

SOLUSI DALAM MENGATASI MASALAH PEMBANGUNAN KESEHATAN MASYARAKAT DI INDONESIA

Oleh :

Riada Marenny Pasaribu, SKM, M.Kes.

Dosen Akper BAS Balimbingan

Abstrak

Pembangunan nasional yang optimal dapat tercapai apabila pembangunan kesehatan masyarakat dapat terwujud. Keterkaitan keduanya sangat jelas dalam implementasi pelaksanaan pembangunan nasional. Penulisan makalah ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana solusi dalam mengatasi pembangunan kesehatan masyarakat di Indonesia. Penulisan menggunakan metode tinjauan literatur. Dari pembahasan dapat disimpulkan bahwa kesehatan merupakan modal yang sangat berharga dalam pelaksanaan pembangunan nasional. Perbaikan mutu kesehatan masyarakat berdampak pada meningkatnya kualitas hidup masyarakat dan juga meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Kualitas sumber daya manusia yang baik, maka dapat menjadi modal untuk membangun bangsa ke arah yang lebih maju.

Kata kunci : *kesehatan masyarakat dan pembangunan*

1. Pendahuluan

1.1. Latar Belakang

Salah satu tujuan nasional bangsa Indonesia seperti termaktub dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945, yaitu memajukan kesejahteraan umum. Untuk mewujudkan tujuan nasional tersebut diselenggarakan pembangunan nasional secara berencana, menyeluruh, terpadu, terarah dan berkesinambungan.

Untuk tercapainya tujuan pembangunan nasional tersebut dibutuhkan antara lain tersedianya sumber daya manusia yang tangguh, mandiri serta berkualitas. Tingkat pendidikan, pendapatan serta kesehatan penduduk Indonesia memang belum memuaskan yang dapat berpengaruh terhadap terhadap pembangunan. Menyadari bahwa tercapainya tujuan pembangunan nasional merupakan kehandak dari seluruh rakyat Indoneisa, dan dalam rangka menghadapi makin ketatnya persaingan bebas pada era globalisasi, upaya peningkatan kualitas sumber daya manusia harus dilakukan. Dalam hal ini peranan keberhasilan pembangunan kesehatan sangat menentukan. Penduduk yang sehat bukan saja akan menunjang keberhasilan program pendidikan, tetapi juga mendorong peningkatan produktivitas dan pendapatan penduduk.

Dari kesemuanya itu, menunjukkan bahwa pembangunan nasional yang optimal dapat tercapai apabila pembangunan

kesehatan masyarakat dapat terwujud. Keterkaitan keduanya sangat jelas dalam implementasi pelaksanaan pembangunan nasional. Pembangunan tidak mungkin terselenggara dengan baik tanpa tersedianya salah satu modal dasar, yaitu kesehatan masyarakatnya. Kesehatan masyarakat harus menjadi acuan dalam pembangunan baik sebelum berjalan maupun sedang berjalan. Derajat kesehatan berhubungan erat dengan pembangunan ekonomi sosial dan lingkungannya. Pada kondisi krisis moneter pada saat ini, akan berpengaruh terhadap status kesehatan masyarakat, hal ini dapat menghambat pembangunan.

Dari uraian di atas, salah satu permasalahan yang dapat menghambat pembangunan nasional adalah masalah kesehatan yang bertalian dengan kondisi masyarakat pada saat ini (kondisi krisis ekonomi).

1.2. Tujuan Penulisan

Penulisan makalah ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana solusi dalam mengatasi pembangunan kesehatan masyarakat di Indonesia.

2. Uraian Teoritis

2.1. Pengertian Tentang Sehat dan Kesehatan Masyarakat

Human Development Index (HDI) yang diterbitkan oleh *United Nation Development*

Program setiap tahunnya, menempatkan Indonesia pada ranking yang ke 105 di antara 180 negara di dunia (1999). Saat ini Indonesia berada di *ranking* ke 110 di antara 162 negara (2002). Sedangkan Vietnam yang pada tahun 1995 berada di *ranking* ke 117, Sekarang berada di *ranking* ke 95 di antara 162 negara. 4. *HDI* Vietnam saat ini lebih baik dari Indonesia.

