevalensi BGM di DIY cukup berhasil terbukti dengan penurunana selama 4 tahun terakhir.

(iv) Stunted

Stunted adalah pertumbuhan yang terhambat (tumbuh pendek). *Stunted* terjadi akibat kegagalan pada saat proses tumbuh kembang seorang anak karena kondisi kesehatan dan asupan gizi yang tidak optimal. *Stunted* sering berkaitan erat dengan kondisi sosial ekonomi, paparan suatu penyakit, dan asupan gizi yang kurang secara kuantitas dan kualitas (WHO, 2014). *Stunted* merupakan keadaan tubuh yang pendek dan sangat pendek sehingga melampaui defisit -2 SD dibawah median panjang atau tinggi badan (Manary & Solomons, 2009).

Stunted merupakan masalah kesehatan masyarakat karena berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya kesakitan dan kematian, perkembangan motorik terlambat, dan terhambatnya pertumbuhan mental (Waterlow, 1994). Anak-anak *stunted* menghadapi kemungkinan yang lebih besar untuk tumbuh menjadi orang dewasa yang kurang berpendidikan, miskin, kurang sehat dan lebih rentan terhadap penyakit tidak menular (UNICEF, 2004).



Sumber : Laporan Seksi Gizi Dinkes DIY

Gambar 10 Grafik Prevalensi Balita Stunted DIY 2018

Prevalensi balita pendek di DIY pada tahun 2017 sebesar 13,86 % dan angka ini turun menjadi 12,37 pada tahun 2018. Prevalensi balita pendek terbesar adalah Kabupaten Gunung Kidul (18,47) dan terendah Kabupaten Bantul (9,75). Dari angka ini terlihat bahwa prevalensi balita sangat pendek di DIY lebih rendah jika dibandingkan dengan Riskesdas tahun 2018 (21.4%).

(v) Gizi Lebih

Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY) pada saat ini mengalami permasalahan gizi ganda. Di satu sisi, masih banyak ditemukan Balita menderita gizi kurang dan gizi buruk. Di sisi lain, Balita dengan kasus gizi lebih mulai banyak ditemukan di DIY.

Gizi lebih pada anak umum-nya lebih ringan dibandingkan dengan obesitas pada orang dewasa. Akan tetapi, kasus gizi lebih derajat berat pada anak mungkin telah disertai gangguan pernapasan, hipertensi, dermatitis, dan lain-lain. Meskipun begitu, gizi lebih yang dibiarkan cenderung akan berlanjut menjadi kelebihan berat badan pada saat dewasa.

Gizi lebih di DIY juga merupakan masalah kesehatan yang harus mendapatkan perhatian. Berdasarkan Pemantauan Status Gizi di DIY dari tahun 2013 sampai tahun 2015 bahwa Balita kegemukan (berat badan per Umur) tahun 2014 adalah 5,84%, menurun menjadi 3,81% (Tahun 2015) dan 3,11% (tahun 2016) dan turun menjadi 2,80 (tahun 2017). Permasalahan balita kegemukan berdasarkan pemantauan status gizi (BB/U) dari tiap Kabupaten/Kota menunjukkan Kota

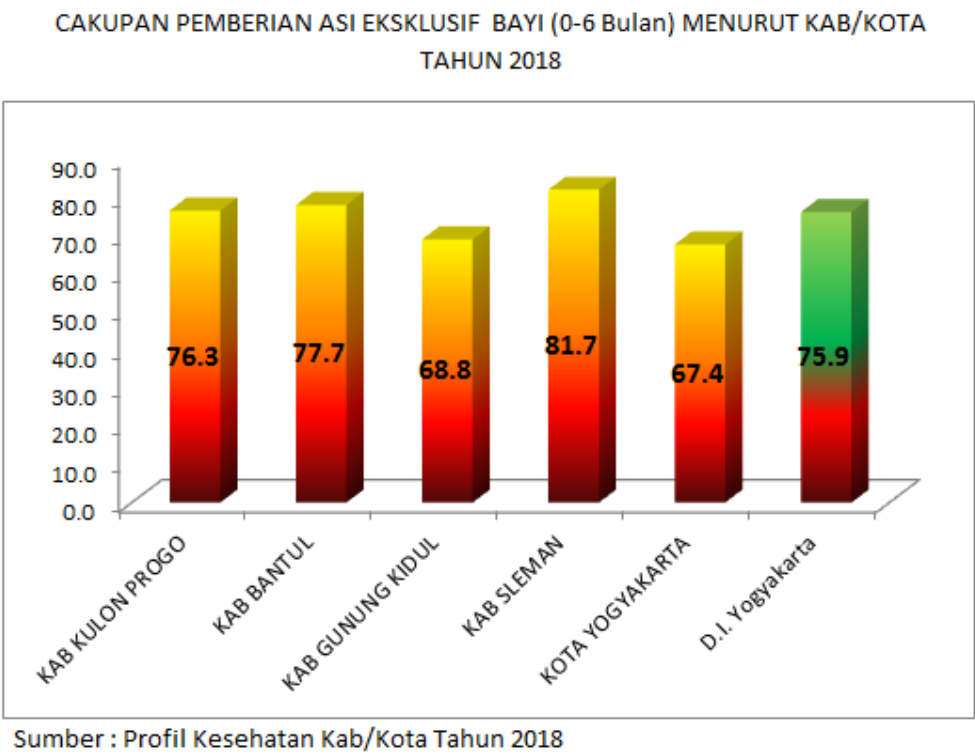
Yogyakarta tertinggi, tetapi dalam tiga tahun terakhir mengalami penurunan yang signifikan, sedangkan untuk Kabupaten Kulon Progo hampir tidak mengalami perubahan yang berarti.

(vi) ASI Eksklusif

ASI adalah *gold-standard* bagi nutrisi dan pertumbuhan bayi. (AAP, 2005; WHO, 2006). ASI adalah salah satu faktor yang mempengaruhi status gizi bayi umur 0-6 bulan. Selain itu, pemberian ASI secara eksklusif menghindarkan bayi dari kematian yang disebabkan oleh penyakit anak, mempercepat penyembuhan selama sakit, dan membantu dalam proses kelahiran (Baker, 2009).

ASI eksklusif adalah pemberian makanan kepada bayi berupa ASI saja tanpa tambahan makanan apapun kecuali obat dan air putih yang diminum bersama dengan obat dari usia 0-6 bulan (WHO, 2006). Definisi ASI eksklusif yang dikeluarkan oleh WHO ini sangat sulit diterapkan karena berbagai macam faktor sosial dan budaya.

Jumlah ibu menyusui di Indonesia semakin menurun meskipun ASI eksklusif memiliki banyak keunggulan. Ibu Indonesia cenderung memilih memberikan susu formula kepada bayinya. Perilaku ini berkembang menjadi gengsi pada sebagian ibu. Perilaku salah ini ditiru oleh ibu dari keluarga kurang mampu. Akibatnya, ibu dari keluarga kurang mampu memberikan susu formula sangat encer dan tidak memenuhi kebutuhan gizi bayi (Roesli, 2008).



Sumber : Seksi Kesga & Gizi Dinkes DIY

Gambar 11 Grafik Persentase Bayi Mendapat ASI Eksklusif DIY 2018

Grafik di atas menunjukkan bahwa persentase pemberian ASI eksklusif paling tinggi terjadi di Kabupaten Sleman dan paling rendah terjadi di Kota Yogyakarta. Upaya promosi melalui berbagai media tentang pentingnya ASI eksklusif masih terus dilakukan meskipun capaian program semakin meningkat.

b. Status Gizi Ibu Hamil

Status gizi selama kehamilan adalah salah satu faktor penting dalam menentukan pertumbuhan janin. Status gizi ibu hamil akan berdampak pada berat badan lahir, angka kematian perinatal, keadaan kesehatan perinatal, dan pertumbuhan bayi setelah kelahiran (Adair dan Bisgrove, 1991). Situasi status gizi ibu hamil sering digambarkan melalui prevalensi anemia dan Kurang Energi Kronis (KEK) pada ibu hamil.

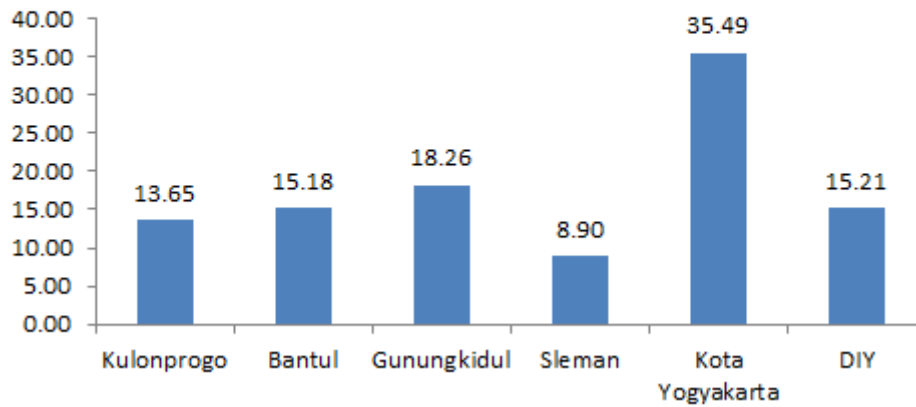
(i) Anemia

Anemia adalah suatu keadaan dimana jumlah hemoglobin dalam darah kurang dari normal. Hemoglobin ini dibuat di dalam sel darah merah, sehingga anemia dapat terjadi baik karena sel darah merah mengandung terlalu sedikit hemoglobin maupun karena jumlah sel darah yang tidak cukup.

American Society of Hematology mengungkapkan bahwa anemia ringan (9-10,4 g/dL) adalah kondisi normal yang dialami selama kehamilan karena adanya peningkatan volume darah. Sementara itu, anemia berat (<7,5 g/dL) dapat menyebabkan bayi berisiko menderita anemia pada masa kanak-kanak. Anemia pada dua trimester pertama akan meningkatkan risiko persalinan premature atau BBLR. Selain itu, anemia akan meningkatkan risiko pendarahan selama persalinan dan membuat ibu lebih sulit melawan infeksi.

Hasil penelitian Fakultas Kedokteran di seluruh Indonesia menunjukkan bahwa prevalensi anemia ibu hamil di Indonesia adalah 50-63%. Sementara itu, penelitian Puspongoro dan *Anemia World Map* pada waktu yang sama menyebutkan 51% wanita hamil menderita anemia sehingga menyebabkan kematian hingga 300 jiwa perhari.

Cakupan Bumil Anemia di DIY Tahun 2018



Sumber : Seksi Gizi Dinkes DIY

Gambar 12 Grafik Cakupan Bumil Anemia di DIY 2018

Prevalensi anemia ibu hamil di DIY pada tahun 2015 sebesar 14,85 % dan mengalami kenaikan pada tahun 2016 yaitu sebesar 16,09 % dan kembali turun menjadi 14,32 pada tahun 2017. Upaya penurunan prevalensi anemia ibu hamil harus lebih dilakukan secara optimal mengingat target penurunan jumlah kematian ibu menjadi prioritas permasalahan kesehatan di DIY.

(ii) Kurang Energi Kronis (KEK)

Kurang Energi Kronis (KEK) adalah keadaan dimana seseorang mengalami kekurangan gizi (kalori dan protein) yang berlangsung lama atau menahun. Dengan ditandai berat badan kurang dari 40 kg atau tampak kurus dan dengan Lingkar Lengan Atas (LILA) kurang dari 23,5 cm (Depkes,1999).

Hasil Riskesdas tahun 2013 menunjukkan bahwa persentase ibu hamil di Indonesia yang mengkonsumsi energi di bawah 70% Angka Kecukupan Gizi (AKG) adalah 44.8%. Sementara itu, proporsi ibu hamil KEK usia 15-19 tahun di Indonesia mencapai 31% (Bappenas, 2012).



Sumber : Seksi Gizi Dinkes DIY

Gambar 13 Grafik Prevalensi Bumil KEK DIY 2018

Prevalensi ibu hamil yang menderita KEK di DIY tahun 2015 adalah 9,11% dan meningkat pada tahun 2016 yaitu sebesar 10,39 % dan kembali naik 2 tahun berturut-turut menjadi 10,70% pada tahun 2017 dan 11,76 pada tahun 2018. Prevalensi Bumil KEK di DIY selama tahun 2013 sampai dengan tahun 2015 mengalami penurunan, begitu juga dengan angka di masing-masing Kabupaten/Kota, akan tetapi beberapa Kabupaten masih menunjukkan angka yang tinggi diatas rata rata DIY, yaitu Kota Yogyakarta, Gunung Kidul dan Kulon Progo. Permasalahan Bumil KEK merupakan permasalahan mendasar yang perlu mendapatkan penanganan yang lebih baik, mengingat status kesehatan ibu hamil sangat menentukan dalam penurunan angka kematian ibu dan bayi.

3.1.6. Morbiditas

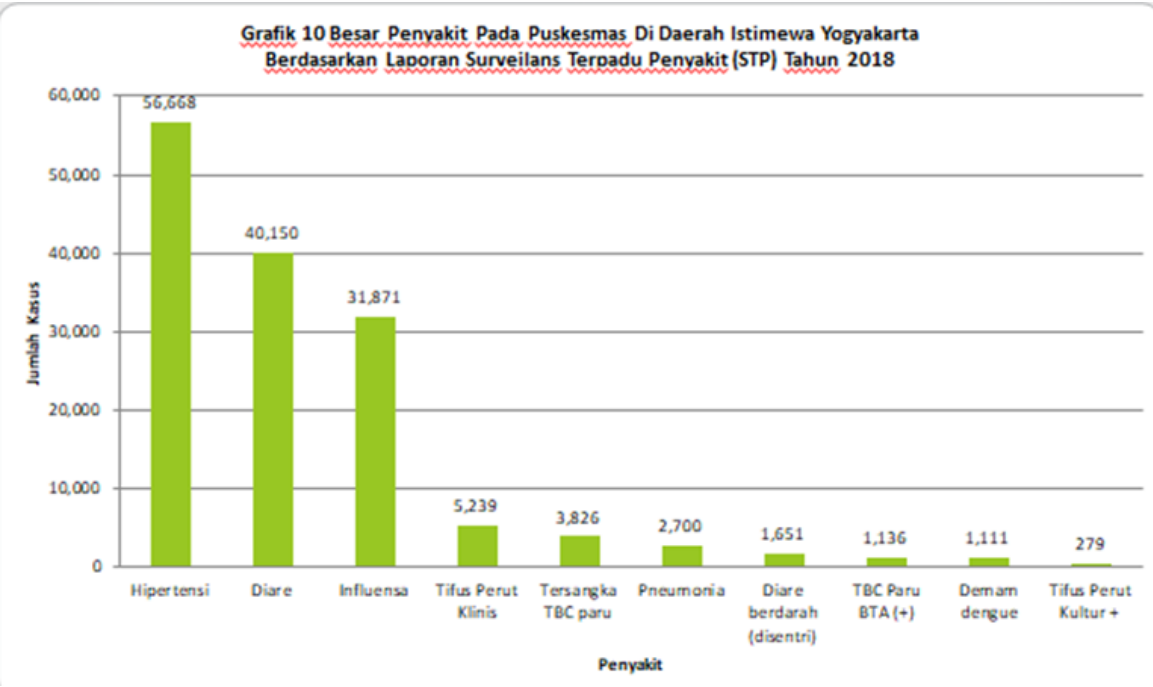
a. Pola Penyakit

Pola penyakit di DIY dipantau oleh sistem Surveilans Terpadu Penyakit (STP) dan Sistem Informasi di Puskesmas, Rumah Sakit, dan tempat pelayanan kesehatan lainnya. Pemantauan dilakukan terhadap kunjungan pasien di tempat-tempat pelayanan kesehatan tersebut.

(i) Surveillans Terpadu Penyakit (STP)

Pemantauan STP dilakukan setiap bulan berdasarkan laporan dari Puskesmas kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Selanjutnya, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota akan meneruskan ke Dinas Kesehatan DIY untuk dilakukan

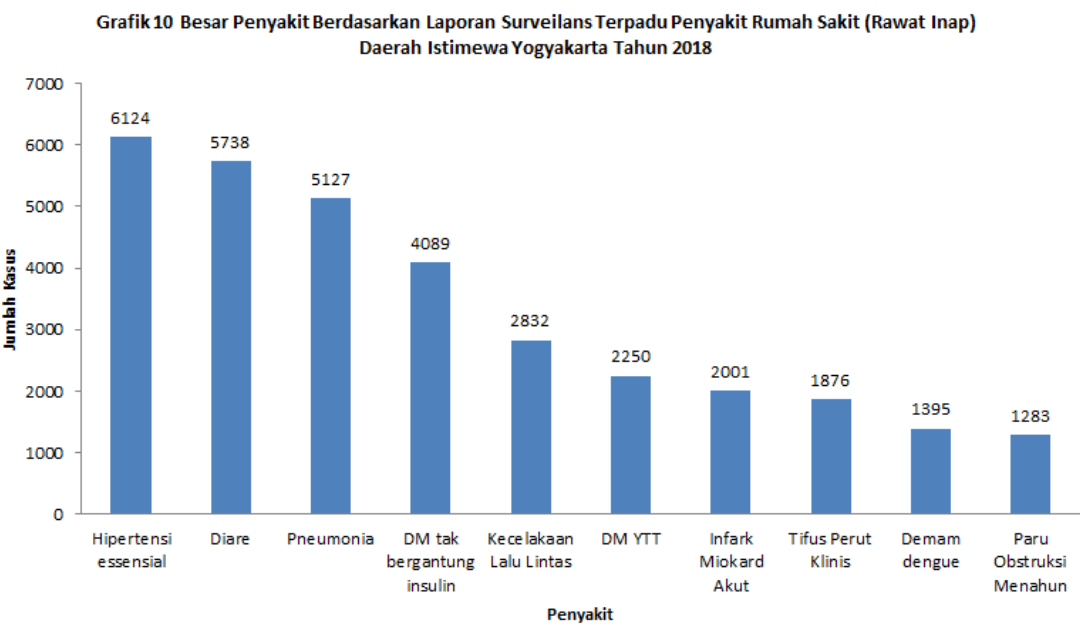
pengolahan dan pengamatan secara terus menerus terhadap penyakit yang berpotensi menyebabkan terjadinya wabah.