Coba bayangkan andaikan *ranking* anak kita berada pada urutan ke 105 atau 110 dari 180 murid di kelasnya, sangat meresahkan dan tidak menggembirakan kedua orang tuanya; coba bayangkan pula bagaimana dia akan dapat bersaing dengan temantemannya yang berada di *ranking* 1, 2 atau di 10 besar lainnya.

Ada 3 (tiga) *domain* utama yang dinilai pada *HDI* tersebut di atas, yaitu: 1. Kesehatan, diurutan pertama, 2. Pendidikan, diurutan kedua, dan 3. Ekonomi, diurutan ketiga. Meskipun sesungguhnya ketiga *domain* tersebut saling berinteraksi dan berinterrelasi satu dengan yang lainnya. Dapat dimengerti bahwa, tanpa kesehatan yang baik, pendidikan tidak mungkin dapat berjalan dengan baik, tanpa kesehatan yang baik dan pendidikan yang baik mustahil ekonomi keluarga masyarakat dapat membaik pula. Tanpa kesehatan dan pendidikan yang baik/prima, ekonomi kita kelak hanya merupakan "ekonomi kaki lima". Namun sebaliknya pula, tanpa ekonomi yang kuat, kesehatan dan pendidikan keluarga/masyarakat pun tidak mungkin dapat membaik pula. Yang jelas di sini bahwa *HDI* merupakan "cermin dari kecerdasan, kesejahteraan dan kemakmuran bangsa". *HDI* merupakan tolak ukur dari *masyarakat madani*. Masyarakat yang kita idam-idamkan bersama, yaitu suatu tatanan masyarakat modern (masyarakat yang dapat menggunakan ilmu pengetahuan dan teknologi sebagai sarana hidupnya), masyarakat yang berbudaya, masyarakat yang beradab (sehat fisik, mental dan sosialnya), dan masyarakat yang beragama. Kesehatan merupakan dan harus dapat menjadi salah satu tolak ukur utama dari pembangunan dan kesejahteraan nasional suatu bangsa. Dengan demikian "kesehatan" harus menjadi "*mid-stream*" pembangunan, merupakan "*mid stream*" pembangunan berkelanjutan, yang terus menerus. Bukan hanya sebagai tolak ukur *marginal* /sampingan dari pembangunan suatu bangsa dan negara.

Karena kesehatan, hidup sehat- adalah hak asasi manusia.

Sayangnya pengetahuan di atas belum merupakan kebijakan nasional yang dihayati oleh masyarakat dan pengambil keputusan. Kesehatan dan pendidikan belum pernah digunakan sebagai kendaraan politik oleh para politikus kita. Sementara kendaraan politik kita saat ini adalah politik itu sendiri.

Di pihak lain, "konsep kesehatan" yang selama ini "seakan-akan" masih dikonotasikan oleh sementara masyarakat banyak dan para pengambil keputusan, dan tidak jarang oleh masyarakat kesehatan / kedokteran sendiri, masih sebagai sebuah "konsep sakit". Apabila telah jatuh "sakit", barulah kemudian mereka memikirkan tentang "sehat". "Orang Sakit" adalah obyek program kesehatan. Proyek bagi pemasukan kas negara atau daerah. Masih sering diidentikkan atau dibayangkan bahwa "kesehatan" dan "pelayanan kesehatan" untuk masyarakat adalah semata-mata pelayanan "Rumah Sakit", atau "Puskesmas" yang sarat dengan orang sakit yang akan di operasi jantung, atau penderita diabetes, darah tinggi, penyakit paru / asthma / tb, pilek atau kudisan.

Belum terbayang oleh sementara masyarakat banyak bahwa sesungguhnya dasardasar kesehatan itu adalah mencuci tangan sebelum makan, sikat gigi setiap hari, gizi yang baik, air bersih dengan sanitasi lingkungan yang baik, udara bersih (langit biru dengan kesadaran masyarakat akan "*green industry*", bensin tanpa timah hitam; karena bensin dengan kadar timah hitam yang tinggi dapat membuat kerusakan otak permanen dari anak-anak kita, yang miskin maupun yang kaya. Yang dapat mengakibatkan kebodohan generasi yang akan datang), *income generating* masyarakat yang memadai/baik, tata-ruang wilayah yang baik, perumahan yang sehat / baik dengan jendela yang cukup agar sinar matahari senantiasa masuk ke seluruh ruang yang ada, dengan lantai yang disemen bukan berlantai tanah; masyarakat yang berdisiplin berlalu-lintas di jalan raya, masyarakatnya tidak keranjingan narkoba dan alkohol dan tidak perokok serta bukan penjaja seks, anak-anak mereka bersekolah, anak-anak mereka dan masyarakat yang tidak tawuran, taman kota dan tempat rekreasi keluarga dimana-mana, tata-ruang dan tata-kota yang teratur rapih, semua masyarakat mendapatkan air bersih, berpakaian rapih,

bertegur sapa penuh santun, dengan tempat-tempat ibadah yang selalu padat dikunjungi oleh penduduk / masyarakat untuk berdo'a akan keselamatannya dan kebahagiaannya dunia dan akhirat. Inilah yang disebut sebagai gambaran "penduduk atau masyarakat sehat"; mereka sehat fisik (lahiriyah), dan sehat pula perilaku, sosial-ekonomi dan sosial-budayanya. Gambaran ini melukiskan masyarakat yang "tidak sakit", masyarakat yang sehat!. Program-program, upaya dan usaha untuk mewujudkan masyarakat sehat seperti gambaran di atas itulah yang sesungguhnya disebut "programupaya-usaha kesehatan".

UNICEF memperkirakan, bahwa saat ini terdapat 1.6 juta anak meninggal karena tidak mendapat akses untuk air bersih. Dengan penyediaan air bersih saja dan perbaikan sanitasi, kita dapat menurunkan, angka kemiskinan, angka kesakitan, dan meningkatkan pendidikan anak-anak kita 5. Demikian halnya dengan masalah cacangan pada anak-anak.

Saat ini puluhan juta, bahkan ratusan juta anak menderita cacangan karena masalah air bersih, sanitasi dan perumahan yang buruk. Akibatnya mereka menderita kekurangan gizi, yang berdampak pada kesehatan dan pendidikan mereka. Dengan demikian sesungguhnya "program kesehatan" tidak hanya menjadi milik, lebih-lebih dapat ditangani oleh hanya sektor kesehatan saja. "Program kesehatan" harus menjadi milik masyarakat, yang pada akhirnya "kesehatan" itu telah menjadi budaya dan berhati di masyarakat. Program Kesehatan harus pula dapat dilaksanakan oleh masyarakat sendiri dengan kemandiriannya; "*advocacy*," "*fasilitasi*," dan "*technical assistant*" dibantu oleh "multi sektoral" termasuk masyarakat bisnis. Masyarakat, multi sektoral, dan masyarakat bisnis harus mampu dan memahami "pembangunan yang berwawasan kesehatan". Masyarakat dan multi sektoral harus mampu dan memahami perencanaan pembangunan wilayah dan pelaksanaannya, dengan mempertimbangkan dampak positif dan dampak negatifnya terhadap kesehatan baik untuk perorangan, keluarga, dan masyarakat sendiri. Selain itu, di sektor kesehatan sendiri upaya dan usaha yang dilakukan harus mampu dan dapat berupaya melakukan upaya dan usaha kesehatan yang lebih bersifat

preventif dan promotif, tanpa meninggalkan upaya dan usaha kuratif serta rehabilitatif. Dasar pandang dalam pembangunan seperti ini dikenal sebagai Paradigma Sehat 6 7. Dasar pandang ini bukan sesuatu yang baru bagi sekelompok masyarakat, namun "tersimpan" cukup lama.

Program-program dalam pengejawantahan ikhwal-ikhwal tersebut di atas, sebagai bagian dari "mid stream" pembangunan yang berkelanjutan dari masyarakat, bangsa dan negara, jelas memerlukan perlindungan hukum yang pasti. Paradigma Sehat sebagai sebuah konsep pemikiran tidak hanya dapat dicapai dalam pengejawantahannya oleh tenaga / ahli kesehatan atau kedokteran saja. Paradigma sehat merupakan konsep pemikiran yang dalam pengejawantahannya diperlukan banyak disiplin keilmuan, ahli ilmu-ilmu sosial, ilmu pengetahuan budaya, ilmu-ilmu teknik, ilmu gizi, ilmu-ilmu perilaku, ilmu-ilmu agama, dan tidak kalah penting yaitu pengambil keputusan politik pembangunan negara dan wilayah / daerah.