Sumber : Seksi Pencegahan Penyakit Dinkes DIY

Gambar 14 Grafik Pola 10 Besar Penyakit di DIY Tahun 2018 berdasarkan STP Puskesmas

Grafik di atas menunjukkan bahwa hipertensi adalah penyakit yang sering muncul (kasus baru) di DIY pada tahun 2018 berdasarkan STP Puskesmas. Secara berurutan, 10 penyakit yang sering muncul di tahun 2018 adalah Hipertensi, Diare, Influenza, Tifus Perut Klinis, Tersangka TB Paru, Pneumonia, Diare Berdarah (disentri), TBC Paru BTA(+), Demam dengue, Tifus Perut Kultur+. Terjadi pergeseran pada tahun 2016 Diare masih menduduki tertinggi mulai digeser oleh Hipertensi.



Sumber : Seksi P2 Dinkes DIY

Gambar 15 Grafik Pola Penyakit di DIY Tahun 2018 berdasarkan STP Rawat Inap RS

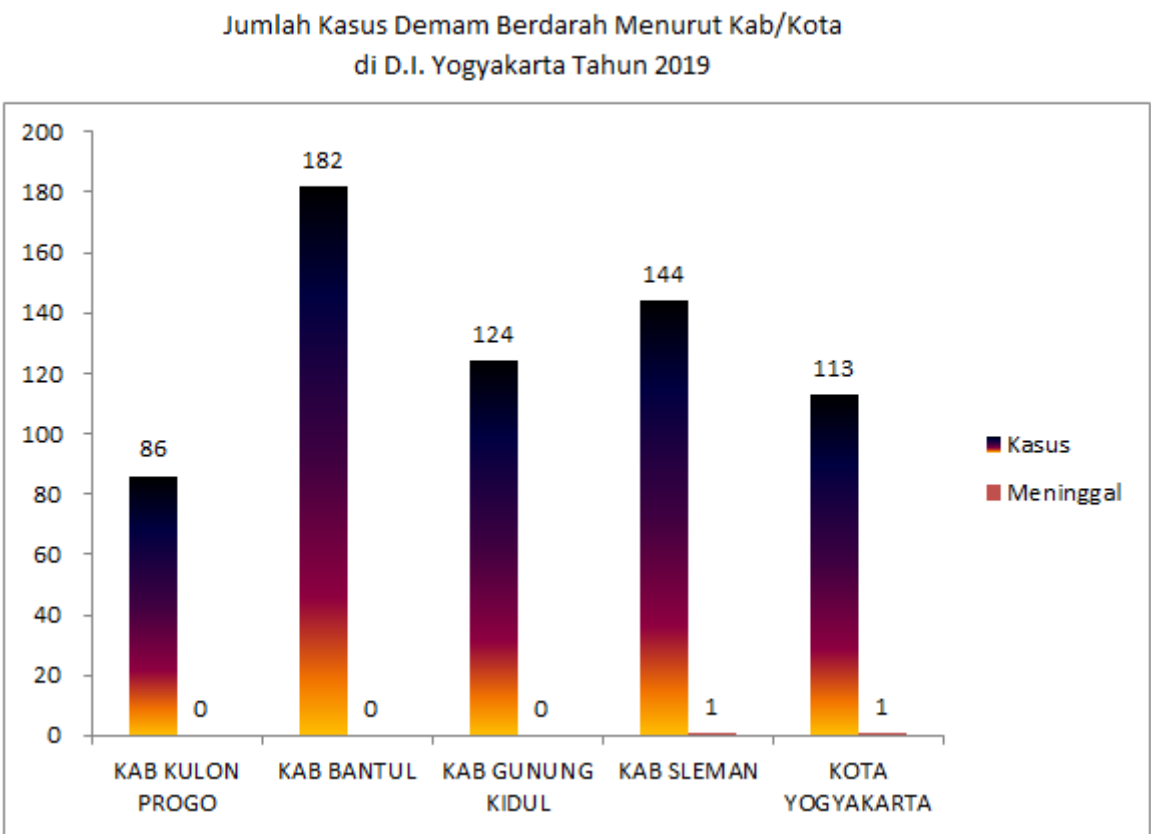
Grafik di atas menunjukkan bahwa 10 besar penyakit di DIY berdasarkan STP di rumah sakit hamper sama dengan STP Puskesmas. Sementara itu, angka kasus kecelakaan terus mengalami kenaikan yang signifkans dari 1.180 (2016) menjadi 1.931 (2017), dan 2832 kasus pada tahun 2018.

b. Penyakit Menular

1. Demam Berdarah Dengue (DBD)

Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus *dengue* yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aealbopictus* yang terinfeksi. Virus DBD biasa disebut dengan DEN. Ada beberapa tipe virus dengue antara lain DEN-1, DEN-2, dan DEN-3 (Shepherd, 2012).

Penelitian yang dilakukan di Malaysia menunjukkan bahwa terdapat 10.000 kasus DBD di Malaysia setiap tahunnya dan menyebabkan negara tersebut mengalami kerugian US\$ 13 juta per tahun. Kerugian ini setara dengan 940.000 hari kerja yang hilang.



Sumber : Seksi Pengendalian Penyakit Dinkes DIY

Gambar 16 Grafik Jumlah Kasus dan Kematian DBD DIY Tahun 2018

Jumlah kasus tertinggi di Kabupaten Bantul (182), sedangkan jumlah kasus terendah di Kabupaten Kulon Progo (86). Jumlah total kematian akibat DBD

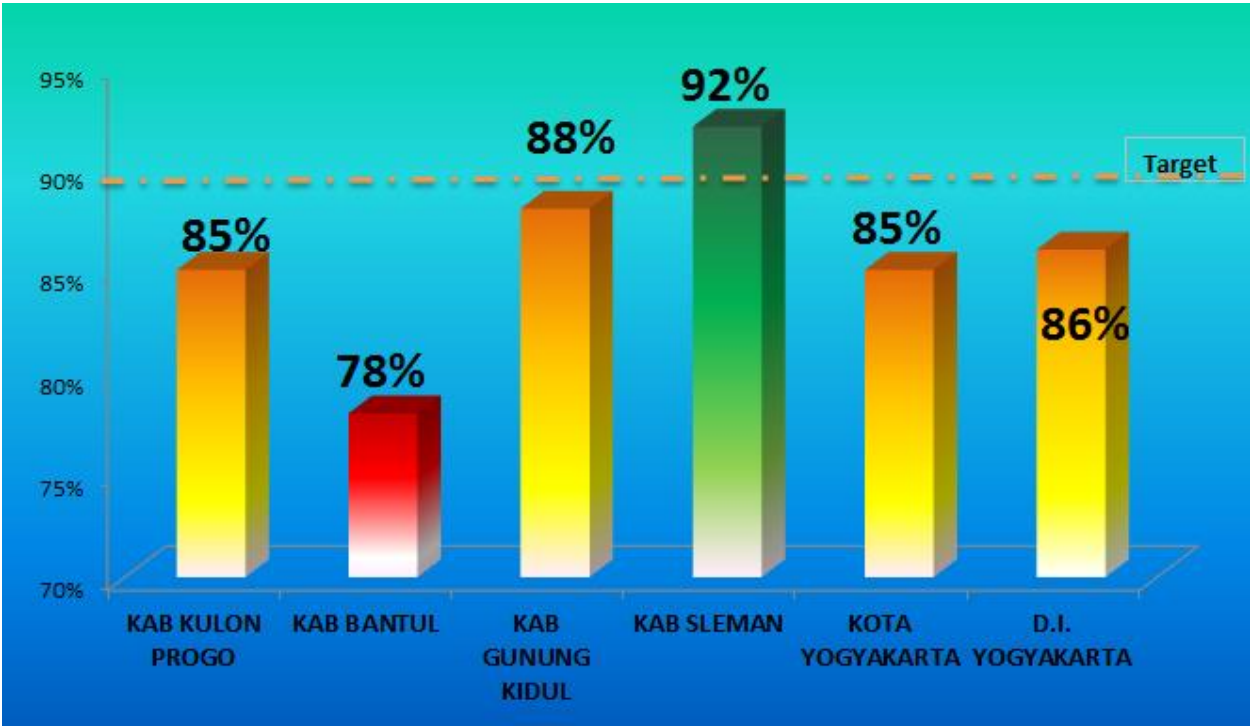
sebanyak 2 orang dengan jumlah kematian di Kabupaten Sleman dan Kota Yogyakarta.

2. Tuberkulosis (TBC)

Penyakit tuberkulosis (TBC) merupakan penyakit infeksi kronis yang terutama menyerang paru-paru namun bisa juga menyerang organ-organ lain. Penyakit ini disebabkan bakteri *Mycobacterium tuberculosis* kompleks antara lain *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*. Bakteri tersebut merupakan bakteri tahan asam berbentuk batang dan bersifat aerobik. Penyakit TBC menular melalui droplet yang dikeluarkan oleh orang yang terinfeksi TBC. Selain itu penularan TBC bersifat kontak lama dan terus menerus (Raviglione, 2009).

TBC adalah penyakit yang dapat mengancam derajat kesehatan masyarakat. TBC dapat menimbulkan angka kematian yang tinggi. Selain itu, TBC mampu menjadi comorbid berbagai penyakit fatal lainnya seperti HIV/AIDS, penyakit paru obstruksi, dan lain sebagainya. TBC memegang peranan penting dalam kasus kematian dan kesakitan akibat penyakit infeksi saluran pernafasan. Padahal, ISPA merupakan penyebab kematian terbesar dan memiliki kecenderungan peningkatan. TBC memegang peranan penting pada angka kesakitan dan kematian pada infeksi saluran pernafasan karena sifat penularannya.

Target program penanggulangan TBC adalah tercapainya penemuan pasien baru TBC BTA positif paling sedikit 70% dari perkiraan dan menyembuhkan 85% dari semua pasien tersebut serta mempertahankannya. Target ini diharapkan dapat menurunkan tingkat prevalensi dan kematian akibat TBC hingga separuhnya pada tahun 2010 dibanding tahun 1990, dan mencapai tujuan *millenium development goals* (MDGs) pada tahun 2015.



Sumber : Seksi P2 Dinkes DIY

Gambar 17 Grafik Angka Keberhasilan Pengobatan Tb (success rate) DIY tahun 2018

Angka keberhasilan pengobatan tertinggi di Kabupaten Sleman (92%) dan terendah di Bantul (78%).

3. Malaria

Malaria adalah penyakit yang mengancam keselamatan jiwa yang disebabkan oleh parasit yang ditularkan ke manusia melalui gigitan nyamuk yang terinfeksi. Parasit yang menjadi penyebab malaria antara lain *Plasmodium Falciparum*, *Plasmodium Vivax*, *Plasmodium Malariae*, dan *Plasmadium Ovale*. Namun, *Plasmodium Falciparum* dan *Plasmodium Vivax* merupakan jenis yang paling sering dijumpai.

Distribusi Kasus Malaria di D.I. Yogyakarta Tahun 2018

| No | Kab/Kota | Kasus positif malaria |
|-----------|-----------------|-----------------------|
| 1 | KULON PROGO | 37 |
| 2 | BANTUL | 22 |
| 3 | GUNUNG KIDUL | 1 |
| 4 | SLEMAN | 1 |
| 5 | KOTA YOGYAKARTA | 2 |
| TOTAL DIY | | 63 |

Sumber : Seksi P2 Dinkes DIY

Gambar 18 Grafik Distribusi Kasus Malaria Per Kab/Kota Tahun 2018

Masalah malaria di suatu wilayah (endemisitas) dapat digambarkan dengan beberapa macam ukuran, antara lain *Annual Parasite Incidence* (API) dan *Annual Malaria Incidence* (AMI). AMI adalah angka kesakitan malaria (berdasarkan gejala klinis) per 1000 penduduk dalam 1 tahun yang dinyatakan per mil (%). Sementara itu, API adalah angka kesakitan malaria (berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium) per 1000 penduduk dalam 1 tahun yang dinyatakan dalam permil (‰). Sebelum tahun 2007, AMI sering digunakan sebagai angka kesakitan malaria karena fasilitas pemeriksaan laboratorium di tingkat Puskesmas masih terbatas. Sementara itu, saat ini API lebih sering digunakan sehingga diagnosis malaria tidak hanya berdasarkan gejala klinis tetapi juga hasil laboratorium.

4. HIV-AIDS

Penyakit HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus HIV dan menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. Sedangkan AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) adalah sindrom atau kumpulan gejala yang timbul karena sangat turunnya kekebalan tubuh penderita HIV dan merupakan stadium akhir dari HIV (Fauci, 2009).

Tabel 9 Kasus HIV DIY Berdasar Jenis Kelamin s.d Tahun 2018

| PEKERJAAN | KASUS PENYAKIT | | | | | | | |
|-----------|----------------|-----|---------------|--------|------|------|---------------|--------|
| | AIDS | | | | HIV | | | |
| | L | P | TDK DIKETAHUI | JUMLAH | L | P | TDK DIKETAHUI | JUMLAH |
| 1993 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 1995 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 1998 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | 2 |
| 2000 | 2 | 0 | 0 | 2 | 5 | 0 | 0 | 5 |
| 2001 | 2 | 0 | 0 | 2 | 6 | 0 | 0 | 6 |
| 2002 | 4 | 0 | 0 | 4 | 7 | 0 | 2 | 9 |
| 2003 | 2 | 0 | 5 | 7 | 3 | 0 | 9 | 12 |
| 2004 | 14 | 1 | 0 | 15 | 31 | 1 | 1 | 33 |
| 2005 | 24 | 3 | 1 | 28 | 53 | 3 | 0 | 56 |
| 2006 | 16 | 5 | 0 | 21 | 26 | 7 | 0 | 33 |
| 2007 | 31 | 15 | 1 | 47 | 52 | 16 | 0 | 68 |
| 2008 | 38 | 6 | 1 | 45 | 88 | 21 | 2 | 111 |
| 2009 | 162 | 62 | 0 | 224 | 359 | 171 | 22 | 552 |
| 2010 | 45 | 16 | 0 | 61 | 71 | 46 | 11 | 128 |
| 2011 | 36 | 41 | 0 | 77 | 169 | 122 | 15 | 306 |
| 2012 | 134 | 93 | 0 | 227 | 278 | 185 | 0 | 463 |
| 2013 | 115 | 80 | 0 | 195 | 338 | 175 | 2 | 515 |
| 2014 | 135 | 62 | 2 | 199 | 384 | 144 | 4 | 532 |
| 2015 | 68 | 23 | 0 | 91 | 204 | 107 | 0 | 311 |
| 2016 | 152 | 72 | 0 | 224 | 429 | 154 | 35 | 618 |
| 2017 | 16 | 11 | 0 | 27 | 307 | 138 | 0 | 445 |
| 2018 | 70 | 32 | 0 | 102 | 378 | 178 | 0 | 556 |
| JUMLAH | 1068 | 524 | 10 | 1602 | 3192 | 1470 | 103 | 4765 |

Penemuan kasus HIV berfluktuatif setiap tahunnya. Pada tahun 2015 ada 313 dan naik menjadi 542 pada tahun 2016 serta turun pada tahun 2017 menjadi hanya 324. Untuk kasus AIDS pada tahun 2015 ada 92 dan meningkat menjadi 153 pada

tahun 2016 dan kembali turun pada tahun 2017 menjadi hanya 27 kasus, dan tahun 2018 naik lagi menjadi 102 kasus.

Tabel 10 Kasus HIV/AIDS Menurut Kelompok Umur di D.I. Yogyakarta tahun 2018

| | AIDS | | | | HIV | | | |
|----------------|------|-----|---------------|--------|------|------|---------------|--------|
| | L | P | TDK DIKETAHUI | JUMLAH | L | P | TDK DIKETAHUI | JUMLAH |
| tidak tahu | 57 | 21 | 2 | 80 | 190 | 67 | 10 | 267 |
| kurang 1 tahun | 5 | 2 | 1 | 8 | 16 | 9 | 1 | 26 |
| 1-4 tahun | 13 | 11 | 0 | 24 | 38 | 30 | 0 | 68 |
| 5-14 tahun | 11 | 7 | 0 | 18 | 27 | 19 | 0 | 46 |
| 15-19 | 13 | 7 | 0 | 20 | 61 | 17 | 0 | 78 |
| 20-29 | 286 | 133 | 4 | 423 | 1037 | 419 | 28 | 1484 |
| 30-39 | 330 | 195 | 2 | 527 | 851 | 513 | 21 | 1385 |
| 40-49 | 217 | 97 | 1 | 315 | 534 | 251 | 8 | 793 |
| 50-59 | 134 | 50 | 0 | 184 | 326 | 133 | 6 | 465 |
| 60 keatas | 25 | 12 | 0 | 37 | 87 | 28 | 2 | 117 |
| JUMLAH | 1091 | 535 | 10 | 1636 | 3167 | 1486 | 76 | 4729 |

Kasus HIV paling banyak ditemukan pada penduduk usia 20-29 tahun. Kasus HIV paling sedikit ditemukan pada penduduk usia lebih dari 60 tahun. Meskipun begitu, kasus HIV-AIDS masih ditemukan pada bayi usia kurang dari 1 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa penularan HIV-AIDS dari ibu ke bayi masih terjadi di DIY.

5. Filariasis

Filariasis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh cacing filaria yang ditularkan melalui berbagai jenis nyamuk. Terdapat tiga spesies cacing penyebab Filariasis yaitu: *Wuchereria Bancrofti*; *Brugia malayi*; dan *Brugia timori*. Semua spesies tersebut terdapat di Indonesia. Namun, lebih dari 70% kasus filariasis di Indonesia disebabkan oleh *Brugia malayi*.

Kasus filariasis di DIY ditemukan pada tahun 2011. Kasus filariasis pada saat itu hanya ditemukan di Kabupaten Gunungkidul. Jumlah kasus yang ditemukan pada saat itu adalah 6 kasus yang meliputi laki-laki 1 kasus dan perempuan 5 kasus.

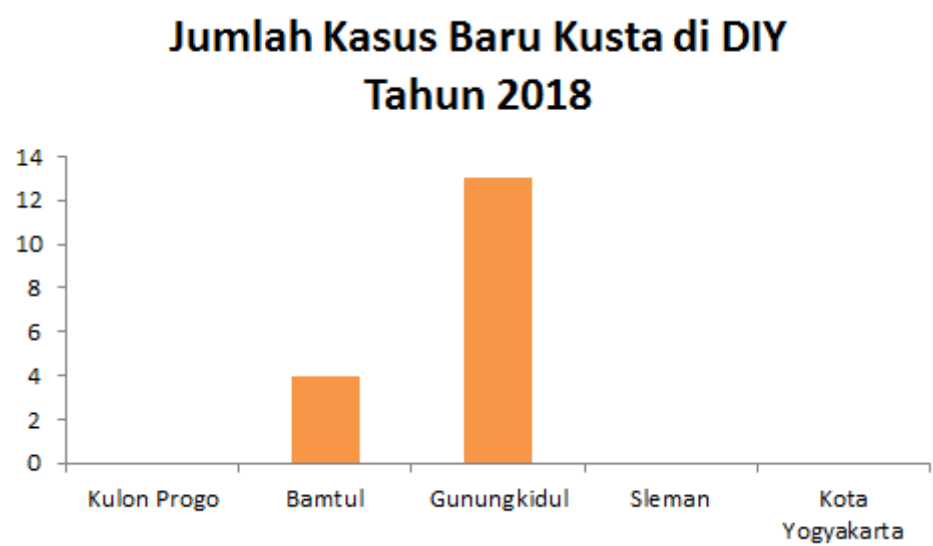
Kasus-kasus filariasis yang ditemukan di DIY pada saat itu berasal dari daerah di luar DIY. Sementara itu, tidak ditemukan kasus baru pada tahun 2013 dan 2014. Oleh karena itu, kasus-kasus filariasis yang ditemukan pada saat ini adalah kasus filariasis tahun 2011 yang sudah bersifat kronis. Kasus-kasus tersebut saat ini sudah memasuki fase L4 atau sudah tidak bersifat menular.

6. Kusta

Penyakit kusta merupakan penyakit infeksi kronis yang disebabkan oleh *Mycobacterium Leprae*. Penyakit ini menyerang saraf dan ditularkan melalui kontak langsung dan udara (droplet penderita). Akan tetapi, penularannya harus melalui kontak yang terus menerus dan dalam jangka waktu yang lama. Fakta lain tentang

kusta yang jarang diketahui oleh masyarakat adalah bahwa kusta adalah penyakit yang dapat diobati.

Penyakit kusta terdiri dari dua tipe, *Pausi Basiler* (PB) dan *Multi Basiler* (MB). *Pausi Basiler* adalah kusta kering yang ditandai dengan bercak putih seperti panu dan mati rasa atau kurang merasa. Permukaan bercak tersebut kering, kasar, tidak berkeriat, tidak tumbuh rambut/bulu, dan terjadi di 1-5 tempat. Jika diperiksa menggunakan laboratorium maka hasil pemeriksaan bakteriologis negatif (-). Kusta jenis ini mengakibatkan kerusakan saraf tepi namun bersifat tidak menular. Sementara itu, *Multi Basiler* adalah kusta basah yang ditandai dengan bercak putih kemerahan yang tersebar satu-satu atau merata di seluruh tubuh. Bercak terjadi di lebih dari 5 tempat. Selain itu, terjadi penebalan dan pembengkakan di bercak tersebut. Jika diperiksa menggunakan tes laboratorium maka hasil pemeriksaan bakteriologisnya positif (+). Kusta jenis ini menyebabkan banyak kerusakan pada saraf tepi dan sangat mudah menular.



Sumber : Seksi P2 Dinkes DIY

Gambar 19 Grafik Kasus Baru Kusta DIY Tahun 2018

Kasus kusta yang ditemukan di DIY hanya ada di 2 kabupaten, yaitu Kabupaten Gunung Kidul 13 kasus dan di Kabupaten bantul sebanyak 4 kasus, sedangkan kabupaten Kulon Progo, Sleman, dan Kota Yogyakarta tidak ada kasus baru kusta.

7. ISPA dan Pneumonia

ISPA merupakan kepanjangan dari Infeksi Saluran Pernafasan Akut dan mulai diperkenalkan pada tahun 1984 setelah dibahas dalam lokakarya Nasional ISPA di

Cipanas. Istilah ini merupakan padanan istilah bahasa Inggris yakni *Acute Respiratory Infections* (ARI).

ISPA adalah penyakit yang menyerang salah satu bagian dan atau lebih dari saluran nafas mulai dari hidung (saluran atas) hingga alveoli (saluran bawah) termasuk jaringan adneksanya, seperti sinus, rongga telinga tengah dan pleura. ISPA umumnya berlangsung selama 14 hari. Penyakit yang termasuk dalam ISPA antara lain batuk pilek biasa, sakit telinga, radang tenggorokan, influenza, bronchitis, dan juga sinusitis.

Pneumonia adalah penyakit infeksi saluran pernafasan yang menyerang bagian bawah paru-paru, yang ditandai dengan batuk dan disertai nafas cepat dan atau nafas sesak serta tarikan ke dalam pada dinding dada bagian bawah. Pneumonia umumnya terjadi pada anak kecil, terutama apabila terdapat gizi kurang ditambah dengan keadaan lingkungan yang tidak sehat, seperti contohnya terdapat asap rokok di dalam rumah, dan polusi udara. Risiko pneumonia lebih tinggi terjadi pada anak-anak karena meningkatnya kemungkinan infeksi silang, tingginya beban imunologis karena dipakai untuk penyakit parasit dan cacing, serta tidak tersedianya atau berlebihan pemakaian antibiotik.

Data pneumonia balita di DIY berasal dari laporan berbagai sarana pelayanan kesehatan pemerintah di DIY. Hasilnya menunjukkan bahwa jumlah kasus pneumonia balita ditemukan dan ditangani di DIY tahun 2018 sebesar 28,66 %. mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Untuk tahun 2018 angka penemuan dan ditangani kasus pneumonia mengalami peningkatan , dari 26,61% pada tahun 2017 menjadi 28,66 % pada tahun 2018.

8. Diare

Diare diartikan sebagai buang air besar yang tidak normal atau bentuk tinja yang encer dan frekuensinya lebih banyak dari biasanya. Neonatus dinyatakan diare bila frekuensi buang air besar sudah lebih dari 4 kali. Sementara itu, untuk bayi berumur lebih dari satu bulan dan anak dikatakan diare bila frekuensinya lebih dari 3 kali.

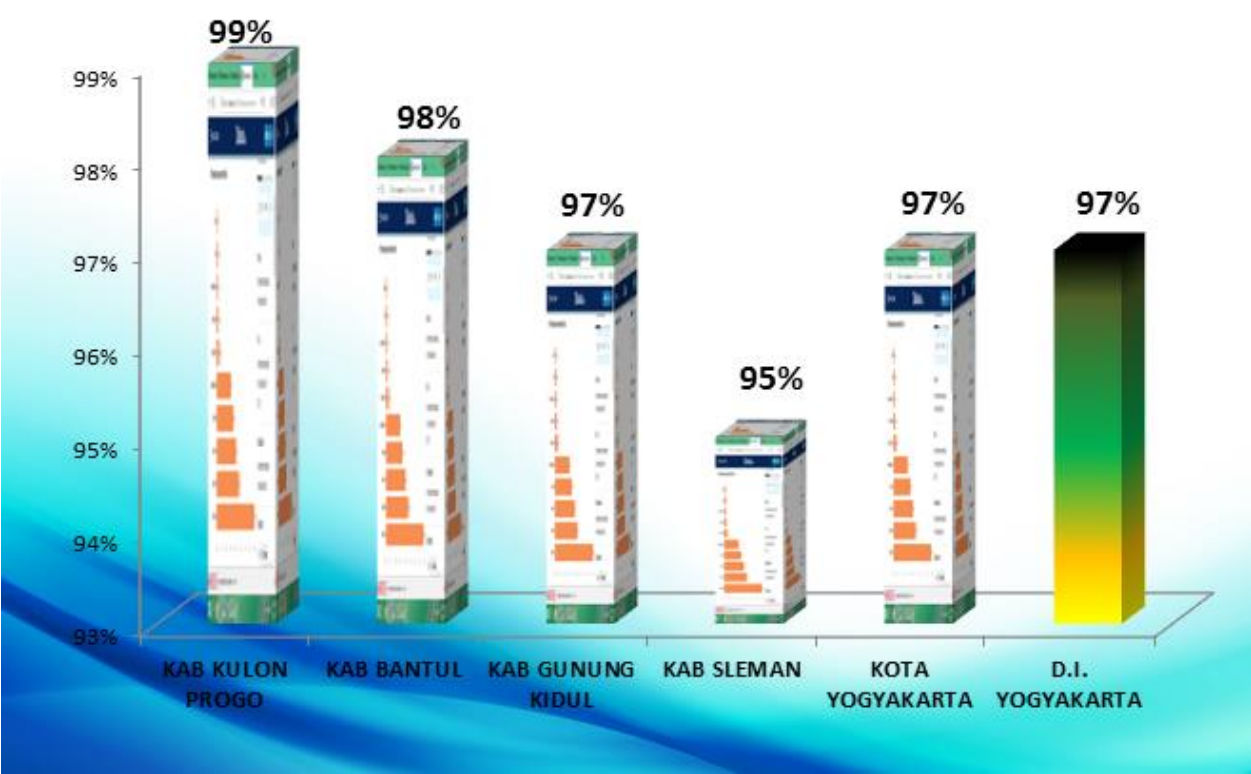
Diare selalu menjadi 10 besar penyakit yang paling banyak dijumpai kasusnya di DIY. Hal ini ditunjukkan dengan angka penderita diare di Puskesmas wilayah Kabupaten/Kota yang tinggi setiap tahunnya. Namun, sulit untuk mengetahui jumlah penderita diare yang sesungguhnya karena mengingat banyaknya penderita yang tidak terdata karena tidak mengunjungi tempat-tempat pelayanan kesehatan.

Penderita diare di DIY tergolong tinggi. Sementara itu, kasus diare yang terdata mengalami fluktuasi. Berdasarkan data STP puskesmas, jumlah kasus diare tahun 2016 sebanyak 33,033. Tahun 2017 turun menjadi 28,318 kasus. Dan tahun 2018 naik lagi menjadi 40,150 kasus.

9. Penyakit Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)

Penyakit-penyakit yang termasuk dalam program PD3I antara lain adalah difteri, tetanus, batuk rejan (*pertusis*), campak (*measles*), polio, dan tuberculosis (Notoatmodjo, 2007). Program pengendalian PD3I berada satu bagian dengan program imunisasi di Dinas Kesehatan DIY.

DIY merupakan provinsi yang memiliki tingkat pencapaian kinerja program imunisasi terbaik di Indonesia. Sejak tahun 2012, seluruh desa (100%) yang ada di DIY telah masuk dalam kategori desa UCI (*Universal Coverage Immunization*). UCI adalah suatu indikasi yang menggambarkan bahwa 90% penduduk di desa tersebut telah menjalankan imunisasi (RPJMN, 2014).



Sumber : Seksi Pencegahan Penyakit Dinkes DIY

Gambar 20 Grafik Hasil Cakupan Imunisasi Dasar Lengkap DIY Tahun 2018

Target cakupan imunisasi di DIY adalah 95% dan telah terpenuhi untuk wilayah DIY dimana hasil laporan menunjukkan bahwa cakupan semua imunisasi tahun 2014 sudah memenuhi target karena sudah berada di atas angka 95%.

Hasil pencapaian program imunisasi juga terlihat dari jumlah kasus berbagai penyakit yang bisa dicegah dengan imunisasi, antara lain campak, polio, postusis, dan tetanus neonatum. Pada tahun 2016, tidak ditemukan kasus polio dan tetanus neonatum di DIY. Sementara itu, hanya 2 kasus pertusis ditemukan di DIY pada tahun 2016.

Salah satu penyakit lain yang dapat dicegah dengan imunisasi adalah campak. Campak adalah penyakit yang sangat menular, terutama jika terjadi pada anak-anak. Campak dapat sembuh setelah 2-3 minggu. Akan tetapi, jika campak terjadi pada anak yang gizi kurang atau manusia dewasa dengan kekebalan kurang maka akan dapat menyebabkan komplikasi yang serius (WHO, 2014).

Jumlah kasus campak yang terkonfirmasi pada tahun 2018 sebanyak 10 kasus.

DIY menjadi satu diantara 4 provinsi yang melakukan imunisasi pentavalen. Vaksin pentavalen adalah vaksin DPT-HB ditambah Hib. Penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi ini antara lain difteri, batuk rejan atau batuk 100 hari, tetanus, hepatitis B, serta radang otak (*meningitis*) dan radang paru (*pneumonia*) yang disebabkan oleh kuman Hib (*Haemophilus influenza tipe B*).

10. New Emerging Disease

New emerging disease adalah penyakit baru yang harus diwaspadai karena dapat mengancam kesehatan masyarakat. Hasil laporan dari masing-masing kabupaten/kota menunjukkan bahwa di semua kabupaten/kota di DIY telah terdeteksi unggas (lebih dari 1 jenis) positif Avian Influenza. Sementara itu, potensi penyakit Avian Influenza masih sangat terbuka lebar karena masih buruknya pemahaman dan perilaku masyarakat untuk melakukan pencegahan. Selain itu, H1N1, SARS, dan penyakit baru lainnya akan tetap mengancam kesehatan masyarakat karena semakin tingginya mobilitas penduduk dan pola perilaku sehat masyarakat. Selama tahun 2016 dan 2017 tidak ditemukan kasus penyakit baru tersebut.

c. Penyakit Tidak Menular

Penyakit tidak menular adalah penyakit yang bukan disebabkan oleh infeksi bakteri atau virus. Penyakit tidak menular yang sering dijumpai antara lain hipertensi, diabetes mellitus, asma, penyakit kardiovaskuler, gangguan jiwa, dan kecelakaan. Peningkatan status ekonomi, perubahan gaya hidup, dan efek modernisasi menyebabkan prevalensi penyakit tidak menular mengalami peningkatan pada beberapa tahun terakhir. Laporan Surveilans Terpadu Penyakit (STP) Puskesmas di DIY pada tahun 2016 menunjukkan bahwa kasus baru hipertensi

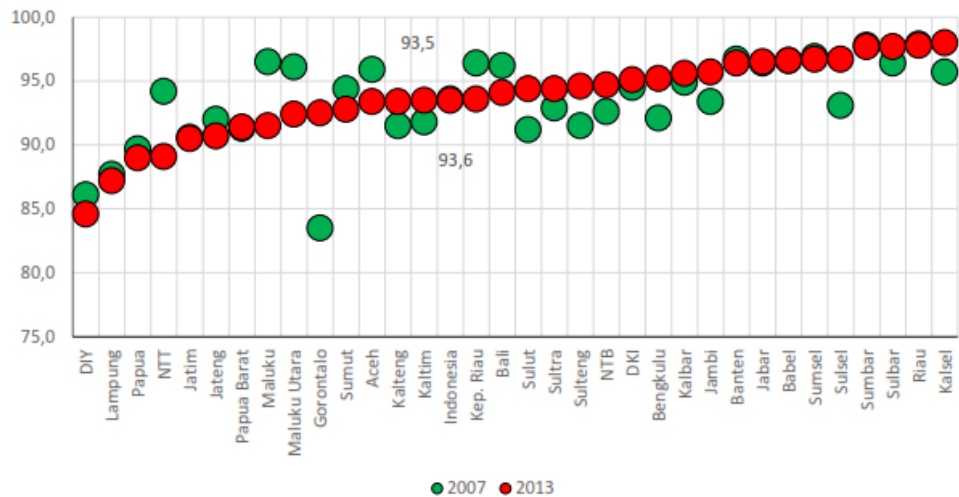
esensial (29.105 kasus), tahun 2017 sebanyak 20.309 kasus, dan tahun 2018 sebanyak 56.668 kasus. Sumber data dari STP RS menunjukkan angka 37.173 kasus baru hipertensi selama tahun 2018. Kasus diabetes mellitus pada tahun 2018 sebanyak 23.755 kasus dari sumber data STP Rumah Sakit.