2.2. Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Untuk dapat memahami pengaruh krisis moneter terhadap pelayanan kesehatan masyarakat, perlulah dipahami dahulu apa yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan masyarakat (public health services). Secara sederhana yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan masyarakat adalah bagian dari pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatannya pada upaya peningkatan kesehatan serta pencegahan penyakit serta lebih memusatkan perhatiannya pada pelbagai masalah kesehatan yang ditemukan di masyarakat secara keseluruhan.

Jika dibandingkan dengan pelayanan medis (medical services) pelayanan kesehatan masyarakat memang mempunyai beberapa ciri tersendiri. Ciri yang dimaksud serta perbedaannya dengan pelayanan medis, secara sederhana diuraikan sebagai berikut : Sarana kesehatan yang bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan masyarakat disebut dengan nama sarana kesehatan masyarakat. Untuk Indonesia sarana kesehatan masyarakat ini adalah pusat kesehatan masyarakat (puskesmas) yang berada pada lini depan serta dibantu oleh Dinas Kesehatan Tingkat II yang berada di

kabupaten serta Dinas Kesehatan tingkat I yang berada di Propinsi, sebagai rujukan.

Untuk memperluas cakupan pelayanan puskesmas, maka pada beberapa wilayah kerja yang dinilai strategis didirikan Pusat Kesehatan Masyarakat Pembantu (Pustu) serta setiap desa ditempatkan Bidan di Desa. Sedangkan untuk menggalang peran serta masyarakat yang merupakan salah satu ciri utama pelayanan kesehatan masyarakat, didirikan Pos Pelayanan Terpadu di setiap RW atau desa. Pada saat ini tercatat tidak kurang dari 240.000 posyandu telah didirikan di seluruh Indonesia.

2.3. Kesehatan bagi Semua

Salah satunya adalah melalui program jaminan kesehatan yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan mekanisme Asuransi Sosial, yang diselenggarakan berdasarkan prinsip ekuitas. Pemerintah mempunyai tugas berat untuk melaksanakan program ini dengan sekuat upaya untuk mencapai *cost-effective way* (suatu cara mencapai efisiensi dan kualitas). Hal yang mesti diingat oleh pemerintah, bahwa kesejahteraan sosial tersebut dapat terwujud--menurut pandangan ekonomi kesehatan. Apabila tercapai kepuasan maksimal yang diinginkan oleh setiap anggota masyarakat. Lebih jelas Hsiao (2000) menjelaskan bahwa kepuasan maksimal terhadap pelayanan kesehatan akan tercapai apabila terpenuhinya level absolut dan distribusi status kesehatan, adanya perlindungan risiko finansial (asuransi), serta kepuasan konsumen (masyarakat).

2.4. Restrukturisasi Sistem Kesehatan

Sarana yang digunakan untuk mencapai fungsi sistem kesehatan tersebut adalah komponen struktural sistem kesehatan. Hsiao (2000) mengusulkan perlunya upaya restrukturisasi terhadap 5 (lima) komponen utama yang akan berdampak pada hasil.

Pertama, restrukturisasi keuangan (*financing*). Keuangan atau anggaran merupakan komponen struktural utama yang akan mempengaruhi hasil karena dapat berdampak pada pendistribusian status kesehatan dan kemampuan pembiayaan pemerintah terhadap pelayanan kesehatan. Untuk itu diperlukan upaya memobilisasi dana bagi pelayanan kesehatan yang salah satunya

melalui dana asuransi kesehatan untuk masyarakat luas.

Pengalokasian dana hanya diperlukan terhadap pelayanan kesehatan tertentu. Pelayanan kesehatan apa yang akan didanai ditentukan berdasarkan *cost-effectiveness* dalam memproduksi hasil kesehatan. Subsidi hanya diberikan untuk kepentingan pendidikan kesehatan, pembangunan sarana kesehatan, dan untuk keperluan riset yang berpengaruh terhadap peningkatan pengadaan pelayanan kesehatan berkualitas. Sebab dengan adanya perubahan dan peningkatan dalam pengadaan (*supply*) pelayanan kesehatan akan mempengaruhi status kesehatan, kepuasan masyarakat, efisiensi dan penggunaan pelayanan kesehatan.