Peningkatan prevalensi kasus penyakit tidak menular tersebut diikuti dengan pergeseran dominasi penyebab kematian di DIY. Penyebab kematian di DIY telah bergeser dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular sejak tahun 1997. Data penyebab kematian di DIY didapatkan data laporan rumah sakit dan kegiatan autopsi verbal yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di puskesmas. Namun kegiatan autopsi verbal ini belum dapat dilaksanakan oleh 5 kabupaten dan kota di DIY, baru dilaksanakan di Kota Yogyakarta, Kabupaten Kulon Progo dan Gunung Kidul. Dari laporan hasil kegiatan di Kulon Progo didapatkan data penyebab kematian sebagai berikut :

Tabel 11 Penyebab Kematian hasil Autopsi verbal di Kulonprogo

| Penyebab kematian dua puluh terbanyak kelompok semua umur berdasarkan hasil autopsi verbal di Kabupaten Kulonprogo | | | |
|--|---|-----------|------|
| NO | Kelompok Penyakit | Frekuensi | % |
| 1 | Penyakit pembuluh darah otak | 300 | 21.6 |
| 2 | Penyakit penyempitan pembuluh darah jantung | 166 | 12.0 |
| 3 | Kelompok penyakit lainnya | 165 | 11.9 |
| 4 | Kelompok penyakit gejala dan tanda | 118 | 8.5 |
| 5 | Penyakit jantung lainnya | 116 | 8.4 |
| 6 | Penyakit hipertensi | 82 | 5.9 |
| 7 | Penyakit pernafasan bagian bawah kronis | 72 | 5.2 |
| 8 | Penyakit Diabetes Mellitus | 51 | 3.7 |
| 9 | Cedera lainnya | 39 | 2.8 |
| 10 | Penyakit pneumonia | 31 | 2.2 |
| 11 | Penyakit malnutrisi | 20 | 1.4 |
| 12 | Penyakit diare | 17 | 1.2 |
| 13 | Penyakit hati | 17 | 1.2 |
| 14 | Kanker payudara | 16 | 1.2 |
| 15 | Kelompok penyakit lainnya | 15 | 1.1 |
| 16 | Penyakit infeksi dan parasit lainnya | 14 | 1.0 |
| 17 | Jatuh | 14 | 1.0 |
| 18 | Kanker usus, rectum dan anus | 12 | .9 |
| 19 | Kecelakaan lalu lintas | 11 | .8 |
| 20 | Kanker rongga mulut, bibir dan pharing | 9 | .6 |

Kondisi ini diprediksi akan terus terjadi di tahun-tahun yang akan datang karena jumlah penduduk usia tua yang semakin bertambah dan gaya hidup modern yang semakin berkembang. Faktor-faktor risiko penyakit tidak menular terlihat mengalami peningkatan. Data di DIY menunjukkan bahwa jumlah rumah bebas asap rokok pada tahun 2012 (46.67%) cenderung mengalami penurunan jika dibandingkan dengan tahun 2011 (66.1%). Sedangkan hasil Riskesdas 2013 prevalensi obesitas pada penduduk usia lebih dari 18 tahun sebesar 15,8 sedangkan prosentase merokok penduduk usia 15 – 19 tahun sebesar 21,3%. Sementara itu, kebiasaan makan cukup sayur dan buah mengalami cenderung mengalami penurunan.



Sumber : Riskesdas 2013

Gambar 21 Grafik Perilaku Makan Cukup Sayur dan Buah

Grafik di atas menunjukkan bahwa DIY menempati urutan terbawah terkait dengan perilaku cukup makan sayur dan buah dibandingkan dengan provinsi lainnya berdasarkan Riskesdas 2013. Selain itu, persentase perilaku cukup makan sayur dan buah di DIY terlihat mengalami penurunan pada tahun 2013 (84.9%) dibandingkan dengan tahun 2007 (86%).

1. Hipertensi

Hipertensi diartikan sebagai peningkatan tekanan darah secara terus menerus sehingga melebihi batas normal. Tekanan darah normal adalah 110/90 mmHg. Hipertensi merupakan produk dari resistensi pembuluh darah perifer dan kardiak output (Wexler, 2002).

Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dimana tekanan sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik diatas 90 mmHg. Pada populasi lanjut usia, hipertensi didefinisikan sebagai tekanan sistolik 160 mmHg dan tekanan diastolik 90 mmHg (Sheps, 2005).

Hipertensi adalah faktor risiko terjadinya stroke, gagal jantung, gagal ginjal, serta penyakit serius lainnya. Oleh karena itu, penelitian di Amerika Serikat menunjukkan bahwa hipertensi mengakibatkan kerugian ekonomi sebesar US\$ 73.4 di negara tersebut.

Berdasarkan etiologinya, hipertensi dibagi atas hipertensi esensial dan hipertensi sekunder (Setiawati dan Bustami, 2005).

- a. Hipertensi esensial disebut juga dengan hipertensi primer atau idiopatik. Lebih dari 90% kasus hipertensi termasuk dalam kelompok ini. Kelainan hemodinamik utama pada hipertensi esensial adalah peningkatan resistensi perifer. Penyebab

hipertensi esensial adalah multifactor, terdiri dari faktor genetik dan lingkungan. Faktor genetik (keturunan) bersifat poligenik dan terlihat dari adanya riwayat penyakit kardiovaskuler dari keluarga. Faktor predisposisi genetik ini dapat berupa sensitivitas pada natrium, kepekaan terhadap stress, peningkatan reaktivitas vascular (terhadap vasokonstriktor), dan resistensi insulin. Paling sedikit ada 3 faktor lingkungan yang dapat menyebabkan hipertensi yakni, makan garam (natrium) berlebihan, stress psikis, dan obesitas.

- b. Hipertensi sekunder. Prevalensinya hanya sekitar 5-8% dari seluruh penderita hipertensi. Hipertensi ini dapat disebabkan oleh penyakit ginjal (hipertensi renal), penyakit endokrin (hipertensi endokrin), obat, dan lain-lain. Penyakit lain yang dapat menimbulkan hipertensi adalah koarktasio aorta, kelainan neurogenik, stress akut, polisitemia, dan lain-lain.

Angka pasti kasus hipertensi sulit untuk didapatkan mengingat hipertensi adalah penyakit yang tidak menimbulkan gejala khusus kecuali dengan pemeriksaan. Hipertensi baru disadari bila telah menyebabkan gangguan organ seperti gangguan fungsi jantung dan stroke. Oleh karena itu, tidak jarang hipertensi ditemukan secara tidak sengaja pada waktu pemeriksaan kesehatan rutin atau datang dengan keluhan lain. Bahkan, 76% penduduk tidak mengetahui bahwa mereka menderita hipertensi (tidak terdiagnosis). Padahal, hipertensi merupakan salah satu faktor risiko yang paling berpengaruh terhadap kejadian penyakit jantung dan pembuluh darah. (Yoga, 2012).

Prevalensi hipertensi di DIY menurut Riskesdas 2018 adalah 11.01 % atau lebih tinggi jika dibandingkan dengan angka nasional (8,8%). Prevalensi ini menempatkan DIY pada urutan ke-4 sebagai provinsi dengan kasus hipertensi yang tinggi. Hipertensi selalu masuk dalam 10 besar penyakit sekaligus 10 besar penyebab kematian di DIY selama beberapa tahun terakhir berdasarkan STP maupun STP RS. Laporan STP Puskesmas Tahun 2017 tercatat kasus hipertensi 56.668 kasus. Sedangkan laporan STP Rumah Sakit Rawat Jalan sebanyak 37.173 kasus (hipertensi essensial).

2. Jantung

Gagal jantung adalah keadaan patofisiologi dimana jantung sebagai pompa tidak mampu memenuhi kebutuhan darah untuk metabolisme jaringan. Gangguan fungsi jantung ditinjau dari efek-efeknya terhadap perubahan tiga penentu utama dari fungsi miokardium yaitu *freeload* (beban awal), *afterload* (beban akhir), dan kontraktilitas miokardium.

Freeload (beban awal) yaitu derajat peregangan serabut miokardium pada akhir pengisian ventrikel atau diastolic. *Afterload* (beban akhir) yaitu besarnya tegangan dinding ventrikel yang harus dicapai selama sistol untuk memompa darah. *Kontraktilitas* miokardium yaitu perubahan kekuatan kontraksi.

Gagal jantung yang sering dijumpai di DIY antara lain *infark miokard*. *Infark miokard* adalah nekrosis miokard yang berkembang cepat oleh karena ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen otot-otot jantung (Fenton, 2009). Hal ini biasanya disebabkan oleh ruptur plak yang kemudian diikuti oleh pembentukan trombus oleh trombosit. Lokasi dan luasnya miokard infark bergantung pada lokasi oklusi dan aliran darah kolateral (Irmalita, 1996). *Infark miokard* terdiri dari *infark miokard akut* dan *infark miokard subsequent*.

Laporan hasil Surveilans Terpadu Penyakit RS Rawat Jalan 2018, jumlah kasus dan pengelompokan penyakit jantung sebagai berikut *infark miokard akut sebanyak 2001 kasus, naik dari jumlah kasus tahun 2017 sebanyak 1.650. Sedangkan jumlah kasus jantung hipertensi sebanyak 7933 kasus.*

3. Diabetes Mellitus (DM)

Diabetes mellitus adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh warisan dari orang tua dan atau kekurangan produksi insulin oleh pancreas, atau oleh tidak efektifnya insulin yang diproduksi. Akibatnya, terjadi peningkatan konsentrasi glukosa dalam darah, yang pada akhirnya akan merusak banyak sistem tubuh, khususnya pembuluh darah dan syaraf (WHO, 2014).

Diabetes mellitus terdiri dari dua type :

a. Type 1

Diabetes mellitus type 1 (*insulin-dependent*) adalah kondisi dimana pancreas gagal memproduksi insulin yang penting untuk keberlangsungan hidup. Kondisi ini paling sering dialami oleh anak-anak dan remaja.

b. Type 2

Diabetes mellitus type 2 (*non-insulin-dependent*) adalah kondisi dimana insulin yang dihasilkan oleh pancreas tidak dapat berfungsi dan merangsang reseptor dengan benar. Diabetes mellitus type 2 terjadi lebih umum dan menyumbang 90% dari semua kasus diabetes di dunia. Hal ini terjadi paling sering pada orang dewasa. Namun, akhir-akhir ini sudah terjadi pada remaja.

Berdasar STP rumah sakit jumlah kasus dan pengelompokan penyakit diabetes sebagai berikut DM YTT (11.736), DM tak bergantung insulin (12.019).

4. Kanker (Neoplasma)

Kanker adalah istilah yang digunakan untuk suatu kondisi di mana sel telah kehilangan pengendalian dan mekanisme normalnya sehingga mengalami pertumbuhan yang tidak normal, cepat, dan tidak terkendali. Sel-sel kanker tumbuh dan berkembangbiak membentuk suatu massa berupa jaringan ganas yang menyusup ke jaringan sehat di sekitarnya atau disebut dengan invasive. Selain bersifat invasive, sel kanker dapat menyebar (metastasis) ke bagian alat tubuh lain yang jauh dari tempat asal melalui pembuluh darah dan pembuluh getah bening sehingga tumbuh sel kanker baru di tempat lain dan hasil akhirnya adalah suatu kondisi serius yang sangat sulit untuk diobati. Terdapat lebih dari 100 jenis kanker dan setiap jenis diklasifikasikan berdasarkan jenis sel yang terlibat.

Angka kanker di DIY dapat dilihat dari STP rawat jalan dan rawat inap rumah sakit. Meskipun begitu, angka pasti mengenai kanker sulit didapatkan. STP Dinas Kesehatan DIY mengelompokkan kanker menjadi neoplasma ganas serviks uteri, payudara, hati dan saluran empedu intrahepatik, dan bronchus paru.

Tabel 12 Kasus Baru Neoplasma di DIY Tahun 2018

| No | Penyakit | Rawat Jalan | Rawat Inap |
|----|--|-------------|------------|
| 1 | Neoplasma Ganas Serviks Uteri | 725 | 619 |
| 2 | Neoplasma Ganas Payudara | 3406 | 984 |
| 3 | Neoplasma Ganas Hati dan Saluran Empedu Intrahepatik | 290 | 230 |
| 4 | Neoplasma Ganas Bronkus dan Paru | 427 | 308 |

Sumber : STP RS Dinas Kesehatan DIY, 2018

Tabel di atas menunjukkan bahwa kasus baru neoplasma ganas payudara terlihat paling tinggi jika dibandingkan dengan kasus baru neoplasma lainnya baik di rawat jalan (3406 kasus) maupun rawat inap (984 kasus). Sementara itu, kasus baru Neoplasma Ganas Serviks Uteri menduduki peringkat nomer dua di rawat jalan (725 kasus) dan untuk rawat inap (619).

Deteksi dini kanker leher rahim telah dilakukan pada setiap tahun oleh Dinas Kesehatan DIY melalui metode IVA. Data dari Seksi Pengendalian Penyakit Tahun 2016 menunjukkan bahwa sampel yang dilakukan pemeriksaan IVA di seluruh kabupaten/kota.

5. Asma dan Penyakit Paru

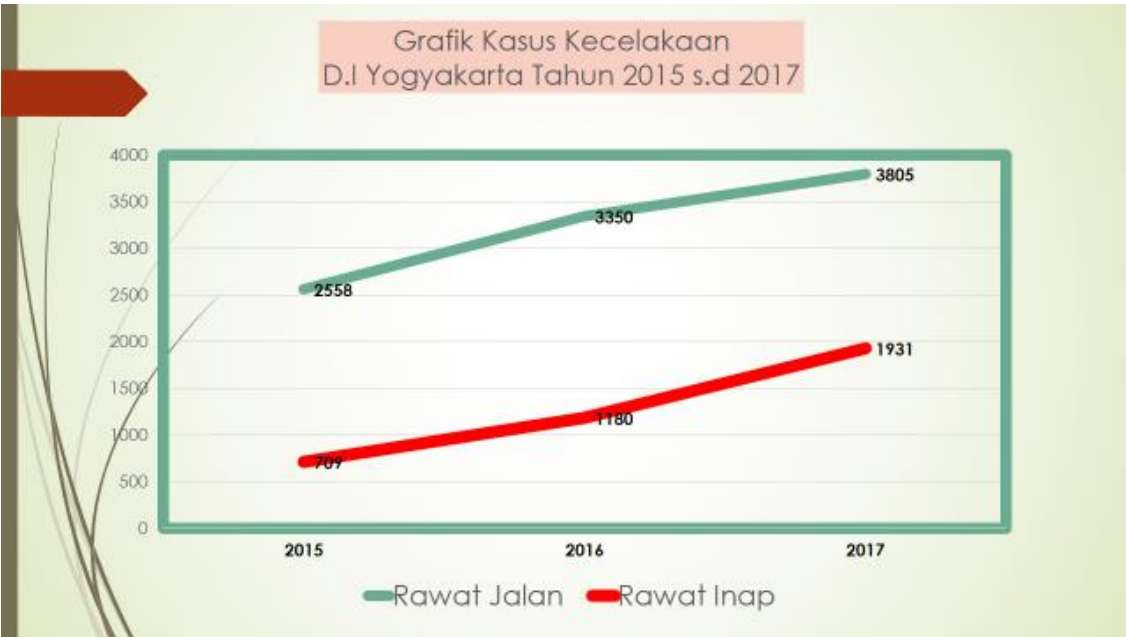
Dinas Kesehatan DIY menyatakan bahwa penyakit yang berhubungan dengan organ paru termasuk dalam penyakit yang perlu diwaspadai di DIY. Hasil Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan bahwa asma dan penyakit paru lainnya selalu masuk 10 penyebab langsung dan tidak langsung kesakitan dan kematian utama di DIY. Kualitas udara yang buruk merupakan salah satu penyebab tingginya morbiditas dan mortalitas penyakit yang berhubungan dengan organ paru.

Kota Yogyakarta menjadi Kabupaten/Kota dengan kualitas udara paling buruk dibandingkan dengan Kabupaten/Kota lain di DIY. Suhu udara yang panas dan meningkatnya asap kendaraan bermotor di Kota Yogyakarta mengakibatkan beberapa parameter pencemaran udara sudah memasuki taraf waspada. Hasil pantauan kualitas udara oleh Kantor Penanggulangan Dampak Lingkungan Kota Yogyakarta menunjukkan beberapa kadar zat berbahaya di udara melebihi batas baku mutu udara. Selain itu, hasil dari berbagai jenis survey menunjukkan bahwa jumlah perokok di Yogyakarta mencapai >30%.

Menurut Riskesdas Tahun 2018, prevalensi asma di D.I. Yogyakarta pada tahun 2018 adalah sebesar 6.9 %, naik dari 4.49 % pada tahun 2013 (Menurut Riskesdas 2013).

6. Kecelakaan

Kecelakaan (*intra cranial injury*) memperlihatkan trend peningkatan sebagai penyebab kematian di DIY. Data Polisi Daerah (Polda) DIY mengungkapkan bahwa kecelakaan di DIY cenderung mengalami peningkatan dari tahun ke tahun.



Sumber : STP RS Dinkes DIY

Gambar 22 Grafik Kasus Kecelakaan DIY 2015 - 2017

Dari laporan STP rawat Inap Rumah Sakit di DIY tahun 2018 kasus kecelakaan lalulintas sebesar 2.832 kasus.

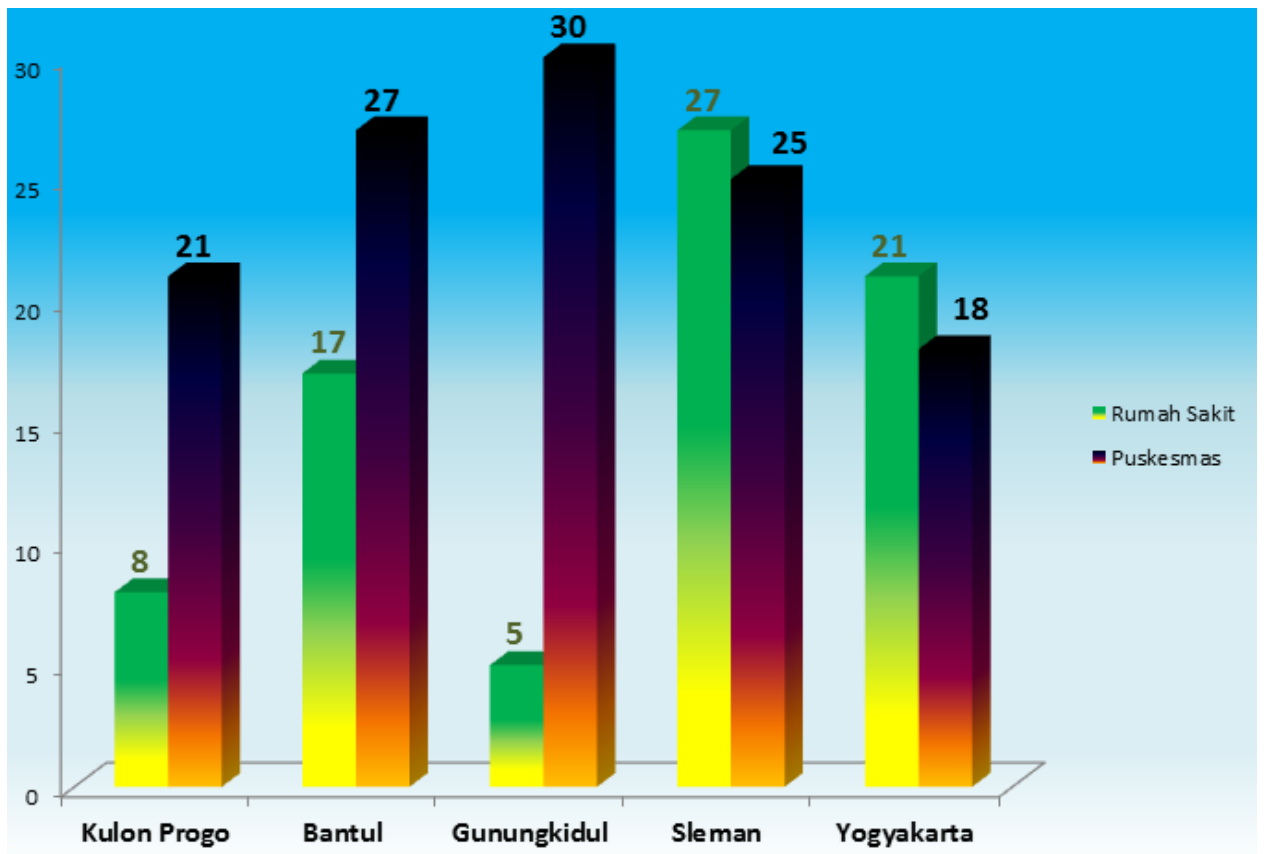
Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu pada Dinas Kesehatan DIY dengan menyediakan layanan *call center* dengan nomor 119 atau (0274) 2924233 atau 119 sehingga masyarakat atau siapapun yang melihat kasus kecelakaan di wilayah DIY dapat menghubungi nomor tersebut sehingga akan penanganan kasus kecelakaan akan lebih cepat dengan pengiriman ambulance dan tenaga medis. Unit Reaksi Cepat di beberapa Kabupaten/Kota terus dikembangkan untuk memperingan penderitaan dan mempercepat penanganan korban. Unit Reaksi Cepat ini melibatkan instansi terkait seperti PMI. Selain itu, “Yes 118” semakin dioptimalkan di Kota Yogyakarta dan Kabupaten lain. Sementara itu, upaya lain yang tidak kalah penting adalah peningkatan kapasitas tenaga medis melalui berbagai pelatihan kegawatdaruratan. Pada Tahun 2015 mulai dikembangkan Sistem Informasi kegawat Daruratan (SI SPGDT) dengan tenaga layanan 24 jam yang disiagakan di kantor BPBD DIY.

BAB IV. SITUASI UPAYA KESEHATAN

Dinas Kesehatan DIY sebagai institusi yang ditunjuk dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsinya sebagai penggerak pembangunan kesehatan telah melaksanakan program-program pembangunan kesehatan sesuai dengan Rencana Strategik Dinas Kesehatan tahun 2017-2022. Beberapa upaya kesehatan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan DIY dalam melaksanakan tugas dan fungsinya adalah pelayanan kesehatan dasar dan rujukan, perbaikan gizi masyarakat, pelayanan kesehatan ibu dan anak, pembinaan kesehatan lingkungan, dan peningkatan perilaku hidup sehat masyarakat DIY.

4.1. Pelayanan Kesehatan Dasar dan Rujukan

Pelayanan kesehatan masyarakat yang dilaksanakan di wilayah DIY meliputi pelayanan kesehatan dasar dan rujukan. Sarana pelayanan kesehatan dasar dilaksanakan oleh Puskesmas dan jajarannya Sementara itu, pelayanan kesehatan rujukan diampu oleh Rumah Sakit. Jumlah sarana kesehatan dasar di DIY relative tidak mengalami peningkatan tetapi dari sisi kualitas sudah semakin meningkat, hal ini dibuktikan dengan meningkatnya jumlah puskesmas yang telah melaksanakan akreditasi puskesmas. Tahun 2015 sebanyak 30 Puskesmas telah dilakukan akreditasi, dan pada tahun 2016 puskesmas terakreditasi sebanyak 50 puskesmas, sehingga 80 puskesmas di DIY sudah terakreditasi dengan kategori yang berbeda. Pada tahun 2017 seluruh puskesmas di DIY sudah terakreditasi dengan kategori seperti grafik di bawah ini. Puskesmas yang sudah mencapai akreditasi paripurna ada 3 puskesmas yaitu Mantrijeron, Tegalrejo dan Pajangan. Selebihnya dengan kategori akreditasi yang beragam dari dasar sampai utama.

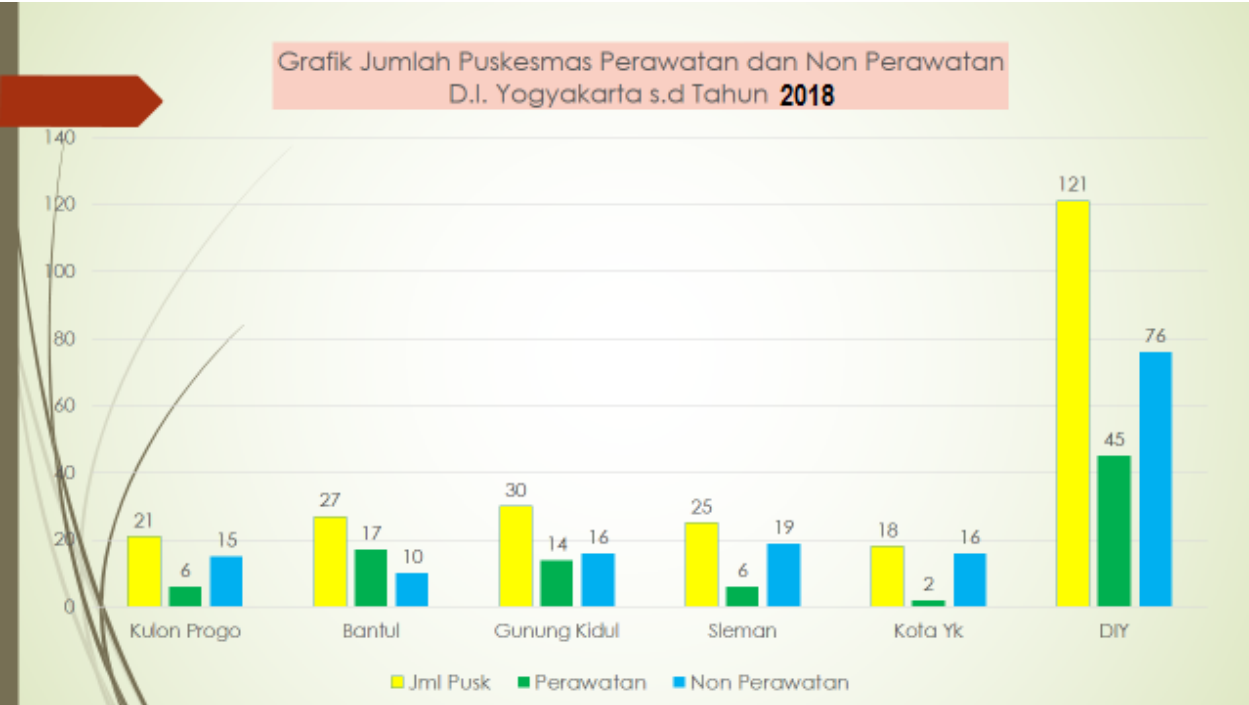


Sumber : Seksi Mutu dan Akreditasi Faskes Dinkes DIY

Gambar 23 Grafik Data akreditasi puskesmas dan Rumah Sakit di DIY Tahun 2018.

Puskesmas yang ada di DIY ada 121 puskesmas terdiri atas 45 puskesmas perawatan dan 76 non perawatan dan semua nya sudah terakreditasi.

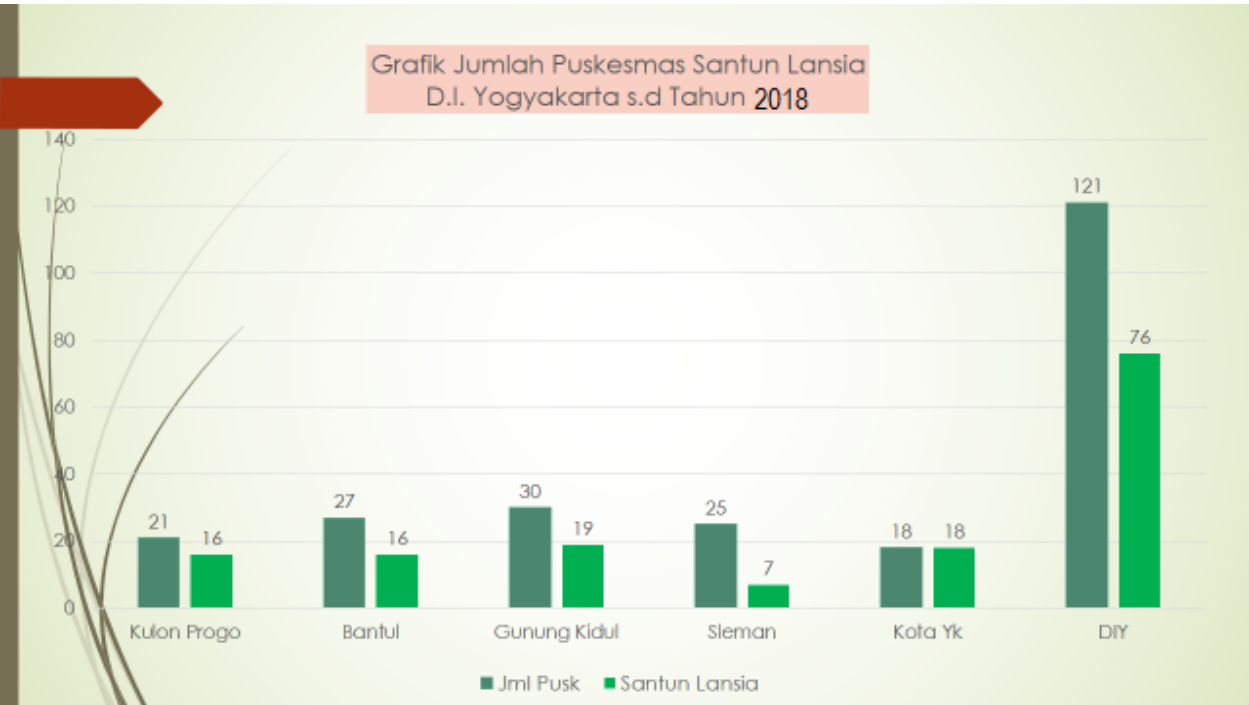
Jumlah puskesmas perawatan terbanyak di Kabupaten Bantul (17) dan paling sedikit di Kota Yogyakarta (2). Untuk kota Yogyakarta hanya ada 2 puskesmas perawatan oleh karena jarak antar puskesmas dangat dekat dan ada beberapa rumah sakit yang jelas ada fasilitas perawatan sehingga tidak diperlukan banyak puskesmas perawatan di Kota Yogyakarta. Untuk Kabupaten Bantul mengingat akses dan jarak beberapa daerah cukup jauh dengan rumah sakit sehingga perlu disediakan puskesmas dengan perawatan untuk memudahkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.



Sumber : Seksi Pelayanan Dasar, Rujukan, dan Khusus Dinkes DIY

Gambar 24 Grafik Puskesmas perawatan dan non perawatan di DIY 2018

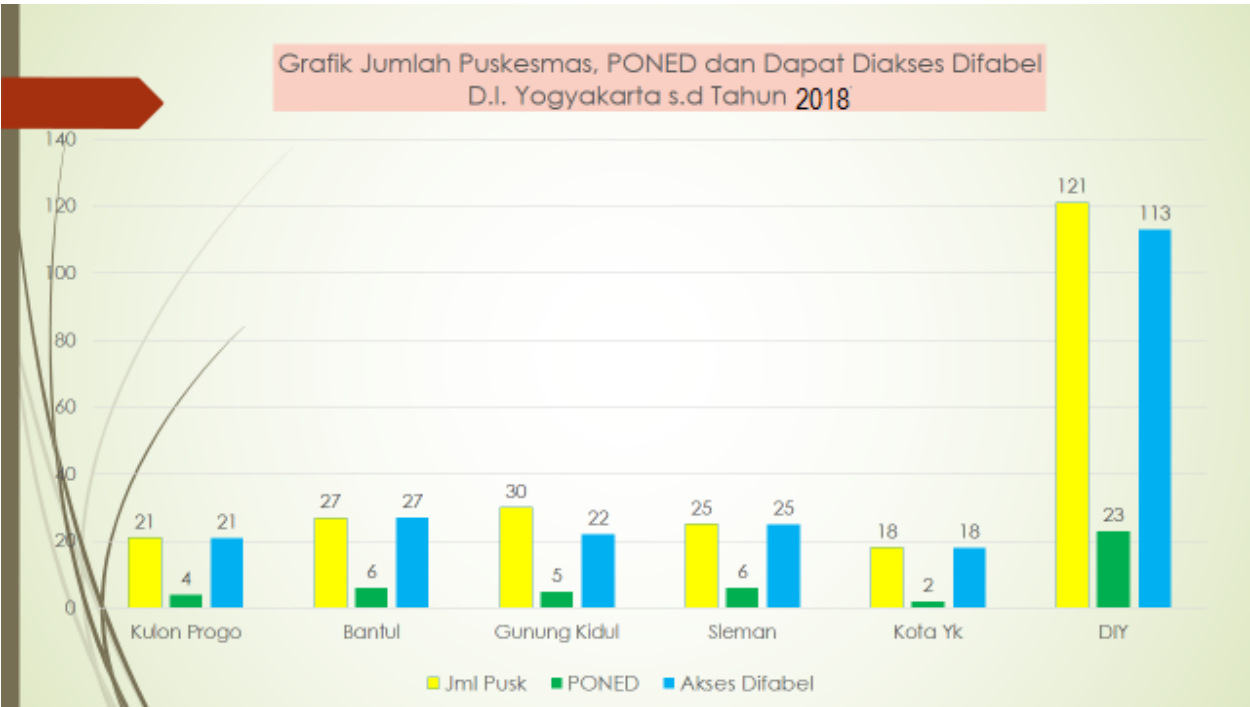
Selain puskesmas sudah terakreditasi semua, di wilayah DIY juga ada beberapa puskesmas dengan pelayanan dan fasilitas Santun Lansia sebanyak 76 puskesmas. Khusus Kota Yogyakarta semua puskesmasnya sudah menjalankan pelayanan dan fasilitas dengan Santun Lansia. Puskesmas Santun Lansia ini umumnya memberikan fasilitas dan pelayanan dengan tempat antrian tersendiri serta sarana ruang tunggu dan ruang lainnya dengan menyesuaikan kebutuhan bagi lansia.



Sumber : Seksi Pelayanan Dasar, Rujukan, dan Khusus Dinkes DIY

Gambar 25 Grafik Puskesmas Santun Lansia di DIY Tahun 2018

Selanjutnya fasilitas kesehatan primer di DIY juga menyediakan fasilitas untuk dapat diakses oleh penyandang disabilitas dan puskesmas dengan pelayanan PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Dasar). Dari 121 puskesmas sudah ada 113 puskesmas yang dapat diakses oleh penyandang difabel dan 23 puskesmas PONED. Puskesmas PONED ini dalam rangka memberikan pelayanan bagi ibu hamil, melahirkan dan masa nifas serta untuk menekan angka kematian ibu.