Hal penting lainnya adalah perlunya upaya penataan institusional terhadap finansial pelayanan kesehatan. Finansial dapat diorganisasikan dan ditata melalui monopoli atau kompetisi. Sebagai contoh, mungkin diperlukan pemikiran oleh pemerintahan suatu bentuk asuransi yang diatur oleh pemerintah (*centered-planning*) seperti yang dijalankan oleh pemerintahan Taiwan (Republic of China) sejak tahun 1995 dan telah membuktikan cakupan kepesertaan 96 persen populasi pada tahun 1999 saja. Sehingga sekarang ini hampir setiap warga masyarakatnya berhak mendapatkan pelayanan kesehatan dengan kesempatan yang sama dan dengan biaya yang jauh lebih murah pada tingkat distrik atau langsung ke tingkat pusat (rumah sakit terbaik dengan teknologi kesehatan yang tinggi).

Taiwan memulai sistem asuransi kesehatan nasional (National Health Insurance ? NHI) pada bulan Maret 1995 dengan pendapatan (*revenue*) yang dikumpulkan dari pajak sebesar 4,25 persen, dengan kontribusi dari pemerintah, perusahaan dan tenaga kerja masing-masing sekitar 28 persen, 32 persen dan 40 persen. Dalam pelaksanaannya bukan tanpa kendala, Taiwan menghadapi beberapa tantangan penting. Di antaranya, NHI tidak berhasil meningkatkan pendapatan (*revenue*) untuk memenuhi pembiayaan, artinya NHI kekurangan akuntabilitas finansial. *Revenue* yang berasal dari premi asuransi hanya meningkat 3 persen pertahun sejak tahun 1996, sehingga pada tahun 1999 NHI rugi NT\$ 11,4 Milyar (NT\$ = New Taiwan Dollars) dan terus merugi hingga NT\$ 2 Milyar per bulannya

pada tahun 2000. Tapi akhirnya setelah 8 tahun implementasi angka premi meningkat dari 4,25 persen menjadi 4,55 persen pada September 2002. Meskipun pembiayaan juga meningkat karena adanya peningkatan jumlah usia lanjut dan adaptasi terhadap teknologi medis baru (Yaung & Chiang, 2004).

Memang menurut Sulastomo (1997) program asuransi kesehatan nasional hanya baik diterapkan untuk negara dengan pendapatan tinggi di mana kelompok masyarakat di bawah garis kemiskinan sudah tidak ada/berkurang. Namun dengan platform finansial yang baik dan dengan political will yang kuat akan memungkinkan pelaksanaan sistem asuransi dengan cara centered-planning seperti yang dilakukan Taiwan, tentu saja dengan tidak meniru sepenuhnya apa yang telah dilakukan oleh Taiwan.

Kedua, restrukturisasi organisasi makro melalui pengorganisasian pasar seperti membagi fungsi pelaksanaan pelayanan kesehatan pada bagian terkecil untuk alasan efisiensi dan kualitas (misalnya home care, pusat rehabilitasi dll) yang terintegrasi secara vertikal.

Ketiga, memilih sistem pembayaran (payment system) yang tepat kepada pemberi pelayanan kesehatan (provider). Misalnya pada asuransi menggunakan konsep tarif paket (package tariff) seperti dikembangkan PT Askes atau konsep kapitasi (capitation-concept) untuk mencegah dampak over utilization atau unnecessary-utilization pelayanan kesehatan (Sulastomo, 1997).

Keempat, diperlukan regulasi dengan coercive power dari pemerintah melalui instrumen undang-undang dan peraturan seperti UU SJKN baru-baru ini dan ketentuan undang-undang lain yang mewajibkan setiap orang untuk melindungi dirinya dengan asuransi kesehatan. Regulasi ini akan efektif apabila terbukti desain dan cara pelaksanaannya memang baik (good design and wording) dan pemerintah sanggup melaksanakan dan menegakkan regulasi tersebut.

Kelima, diperlukan upaya edukasi, informasi dan persuasi untuk mempengaruhi keyakinan, harapan, gaya hidup dan pilihan masyarakat. Untuk sektor kesehatan upaya ini dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang profesional di bidangnya.

3. Pembahasan

3.1. Hubungan Kesehatan dan Pembangunan Nasional

Salah satu modal dasar dalam pelaksanaan pembangunan nasional adalah kondisi kesehatan masyarakat yang baik. Di dalam pembangunan nasional juga harus diperhatikan pelaksanaan pembangunan kesehatan. Keduanya ini harus berjalan seimbang agar dapat mencapai tujuan yang diharapkan bagi semua yaitu kemakmuran dan kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia.