Sumber : Seksi Pelayanan Dasar, Rujukan, dan Khusus Dinkes DIY

Gambar 26 Grafik Puskesmas PONED dan Dapat Diakses Difabel di DIY Tahun 2018

Pelayanan kesehatan rujukan Jumlah Rumah Sakit di DIY adalah 76, terdiri dari 54 RS Umum dan 22 RS Khusus. Jumlah Rumah Sakit menurut jenis dan klasifikasinya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 13 Jumlah Sarana Pelayanan Kesehatan Rujukan DIY

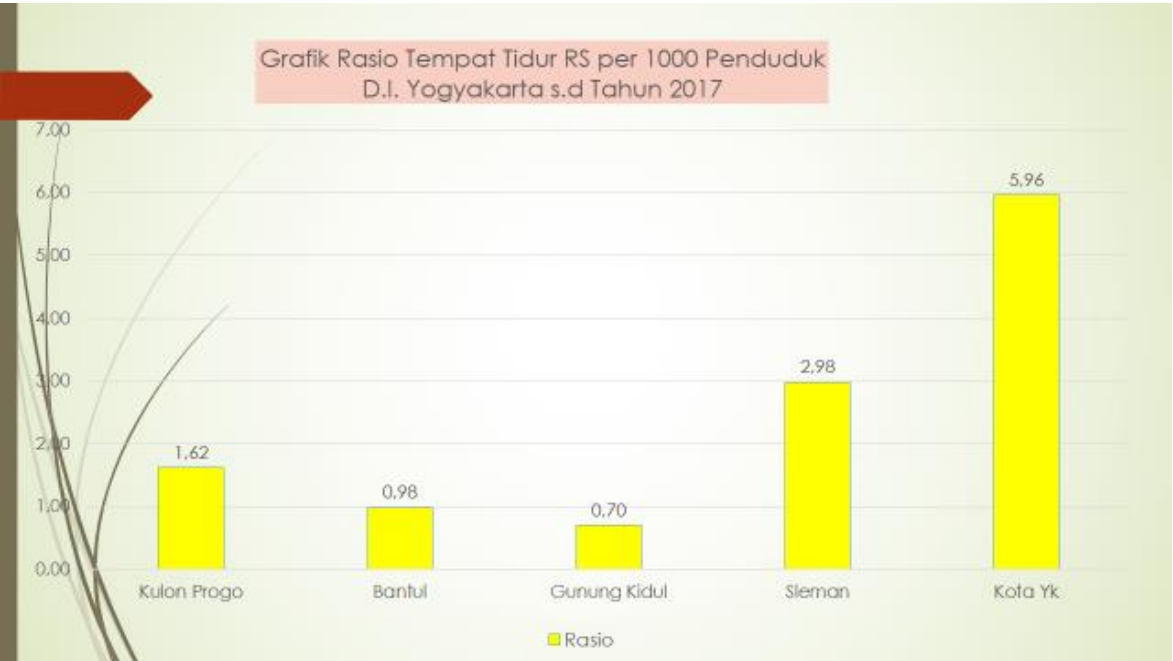
| Type/Klas RS | RSU | RSK | Jumlah |
|--------------|-----|-----|--------|
| Klas A | 1 | 2 | 3 |
| Klas B | 10 | 1 | 11 |
| Klas C | 6 | 19 | 25 |
| Klas D | 37 | 0 | 37 |
| Total | 54 | 22 | 76 |

Sumber : Seksi Rujukan dan Kesehatan Khusus

Penduduk di DIY memiliki kemampuan yang cukup baik dalam mengakses sarana pelayanan kesehatan. Hal ini ditunjukkan dengan prevalensi jarak jangkauan

penduduk dengan sarana pelayanan kesehatan. Data Dinas Kesehatan DIY tahun 2012 menunjukkan bahwa lebih dari 80% penduduk DIY hanya berjarak 1-5 km dari Puskesmas. Selain itu, lebih dari 70% penduduk DIY hanya berjarak 1-5 km dari rumah sakit dan dokter swasta. Sementara itu, tidak ditemukan penduduk yang memiliki jarak tempuh lebih dari 10 km dari sarana pelayanan kesehatan, dokter praktek swasta, dan bidan.

Berdasar data sirsonline.kemkes.go.id, bahwa LOS (long of stay) untuk rumah sakit di DIY sebesar 2, 81 hari dan dengan rasio tempat tidur sebesar 2,23 yang berarti 2, 23 tempat tidur untuk melayani 1000 penduduk, hal ini masuk dalam kategori normal dan ideal. Namun begitu untuk distribusi rasio tempat tidur RS belum merata di DIY, untuk Gunung Kidul dan Bantul belum ideal karena angkanya masih di bawah 1.



Sumber : Seksi Kesehatan dasar, Rujukan, dan Khusus

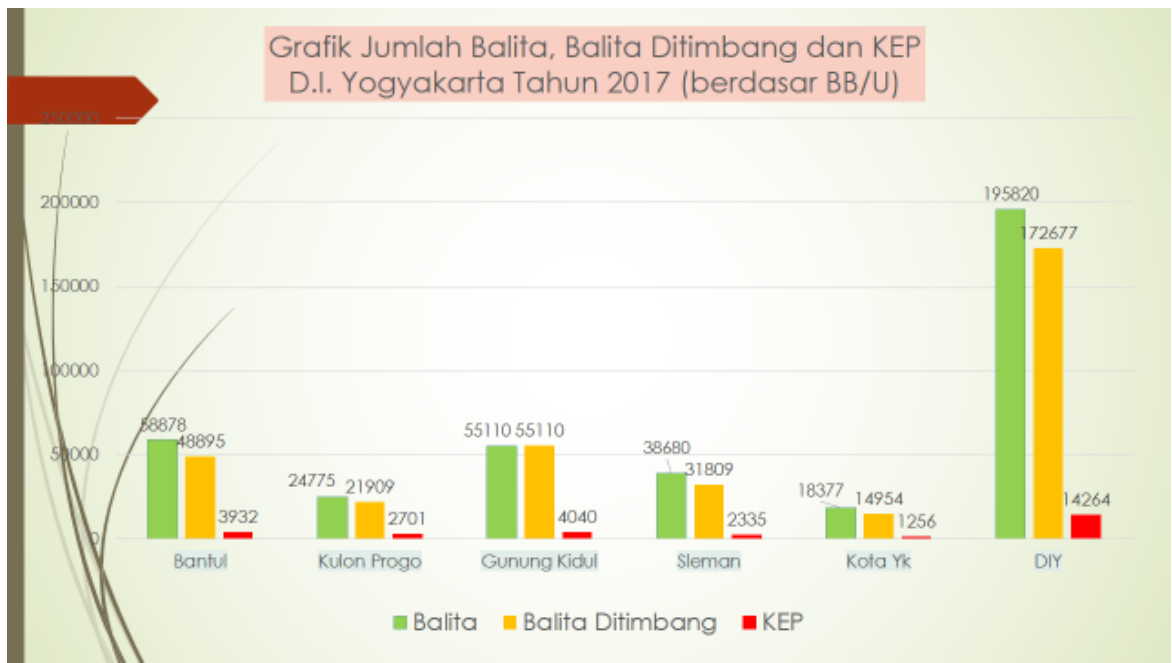
Gambar 27 Grafik Rasio Tempat Tidur RS per Jumlah Penduduk

4.2. Perbaikan Gizi Masyarakat

Posyandu adalah salah satu upaya kesehatan yang terkait dengan perbaikan gizi masyarakat. Posyandu adalah kegiatan yang berbasis masyarakat sekaligus sarana untuk mengetahui status gizi anak balita. Oleh karena itu, Posyandu memiliki peran penting dalam rangka memantau status gizi masyarakat sekaligus mengevaluasi program yang berkaitan dengan upaya perbaikan status gizi masyarakat.

Partisipasi aktif masyarakat dalam kegiatan Posyandu terlihat dari persentase masyarakat yang datang di Posyandu dibandingkan dengan semua masyarakat sasaran (D/S). Hasil survey Dinas Kesehatan DIY menunjukkan bahwa D/S tahun 2012 (84%) meningkat dibandingkan dengan tahun 2011 (70-79%). Kemudian turun kembali menjadi

79,49 pada tahun 2016. Meskipun mengalami peningkatan, angka ini tetap menunjukkan bahwa belum semua sasaran datang ke Posyandu. Hasil dari pendataan di Posyandu tahun 2017 berdasar BB/U menunjukkan bahwa persentase balita yang datang dan ditimbang di Posyandu berkisar 88,18 %. Kota Yogyakarta merupakan wilayah dengan persentase terendah (81,37%). Persentase cakupan secara merata di Kabupaten Gunungkidul, Bantul, dan Sleman dan Gunung Kidul sudah mencapai 100 %.



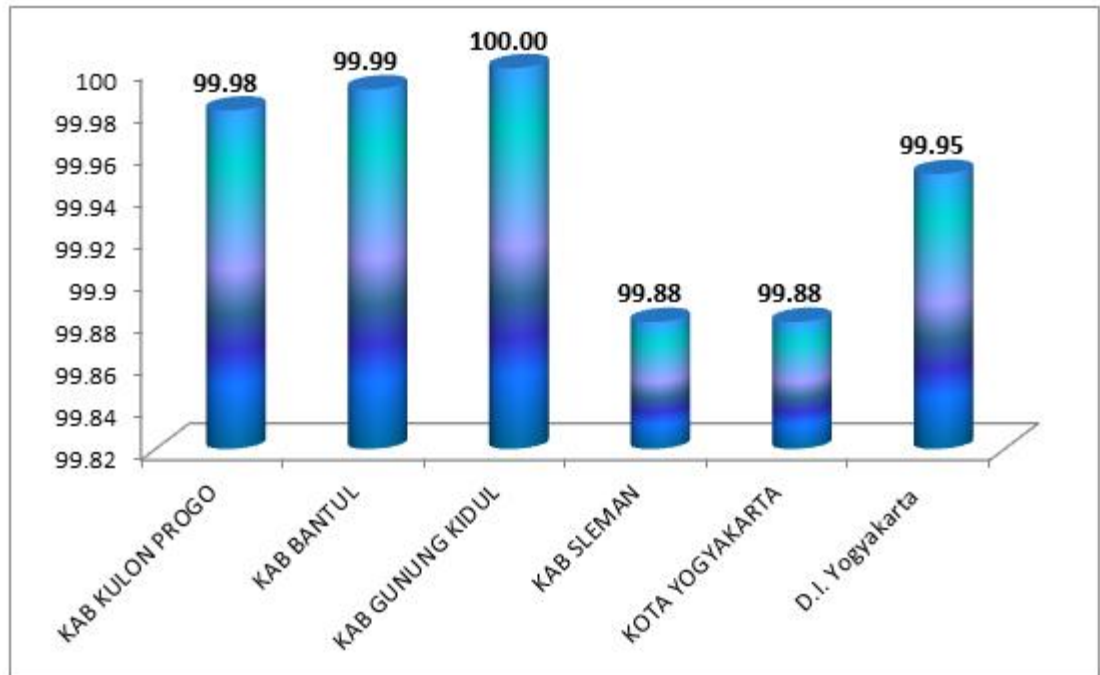
Sumber : Seksi Gizi Dinkes DIY

Gambar 28 Grafik Balita Ditimbang dan KEP di DIY Berdasar BB/U Tahun 2018

Upaya kesehatan lain terkait dengan perbaikan gizi adalah pemberian kapsul Vitamin A. Pada tahun 2016, cakupan pemberian kapsul Vitamin A pada Bayi di DIY telah mencapai 98,95%. Sementara itu, cakupan pemberian kapsul Vitamin A pada balita di DIY pada tahun 2016 mencapai 98,52%. Angka ini mengalami penurunan dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Untuk tahun 2017 pemberian kapsul vitamin A pada Balita mencapai 99,86 % yang berarti mengalami peningkatan sebesar 1,34 %.

Gambaran pemberian Vitamin A pada Balita di DIY tahun 2017 adalah sebagai berikut :

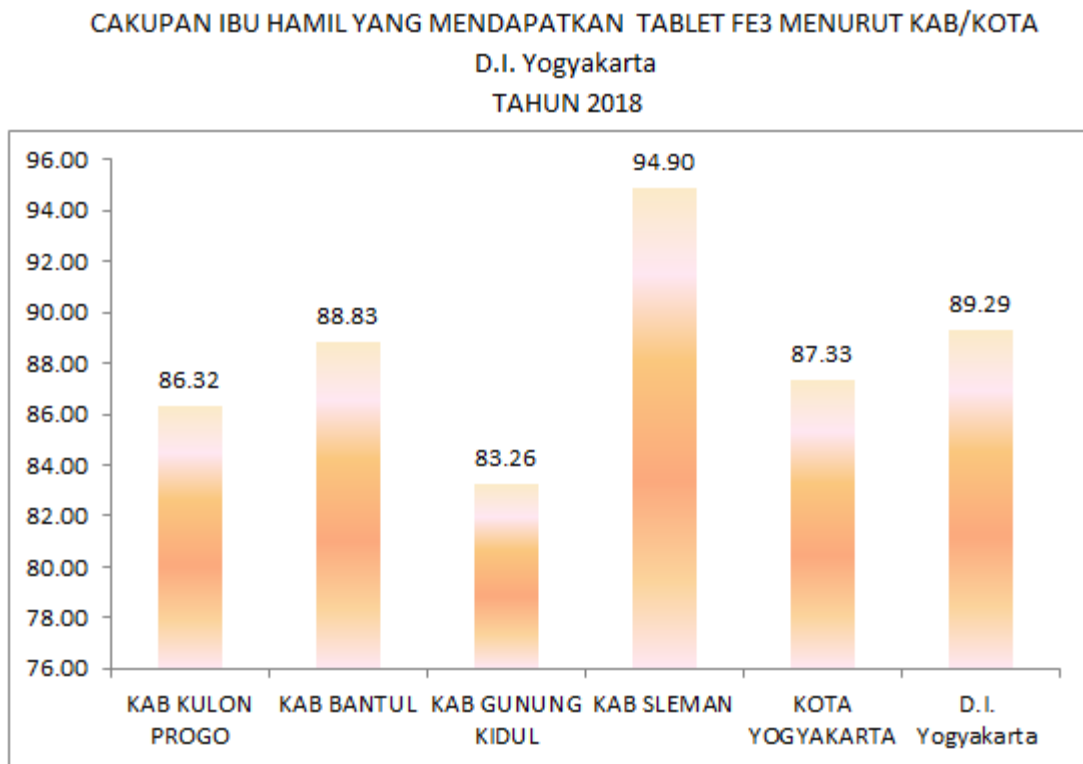
CAKUPAN PEMBERIAN VITAMIN A PADA BAYI DAN ANAK BALITA MENURUT KAB/KOTA
DI D.I. Yogyakarta TAHUN 2018



Sumber : Seksi Kesga & Gizi Dinkes DIY

Gambar 29 Grafik Persentase Balita Mendapat Vitamin A di DIY Tahun 2018

Upaya perbaikan gizi pada ibu hamil adalah pemberian tablet penambah darah. Anemia pada ibu hamil, yang merupakan salah satu faktor risiko kematian ibu, terjadi karena ibu hamil mengalami defisiensi zat besi. Oleh karena itu, pemberian tablet tambah darah diharapkan mampu mengurangi kasus anemia pada ibu hamil yang pada akhirnya akan menurunkan risiko kematian ibu.



Sumber : Seksi Kesga & Gizi Dinkes DIY

Gambar 30 Grafik Persentase Ibu Hamil Mendapatkan Tablet FE Lengkap di DIY Tahun 2018

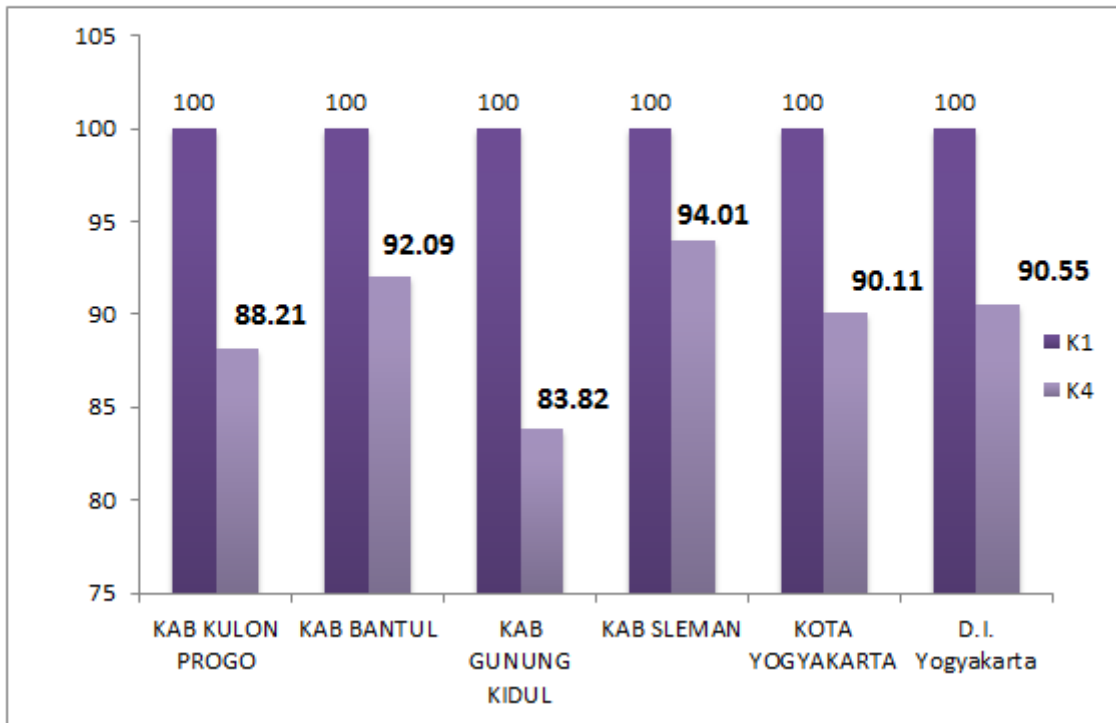
Grafik di atas menunjukkan persentase ibu hamil yang mendapatkan tablet tambah darah di masing-masing Kabupaten/Kota di DIY pada Tahun 2017. Kabupaten Sleman memiliki persentase tertinggi (95,54%). Sementara itu, persentase terendah terjadi di Kota Yogyakarta dengan angka 84,74 %.

4.3. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

4.3.1. Pelayanan Kesehatan Ibu

Upaya kesehatan juga menysasar pada pelayanan kesehatan ibu dan anak. Kualitas pelayanan kesehatan ibu dan anak dapat terlihat dari proporsi persalinan yang ditangani oleh tenaga kesehatan serta pemeriksaan pada saat hamil. Indikator yang digunakan untuk menilai cakupan tersebut adalah K1 dan K4. K1 adalah cakupan ibu hamil yang pertama kali mendapatkan pelayanan antenatal yang menunjukkan indikator akses. Sementara itu, K4 adalah cakupan ibu hamil yang telah memperoleh pelayanan antenatal sebanyak minimal empat kali sesuai distribusi waktu dan sesuai standard yang menggambarkan tingkat perlindungan ibu hamil di suatu wilayah.

**CAKUPAN KUNJUNGAN IBU HAMIL MENURUT KAB/KOTA
DI D.I. Yogyakarta TAHUN 2018**



Sumber : Seksi Kesga & Gizi Dinkes DIY

Gambar 31 Grafik Cakupan Kunjungan K1 dan K4 DIY 2018

Dari grafik di atas bahwa capaian kunjungan K1 dan K4 di DIY sudah mencapai angka 100% untuk semua kabupaten/kota. Untuk kunjungan K4 di DIY sudah mencapai 90, 55%, dengan angka tertinggi di Kabupaten Sleman (94,01%) dan terendah di Kabupaten Gunung Kidul (83,82%). Namun perbedaan angkanya tidak terlalu besar antar kabupaten/kota di DIY.

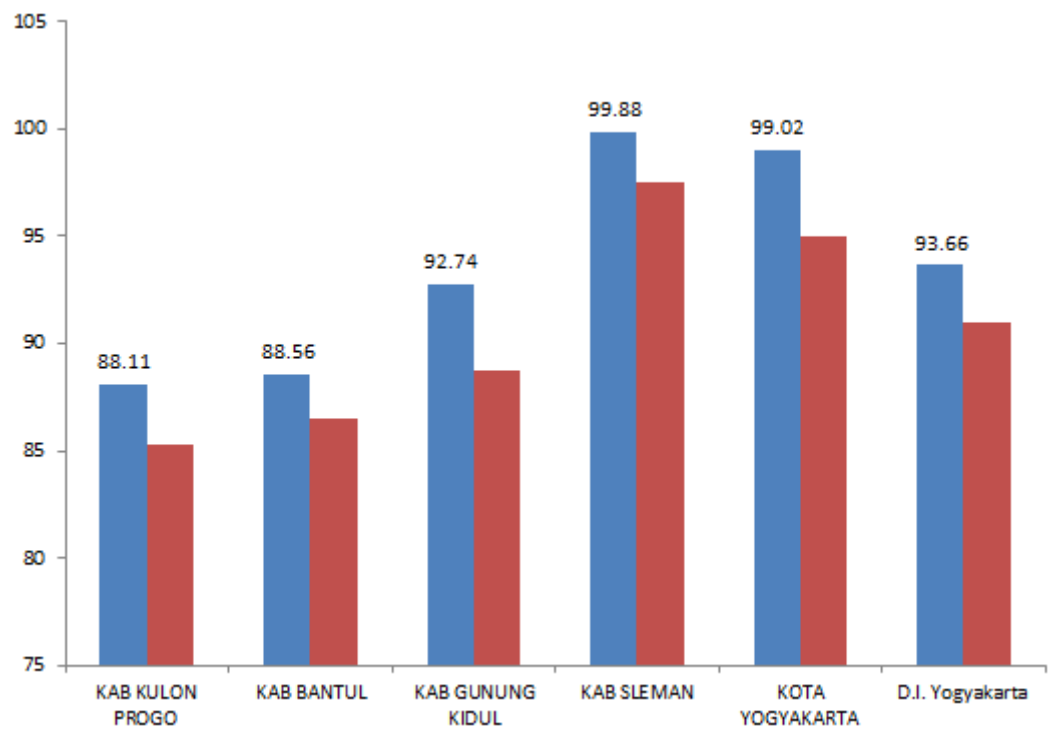
Pemeriksaan ibu pada saat hamil merupakan upaya lain untuk menurunkan angka kematian ibu karena melahirkan. Pemeriksaan pada saat hamil diharapkan mampu mendeteksi secara dini gangguan-gangguan yang terjadi pada kehamilan sehingga mencegah terjadinya komplikasi pada saat kehamilan maupun melahirkan.

Proporsi persalinan di DIY yang ditolong tenaga kesehatan mengalami peningkatan sejak tahun 2010. Pada tahun 2014 dan 2015, 2016, 2017, dan 2018 pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan sudah hampir mencapai 100%.

Dari grafik tersebut bahwa persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan sudah cukup tinggi yaitu 99,97 % untuk Salinakes dan 99,87 % untuk persalinan di Faskes, bahkan untuk Kota Yogyakarta sudah mencapai 100 % salinakes dan tertinggi di DIY. Perbedaan capaian baik salinakes maupun persalinan di Faskes tidak begitu besar dan sudah mencapai di atas 99 % untuk 5 kab/kota di DIY baik untuk salinakes dan persalinan di faskes.

4.3.2. Pelayanan Kesehatan Anak

Upaya pelayanan kesehatan anak dilakukan dengan menilai kunjungan neonatus. Kunjungan neonatus merupakan langkah untuk mengurangi angka kematian pada bayi (0-28 hari). Indikator yang digunakan adalah Kunjungan Neonatus 1 (KN-1) dan Kunjungan Neonatus Lanjutan (KN-L). KN-1 adalah cakupan pelayanan neonatal minimal sesuai dengan standard pada usia 6-48 jam setelah lahir. Sementara itu, KN-L adalah cakupan pelayanan neonatal minimal tiga kali sesuai distribusi waktu dan standar.



Sumber : Seksi Kesga Dinkes DIY

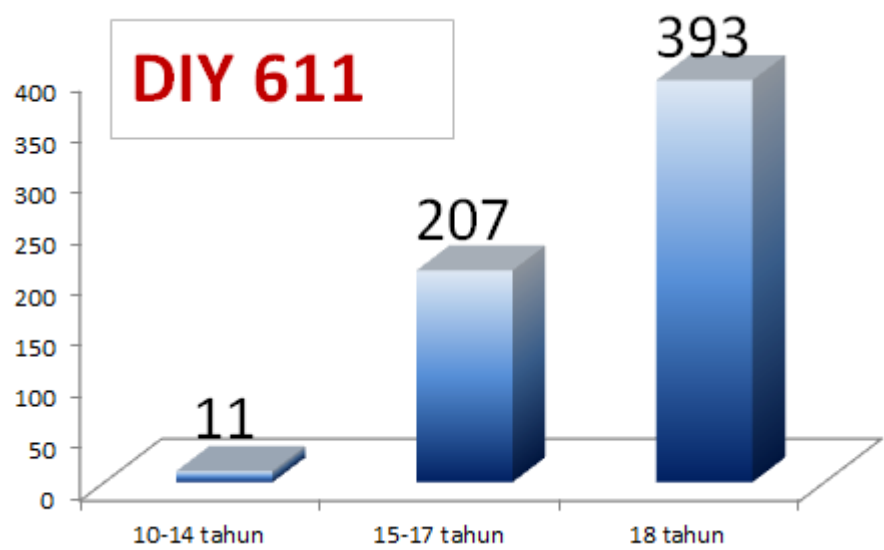
Gambar 32 Grafik Cakupan KN-1 dan KN-L DIY 2018

Grafik di atas menunjukkan bahwa kunjungan neonatus pertama pada 3 kabupaten/kota sudah cukup tinggi dan merata yaitu Gunung Kidul, Sleman dan Kota Yogyakarta. Namun 2 kabupaten masih lebih rendah yaitu Kulon Progo dan Bantul. Untuk DIY Kunjungan Neonatus pertama sudah mencapai 94,88 dan 91,36 untuk kunjungan neonatus lengkapnya.

4.3.3. Pembinaan Kesehatan Remaja

Program pembinaan kesehatan di DIY lebih diutamakan pada pencegahan terhadap kesehatan reproduksi remaja serta edukasi dan informasi bekerjasama dengan lintas sektor terkait. Jumlah kasus persalinan usia remaja yang makin

memperhatikan sangat memerlukan dukungan preventif dan promotif agar dapat ditekan.



Gambar 33 Persalinan Remaja di D.I. Yogyakarta Tahun 2018 menurut kelompok umur.

Menurut gambar di atas , tahun 2018 terjadi 611 kasus persalinan remaja di D.I. Yogyakarta. Berbagai upaya telah dilakukan dan akan lebih dioptimalkan dalam pembinaan kesehatan reproduksi remaja, diantaranya Puskesmas PKPR yang terintegrasi dengan program UKS, kampanye kesehatan remaja di sekolah, jambore kesehatan remaja dengan pemilihan duta remaja sehat serta edukasi dan konsultasi serta sosialisasi program kesehatan reproduksi remaja melalui media sosial (web site), dengan alamat url : www.duniaremaja.jogjaprovo.go.id

4.3.4. Pembinaan Kesehatan Lingkungan

Upaya kesehatan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan DIY juga meliputi pembinaan kesehatan lingkungan. Pembinaan kesehatan lingkungan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan DIY antara lain kualitas air minum memenuhi syarat, jamban sehat, dan tempat-tempat umum memenuhi syarat serta Stop BABS.

Tabel 14 Persentase Rumah Tangga Menurut Kabupaten/Kota dan Sumber Air Utama yang Digunakan Rumah Tangga untuk Minum, 2017

| Kabupaten / Kota | Sumber Air Utama yang Digunakan Rumah Tangga untuk Minum | | | | |
|------------------|--|-------------------------------|------------------|------------------|----------------------|
| | Air Kemasan Bermerk, Air Isi Ulang | Leding Meteran, Leding Eceran | Sumur Bor/ Pompa | Sumur Terlindung | Sumur Tak Terlindung |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 1. Kulonprogo | 13,54 | 12,53 | 5,63 | 43,55 | 10,70 |
| 2. Bantul | 20,78 | 2,50 | 19,85 | 48,51 | 4,35 |
| 3. Gunungkidul | 5,63 | 27,19 | 8,61 | 25,53 | 7,36 |
| 4. Sleman | 34,34 | 3,04 | 4,11 | 52,37 | 4,25 |
| 5. Yogyakarta | 46,80 | 8,98 | 27,16 | 17,06 | 0,00 |
| DIY | 25,09 | 9,07 | 12,06 | 41,00 | 4,97 |

Sumber: Susenas, 2017

Sumber air utama yang dipakai rumah tangga paling banyak adalah Sumur Terlindung (41 %) dan paling sedikit Sumur Tak Terlindung (4 %). Pada umumnya penggunaan sumber air sumur terlindung ini digunakan di Kabupaten Sleman (52,37%) oleh karena daerah Kabupaten Sleman daerah hulu dengan sumber air yang masih relatif lebih baik dibanding daerah lainnya dan memungkinkan penggunaan air sumur untuk sumber air utama rumah tangga. Kondisi tanah umumnya porous dan berpasir dengan kedalaman sumber air yang dangkal. Untuk sumber air sumur tak terindung paling banyak di Kabupaten Kulon Progo (10,70%).

Tabel 15 Persentase Rumah Tangga Menurut Kabupaten/Kota dan Penggunaan Fasilitas Tempat Buang Air Besar, 2017

| Kabupaten / Kota | Sendiri | Bersama | MCK Komunal, Umum | Tidak Ada Fasilitas | Jumlah |
|------------------|---------|---------|-------------------|---------------------|--------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) |
| 1. Kulonprogo | 82,61 | 9,18 | 0,37 | 7,84 | 100,00 |
| 2. Bantul | 84,78 | 12,13 | 0,18 | 2,91 | 100,00 |
| 3. Gunungkidul | 90,31 | 7,57 | 0,00 | 2,11 | 100,00 |
| 4. Sleman | 79,33 | 18,70 | 0,41 | 1,55 | 100,00 |
| 5. Yogyakarta | 59,97 | 36,46 | 3,57 | 0,00 | 100,00 |
| DIY | 80,55 | 16,30 | 0,68 | 2,46 | 100,00 |

Sumber: Susenas, 2017

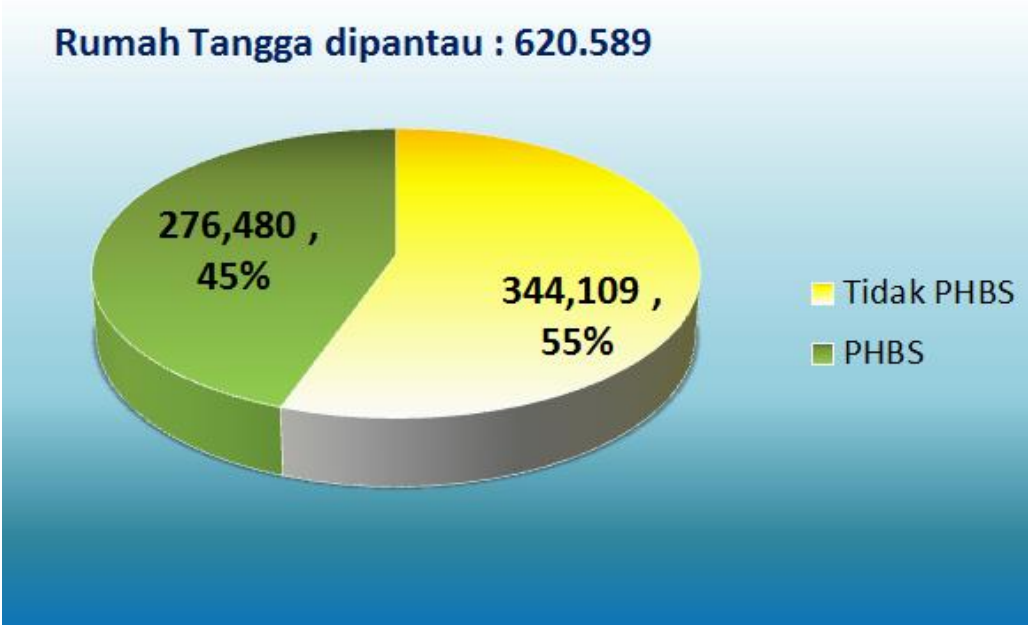
Rumah tangga di DIY umumnya menggunakan fasilitas buang air besar sendiri sebanyak 80,55 % dan angka paling besar justru di Kabupaten Gunung Kidul (90,31), lainnya dalam bentuk fasilitas bersama (16,30%) dan komunal (0,68%). Masih ada beberapa rumah tangga yang belum mempunyai fasilitas tempat buang air besar

sebanyak 2,46 % khususnya di Kabupaten Kulon Progo (7,84%). Jamban adalah sarana penting yang mampu mencegah berbagai macam penyakit menular dan mampu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Sayangnya, kebutuhan penting ini belum dimiliki oleh semua penduduk di DIY. Untuk data desa dengan Stop Buang Air Bersih Sembarangan (Stop BABS) sampai dengan tahun 2017 sudah mencapai 100 % untuk DIY.

4.3.5. Perilaku Hidup Sehat Masyarakat dan Pemberdayaan Masyarakat

Pencegahan penyakit yang dilakukan dengan mengurangi atau menghilangkan faktor risiko dapat dilakukan dengan penerapan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat). Indikator-indikator yang terdapat di dalam PHBS antara lain persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan, pemberian ASI secara eksklusif, penimbangan balita, penggunaan air bersih, cuci tangan, penggunaan jamban, pemberantasan jentik nyamuk, konsumsi buah dan sayur, serta tidak merokok di dalam rumah.