Pembangunan Kesehatan dimaksud merupakan proses perubahan tingkat kesehatan masyarakat dari tingkat yang kurang baik menjadi lebih baik sesuai dengan standar kesehatan. Perubahan ini dapat dikenali dengan mengamati kasus kematian bayi. Masyarakat yang tingkat kesehatannya buruk, maka angka kematian bayinya tinggi.

Penyebab kematian anak dan penduduk usia muda agaknya mempunyai pola serupa dengan bayi, walaupun angkanya lebih rendah. Dan pada kelompok dewasa, angka kematian/kesakitan akibat penyakit menular tampaknya sama dengan kelompok usia muda. Di sini menunjukkan bahwa apabila tingginya angka kematian dan kesakitan pada penduduk terutama golongan usia produktif dapat menurunkan kualitas sumber daya manusianya. Oleh sebab itu, pembangunan kesehatan dapat disebut juga pembangunan yang dilakukan sebagai investasi dari sumber daya manusia.

Hubungannya dengan pembangunan nasional yaitu masyarakat yang memiliki kesehatan yang baik, fisik maupun mental dapat melakukan aktivitasnya secara produktif sehingga dapat mengabdikan diri untuk membangun negeri ini. Sumber daya manusia yang berkualitas dengan didukung kesehatan prima dapat menciptakan suatu kondisi yang dapat menimbulkan terobosan baru dan pemikiran baru tentang pembangunan nasional terutama dalam peningkatan pertumbuhan dibidang ekonomi sosial dan budaya. Penduduk yang sehat akan berpikiran maju dan berusaha dengan sekuat tenaga untuk selalu menginginkan perubahan dari kondisi ia sekarang ini.

Pembangunan nasional di segala bidang sangat membutuhkan kondisi masyarakat yang sehat sosial, mental, jasmani dan ekonomi dalam pelaksanaannya.

Kesemua unsur dari sehat tersebut sangat berketergantungan dan mempengaruhi pelaksanaan pembangunan suatu bangsa termasuk Indonesia. Dimisalkan pada bidang sosial, masyarakat yang tidak dapat bersosialisasi dengan masyarakat lainnya tidak dapat maju dikarenakan mereka kurang menerima informasi terbaru tentang kemajuan yang dicapai masyarakat lain dan pembangunan pada diri masyarakat tersebut akan terhambat dengan keterbatasan yang mereka miliki, sehingga untuk melakukan pembangunan pada bidang lainnya juga terhambat yang pada akhirnya mereka menjadi masyarakat terkebelakang yang tertinggal dari masyarakat/negara lainnya.

Pada sisi lain, pembangunan nasional diharapkan pembangunan yang berwawasan kesehatan dapat dijadikan komitmen bersama dalam pelaksanaannya. Pembangunan yang tidak hanya memikirkan tentang pembangunan fisik dan ekonomi saja tetapi juga memikirkan dampak dari pembangunan yang dilaksanakan terhadap kesehatan baik dalam kesehatan manusianya maupun kesehatan lingkungannya. Disini diminta para pelaku pembangunan dalam melakukan kegiatannya juga memikirkan kesehatan dari sumber daya manusianya dan lingkungan tempat mereka berusaha.

Persepsi yang ditanamkan yaitu pembangunan yang dilaksanakan tidak hanya untuk masa sekarang tetapi untuk masa yang akan datang. Sebab apabila pembangunan tanpa perencanaan pembangunan yang berwawasan kesehatan maka ada masa yang akan datang akan menimbulkan permasalahan yang kompleks yaitu masalah sumber daya dan masalah kesehatan yang semakin meningkat, yang pada akhirnya kehancuran yang didapat. Maka dari itu kesehatan dan pembangunan nasional tidak dapat dilepaskan keterkaitannya dalam implementasinya di suatu negara yang ingin maju.

3.2. Masalah Kesehatan dan Pembangunan Nasional

Derajat kesehatan masyarakat berhubungan erat dengan kondisi pembangunan nasional khususnya pembangunan sosial ekonomi. Kondisi krisis moneter pada saat ini dikhawatirkan memberi pengaruh terhadap kualitas kesehatan penduduk, bahkan ada penurunan. Namun

diharapkan ada perhatian khusus tentang lingkungan hidup dan penduduk yang rentan seperti ibu, bayi, anak, usia produktif dan lansia.

Kondisi kesehatan di Indonesia masih memprihatinkan, ini ditunjukkan dengan masih tingginya angka kematian ibu yaitu 390 dari 100.000 kelahiran hidup, ini lebih tinggi tiga sampai enam kali angka kematian ibu di negara-negara ASEAN. Sementara angka kematian bayi 41 dari 1000 kelahiran hidup, ini lebih tinggi dari Singapura 4 dari 1000 kelahiran hidup dan Malaysia 12 dari 1000 kelahiran hidup. Di samping itu Indonesia juga memiliki penderita tuberculosi nomor tiga di dunia, begitu juga kusta. Belum lagi masalah ketersediaan air bersih atau sanitasi lingkungan.

Menurut Sutamihardja (staf ahli Meneg Lingkungan Hidup bidang lingkungan global) dalam dokumen Agenda 21 Global (hasil Konferensi Rio) disebutkan antara lingkungan, pertumbuhan ekonomi (pembangunan nasional) dan kesehatan, selain memiliki keterkaitan yang erat juga memerlukan upaya intersektoral serta harus berorientasi pada upaya promotif dan preventif.

Secara empirik, pembangunan nasional (sosial-ekonomi) yang sedang berjalan juga memiliki kontribusi dalam bidang kesehatan masyarakat. Indikatornya tampak jelas dengan menurunnya angka kematian dan penyakit menular, yang diikuti pula meningkatnya angka harapan hidup. Tetapi di lain pihak, berbagai masalah kesehatan masyarakat baru muncul bertalian dengan urbanisasi, pencemaran, pemukiman penduduk yang berdesakan, gangguan penyakit jantung dan kekurangan gizi selain yang disebutkan di atas.

Perkembangan derajat kesehatan masyarakat di Indonesia mengikuti pola universal, yakni dengan perbaikan sosio ekonomi serta terjadi pertukaran derajat kesehatan masyarakat. Kondisi kesehatan di Indonesia juga memiliki kecenderungan berdimensi lokal. Percepatan pembangunan sosio ekonomi antar pulau dapat menyebabkan variabilitas derajat kesehatan serta problematika antar pulau dan wilayah. Kesehatan berkaitan erat dengan sosio budaya masyarakat setempat, dan pada hakikatnya dengan berjalannya pembangunan ekonomi di

daerah-daerah, maka Indonesia akan menjadi kota pulau yaitu timbulnya perkotaan baru.

Salah satu yang dihadapi penduduk perkotaan yang berkaitan dengan bidang kesehatan yaitu kesehatan lingkungan pemukiman, khususnya pemukiman kumuh atau pemukiman yang jauh dari tempat kerja. Mereka menghadapi potensi bahaya kesehatan seperti kurangnya sarana air bersih, timbulnya penyakit menular, pencemaran, kekurangan gizi dan masalah lain yang berkaitan dengan kesehatan.

Dampak yang sangat tidak menguntungkan dari permasalahan kesehatan tersebut memberi kontribusi terhambatnya pembangunan dikarenakan terjadinya penurunan kualitas hidup manusia yang pada akhirnya sumber daya yang diharapkan untuk melaksanakan pembangunan tidak dapat bersaing dengan negara lain dan kualitasnya pun rendah. Penduduk usia produktif tidak dapat melakukan pekerjaannya yang optimal dikarenakan kesehatan dan taraf hidup yang masih rendah. Keadaan tersebut diperparah lagi dengan penurunan proses kegiatan ekonomi masyarakat.

Permasalahan status gizi buruk yang diakibatkan terjadinya krisis ekonomi di Indonesia sangat berpengaruh terhadap perkembangan kemajuan sumber daya manusia. Status gizi yang buruk terutama pada penduduk yang rentan seperti bayi, anak, ibu dan remaja dapat menyebabkan kemunduran kualitas manusianya. Dampak yang terjadi sangat nyata akan terlihat pada masa yang akan datang.

Generasi yang diharapkan meneruskan pembangunan nasional akan sulit sekali mendapatkan generasi yang dapat berkarya dan menciptakan teknologi baru untuk kemajuan bangsa. Masalah gizi buruk tersebut juga merupakan masalah kesehatan yang dapat menimbulkan permasalahan lain, seperti rendahnya daya tahan tubuh sehingga mudah sekali untuk terserang penyakit. Pada akhirnya generasi yang akan datang tidak tangguh untuk menghadapi segala persaingan yang global.