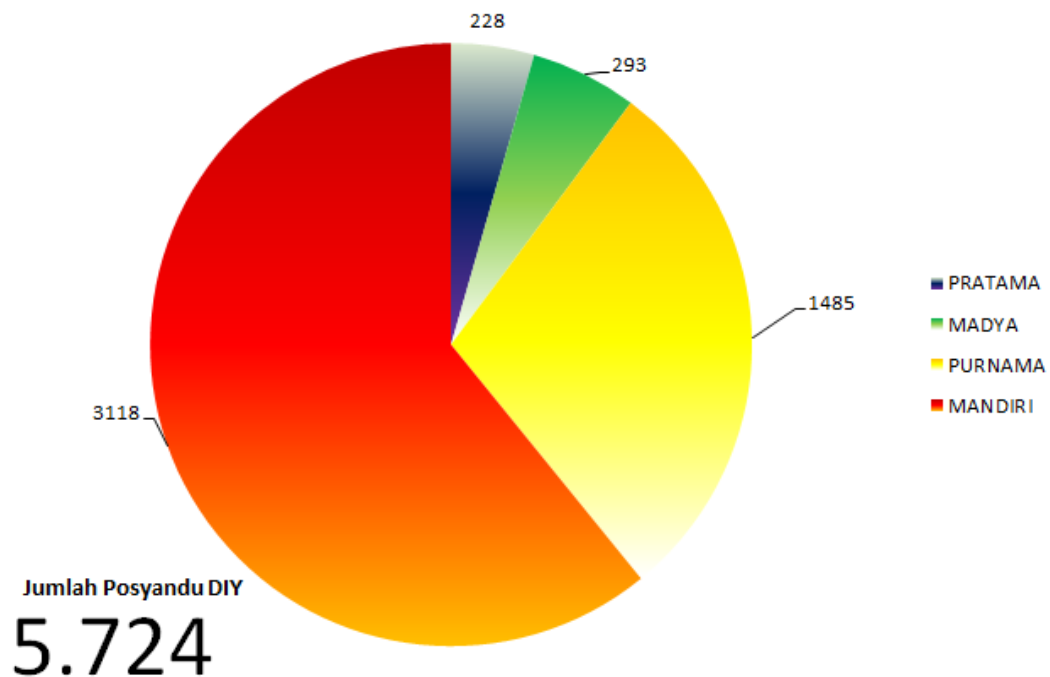
DIY telah memiliki indikator untuk melakukan evaluasi terhadap penerapan PHBS di tingkat rumah tangga. Hasilnya menunjukkan bahwa persentase rumah tangga yang menerapkan PHBS pada tahun 2018 adalah sebanyak 45%



Sumber : Seksi Promkes Dinkes DIY

Gambar 34 Grafik Prosentase Rumah Tangga berPHBS di DIY 2018

Walaupun secara umum dari tahun ke tahun capaian rumah tangga ber PHBS mengalami peningkatan, namun belum optimal karena beberap indikator yang sulit dicapai seperti merokok.



Sumber : Seksi Promkes Dinkes DIY

Gambar 35 Grafik Jumlah Pos Yandu Menurut Strata di DIY 2018

Peningkatan peran serta masyarakat di DIY dilaksanakan dengan pembinaan terhadap Posyandu yang tersebar di seluruh wilayah DIY. Posyandu di DIY sebanyak 5.724 terstrata dalam 4 tatanan, yaitu Pratama, Madya, Purnama dan Mandiri.

4.3.6. Disabilitas di D.I Yogyakarta

Disabilitas merupakan suatu ketidakmampuan tubuh dalam melakukan suatu aktifitas tertentu sebagaimana orang normal pada umumnya yang disebabkan oleh kondisi ketidakmampuan dalam hal fisiologis, psikologis dan kelainan struktur atau fungsi anatomi. Sementara penyandang disabilitas adalah orang yang mempunyai keterbatasan mental, fisik, intelektual maupun sensorik yang dialami dalam jangka waktu lama.

Banyak factor yang menyebabkan terjadinya disabilitas di Indonesia, antara lain tingkat kecelakaan lalu lintas yang tinggi, penyakit infeksi yang tinggi, malnutrisi

dan kurang vitamin, serta disabilitas akibat penyakit kronik dan penyakit degeneratif. Selama kurun waktu tahun 2013 – 2015 jumlah penyandang disabilitas di D.I Yogyakarta cenderung turun yaitu tahun 2013 ada penyandang disabilitas sebanyak 28.196 orang, tahun 2014 sebanyak 26.947 dan 25.050 pada tahun 2015.

Tabel 16 Jumlah Penyandang Disabilitas DIY 2017

| No | Kabupaten Kota | ADK | PD | JUMLAH |
|----|----------------|------|-------|--------|
| 1 | Kulon Progo | 505 | 5270 | 5.775 |
| 2 | Bantul | 625 | 5900 | 6.525 |
| 3 | Gunung Kidul | 1010 | 7584 | 8.594 |
| 4 | Sleman | 628 | 6041 | 6.669 |
| 5 | Yogyakarta | 215 | 1752 | 1.967 |
| | Jumlah | 2983 | 26547 | 29.530 |

Sumber : Dinas Sosial DIY

ADK = Anak dengan Kedisabilitasan (<18 th)

PD = Penyandang Disabilitas (>18 th)

Jika dilihat menurut jenis kecacatannya, dari total sebanyak 29.530 orang, proporsi penyandang disabilitas terbesar adalah jenis cacat fisik (8.811), intelektual (7.980), tidak diketahui jenis kecacatannya (4.857), sensorik (4.421), mental (1.742) dan cacat ganda (1.719).

BAB V SITUASI SUMBER DAYA KESEHATAN

5.1. Tenaga Kesehatan

Undang – undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mendefinisikan bahwa yang dimaksud dengan tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Sedangkan sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan, maka tenaga kesehatan terbagi atas 7 (tujuh) jenis tenaga yaitu tenaga medis, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik dan tenaga keteknisian medis.

Ketersediaan tenaga di sarana kesehatan baik di puskesmas maupun rumah sakit pada umumnya sudah baik. Rasio tenaga kesehatan terhadap jumlah penduduk di DIY sudah mencukupi apabila dilihat dari ketersediaan tenaga kesehatan, akan tetapi bila dilihat dari distribusi tenaga kesehatan di 5 Kabupaten/Kota di DIY masih belum merata, terutama untuk Kabupaten Kulon Progo dan Gunung Kidul.

5.2. Distribusi dan Rekapitulasi SDM Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta

1. SDM Kesehatan Menurut Rumpun SDMK

Tabel 17 Jumlah SDM Kesehatan Berdasarkan Rumpunnya di Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2018

| RUMPUN SDMK | JENIS KELAMIN | | JUMLAH |
|------------------------------|---------------|-----------|--------|
| | LAKI-LAKI | PEREMPUAN | |
| 01. MEDIS | 1,633 | 1930 | 3563 |
| 02. PSIKOLOGI KLINIS | 1 | 58 | 59 |
| 03. KEPERAWATAN | 1,943 | 6464 | 8407 |
| 04. KEBIDANAN | - | 1972 | 1972 |
| 05. KEFARMASIAN | 133 | 887 | 1020 |
| 06.KESEHATAN MASYARAKAT | 45 | 139 | 184 |
| 07.KESEHATAN LINGKUNGAN | 120 | 149 | 269 |
| 08. GIZI | 54 | 343 | 397 |
| 09. KETERAPIAN FISIK | 125 | 236 | 361 |
| 10. KETEKNISIAN MEDIS | 468 | 1,187 | 1,655 |
| 11. TEKNIK BIOMEDIKA | 420 | 813 | 1,233 |
| 12.KESEHATAN TRADISIONAL | - | 23 | 23 |
| 13. ASISTEN TENAGA KESEHATAN | 284 | 1,338 | 1,622 |
| 14. TENAGA PENUNJANG | 2997 | 3239 | 6236 |
| TOTAL | 8223 | 18778 | 27001 |

Sumber : Profil Nakes DIY 2018

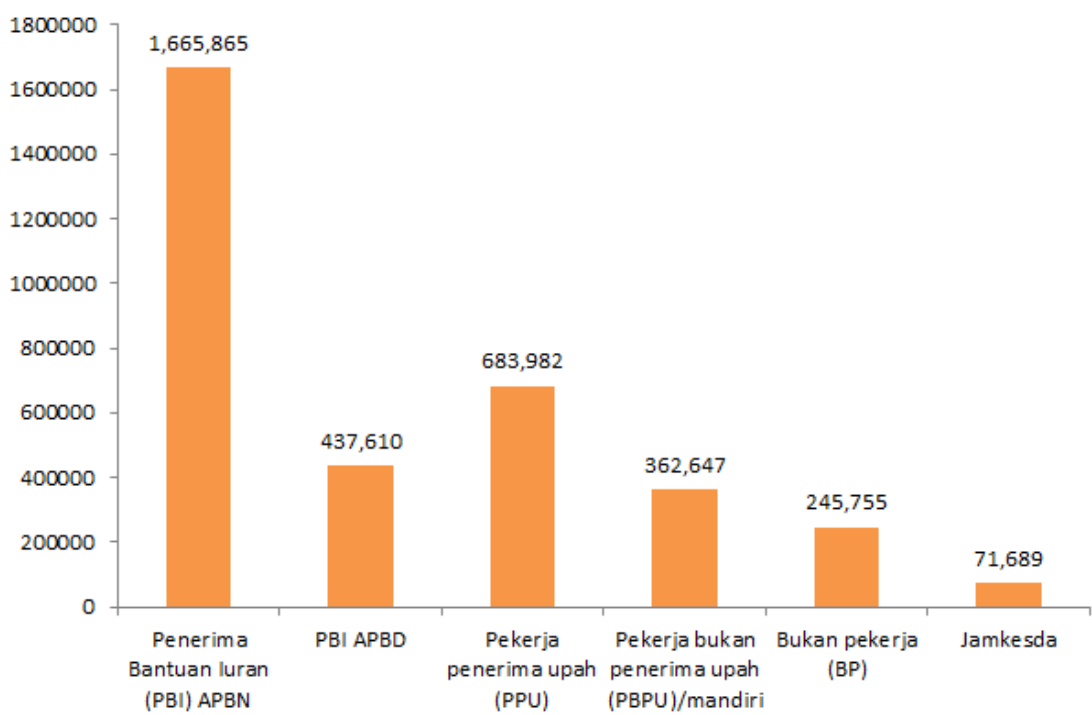
Tabel di atas menunjukkan bahwa dari 27.001 SDM Kesehatan yang terdata sebagian besar adalah perempuan sejumlah 70%, sedangkan jumlah SDM Kesehatan berjenis kelamin laki – laki hanya 30 %. Sedangkan bila dilihat proporsinya berdasarkan jenis rumpunnya maka terbesar adalah tenaga keperawatan sebanyak 8.407 orang (31,14%).

5.3. Pembiayaan Kesehatan

Jaminan Pembiayaan Kesehatan Masyarakat

Daerah Istimewa Yogyakarta termasuk daerah dengan angka kemiskinan yang tinggi di antara provinsi lain di Indonesia sehingga pembiayaan kesehatan utamanya pada masyarakat miskin harus diupayakan. Program pembiayaan terutama khusus bagi masyarakat miskin dan upaya untuk pembiayaan kesehatan semesta sudah dilaksanakan di DIY.

Program Pembiayaan Kesehatan telah dilaksanakan sesuai dengan pedoman di tingkat Pusat, diantaranya untuk Program Jaminan Kesehatan untuk masyarakat miskin. Berbagai upaya program pembiayaan kesehatan telah dilakukan dan dimonitor terhadap implementasinya di lapangan khususnya terhadap cakupan kepesertaan serta mutu pelayanan kesehatan masyarakat.



Sumber : Seksi Stantesa Dinkes DIY

Gambar 36 Grafik Cakupan Kepesertaan Jaminan Kesehatan DIY 2018

5.4. Anggaran Pembangunan Kesehatan

Anggaran pembiayaan program kesehatan di DIY bersumber kepada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) dan sebagian Anggaran Bantuan Luar Negeri (BLN). Jumlah total anggaran program kesehatan di Dinas Kesehatan DIY Tahun Anggaran 2018 sebesar Rp. 167,385,030,452 .

Untuk APBD tahun 2018 Dinas Kesehatan dengan besaran anggaran sebesar Rp. 149,385,926,452,- yang terdiri atas Belanja Tidak Langsung dan Belanja Langsung (pegawai, barang/jasa dan modal). Belanja tidak langsung semua dialokasikan untuk belanja pegawai, sedangkan untuk Belanja Langsung digunakan untuk Belanja Pegawai, Belanja Barang dan Jasa, serta Belanja Modal.

Untuk APBN Dinas Kesehatan DIY total anggaran sebesar Rp. 17,999,104,000 terdiri atas anggaran pada Dinas Kesehatan Induk, UPT dan DAK RS Respira. jumlah anggaran Dinas Kesehatan DIY sebesar Rp. 167,385,030,452,-



BAB VI PENUTUP

6.1. KESIMPULAN

Profil kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan gambaran kondisi derajat kesehatan masyarakat di DIY. Hasil – hasil capaian program pembangunan kesehatan di wilayah Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 2018 berdasarkan hasil pengumpulan dan pengolahan data berbagai indikator kesehatan yang termuat dalam 82 tabel yang dilakukan oleh para pengelola program kesehatan mulai dari tingkat Puskesmas, Rumah Sakit maupun dinas kesehatan di Kabupaten/Kota dan DIY telah berhasil dilaksanakan sesuai dengan target yang ditetapkan. Adapun gambaran kondisi kesehatan di wilayah DIY pada tahun 2018 adalah sebagai berikut :

Derajat Kesehatan

1. Angka Kematian (Mortalitas)
 - a. Kasus Kematian Ibu tahun 2018 sejumlah 36 ibu, turun dibanding tahun 2017 yang berjumlah 39 ibu.
 - b. Kasus Kematian Bayi Tahun 2018 sejumlah 318 bayi, naik dibandingkan tahun 2017 sejumlah 313 bayi
 - c. Kasus Kematian Balita Tahun 2018 sejumlah 351 Balita, naik dibanding tahun 2017 sejumlah 343.
2. Angka Kesakitan (Morbiditas)
 - a. Jumlah Kasus Demam Berdarah Dengue (DBD) Tahun 2018 adalah sebanyak 649, dengan jumlah meninggal sebanyak 2 orang.
 - b. Tuberculosis (TBC)

Angka kesembuhan TBC pada tahun 2018 sebesar 85,56 % meningkat dibanding tahun 2017 sebesar 84,73 %
 - c. Kasus HIV sampai dengan tahun 2018 adalah sebanyak 4765 kasus, sedangkan penderita AIDS sebanyak 1602 orang.
 - d. Kasus penyakit malaria tahun 2018 sebesar 63 kasus, turun dibanding tahun 2017 (84 kasus).
 - e. Kasus campak tahun 2018 sebesar 5 kasus.
 - f. Jumlah kasus Kusta tahun 2018 sebesar 17 kasus.
3. Status Gizi
 - a. Prevalensi Balita Pendek (stunting) tahun 2018 sebesar 12,37 %, turun dibanding tahun 2018 sebesar 13,86 %.

- b. Balita Kurang energi Protein (KEP) tahun 2018 sebesar 7.94, turun dibanding tahun 2017 sebesar 8,26 %.
- c. Balita Bawah Garis Merah (BGM) tahun 2018 0.72% turun dibanding tahun 2017 (0,76 %).
- b. Angka BBLR tahun 2018 sebesar 5.52 %, naik dibanding tahun 2017 (4,86 %).
- c. Cakupan Asi Eksklusif tahun 2018 sebesar 75.9, naik dibanding tahun 2018 sebesar 74,90 %.
- d. Cakupan bumil anemia sebesar 15.21 %, naik dibanding tahun 2017 (14,32 %).
- e. Bumil KEK tahun 2018 sebesar 11.76 %, naik dibanding tahun 2017 (10,70 %).

Upaya Kesehatan

1. Pelayanan Kesehatan

- a. Cakupan K1 tahun 2018 sebesar 100 % dan K4 sebesar 90,6 %
- b. Persalinan oleh tenaga kesehatan di DIY sebesar 100 %
- c. Kunjungan neonatus (KN1) sebesar 93,7 % dan kunjungan neonatus 3 kali (KN lengkap) sebesar 91,0 %.
- d. Persalinan remaja tahun 2018 sebanyak 611 kasus, turun dibanding tahun 2017 sebanyak 725 kasus.

2. Akses dan Mutu Sarana Pelayanan Kesehatan

- a. Jumlah kunjungan rawat inap puskesmas/RS/sarana lainnya 342.045 kunjungan.
- b. Jumlah kunjungan rawat jalan puskesmas/RS/sarana lainnya 10.087.270 kunjungan.
- c. Jumlah kunjungan jiwa 125.260 kunjungan.

3. Perilaku Hidup Bersih Sehat dan Pemberdayaan Masyarakat

- a. Cakupan rumah tangga ber PHBS tahun 2018 sebanyak 45%, meningkat dibanding tahun 2017 yang hanya 43,24 %.
- b. Cakupan strata Posyandu tahun 2018 sebagai berikut :
 - Pratama : 228.
 - Madya : 293
 - Purnama : 1485
 - Mandiri : 3118.

Sumber Daya Kesehatan

1. Sarana Kesehatan

- a. Jumlah puskesmas di DIY 121 puskesmas
- b. Jumlah rumah sakit di DIY 76 .

2. Tenaga Kesehatan

- a. Jumlah tenaga medis DIY 2018 : 3563.

- b. Jumlah tenaga keperawatan 8.407.
- c. Jumlah tenaga psikologi klinis 59
- d. Jumlah tenaga kefarmasian 1.020.
- e. Jumlah tenaga kebidanan 1972.
- f. Jumlah tenaga kesehatan lingkungan 269
- g. Jumlah tenaga kesehatan masyarakat 184
- h. Jumlah tenaga gizi 397
- i. Jumlah tenaga keterampilan fisik 361.
- j. Jumlah tenaga keteknisian medis 1.655
- k. Jumlah tenaga teknis biomedis 1.233
- l. Jumlah tenaga kesehatan tradisional 23
- m. Jumlah tenaga asisten kesehatan 1.622
- n. Jumlah tenaga penunjang 8.228

3. Pembiayaan Kesehatan

- a. Kepesertaan JKN di DIY pada tahun 2018 mencapai 93,70 %
- b. Penerima Bantuan Iur APBN selama tahun 2018 sebesar 45,96 %
- c. Penerima Bantuan Iur APBD selama tahun 2018 sebesar 12,07 % . Sisanya adalah peserta mandiri, bukan penerima iur, pekerja penerima iur dan Jamkesmas

4. Anggaran Pembangunan Kesehatan

- a. Total anggaran Kesehatan Dinas Kesehatan DIY adalah Rp. 149.385.926.452,-



LAMPIRAN