3.3. Program Pemerintah dalam Mengatasi Masalah Kesehatan demi tercapainya Pembangunan Nasional

Kondisi negara yang mengalami keterpurukan ekonomi memberi dampak bagi

kelangsungan kesehatan masyarakat yang menurunkan produktivitas kerja sehingga pada akhirnya menyebabkan terhambatnya pembangunan nasional. Hal ini juga ditambah lagi dengan rendahnya anggaran yang diterima pada bidang kesehatan sebesar 2,6% dari APBN yang seharusnya minimal 6 %, membuat tingkat kesehatan semakin terpuruk. Ini ditandai dengan meningkatnya penderita gizi buruk dikalangan golongan rentan.

Keterbatasan anggaran tersebut menyebabkan keterbatasan pelaksanaan program kesehatan bagi seluruh masyarakat. Program yang paling mendesak dan dianggap tepat sasaran adalah pelaksanaan program JPSBK. Program ini bertujuan mengatasi dampak krisis ekonomi terhadap kesehatan dan gizi. Sasarannya keluarga miskin yaitu keluarga Pra Sejahtera dan Keluarga Sejahtera I, dengan alasan ekonomi serta keluarga miskin yang ditetapkan Tim desa. Kegiatan JPSBK dibagi menjadi dua kelompok. Pelayanan kesehatan langsung berupa pelayanan kesehatan dasar di puskesmas dan jaringannya, perbaikan gizi, pelayanan pencegahan dan pemberantasan penyakit menular (P2M) dan kesehatan lingkungan, pelayanan kebidanan oleh bidan di desa serta pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit kabupaten/kodya. Selain itu ada kegiatan penunjang yang antara lain Pemantapan Sistem Kewaspadaan Pangan dan Gizi (SKPG), revitalisasi posyandu, Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), pelatihan tenaga kesehatan dan pemantauan program.

Tahun anggaran 1999/2000, seluruh kegiatan program JPSBK dibiayai dari pinjaman Bank Pembangunan Asia (ADB) melalui Project Loan Health Nutrition Sector Development Program sebesar 819,5 Milyard. Pelayanan bagi masyarakat miskin terus dilanjutkan, karenanya perlu disediakan dana APBN, walau program JPSBK telah berakhir. Sejauh ini keluarga miskin yang mendapatkan pelayanan kesehatan puskesmas sebanyak 6,4 juta, sedangkan ibu hamil yang mendapat pelayanan kebidanan 296.979 orang, ibu nifas yang mendapatkan pelayanan kesehatan 371.407 orang, ibu hamil/nifas kekurangan energi kronis yang mendapatkan pemberian makanan tambahan berjumlah 382.632 orang, bayi usia 6-11 bulan yang mendapat PMT 400.044 anak serta anak usia 12-23 bulan

yang mendapat PMT 1.008.812 anak (Kompas). Program JPSBK sangat berguna bagi kelanjutan pembangunan nasional, karena program ini memiliki sasaran untuk semua rakyat agar dapat hidup lebih sehat.

Berdasarkan penelitian lima perguruan tinggi, program JPSBK telah mencapai hasil sebagaimana diharapkan, meski masih perlu perbaikan. Ketepatan sasaran JPSBK cukup tinggi yaitu 91-97% (Medika). Masalah gizi merupakan masalah yang kompleks yang juga berdampak terhadap pelaksanaan pembangunan nasional. Secara mikro, kekurangan gizi dapat disebabkan oleh tidak tersedianya atau berkurangnya persediaan pangan di tingkat rumah tangga, kurangnya pengetahuan dan perilaku masyarakat dalam pemeliharaan gizi, keadaan kesehatan terutama penyakit infeksi yang mempengaruhi penggunaan zat gizi oleh tubuh. Secara makro masalah gizi dipengaruhi faktor penurunan daya beli, kegagalan panen, kesulitan distribusi, akses pelayanan kesehatan dan faktor sosial budaya.

Penanganan kekurangan gizi memerlukan pendekatan secara menyeluruh dalam bentuk program yang melibatkan berbagai sektor terkait. Perhatian perlu dititikberatkan pada setiap jalur pangan, mulai dari produksi, distribusi, konsumsi sampai masalah pelayanan gizi dan kesehatan. Depkes telah melakukan revitalisasi SKPG dan mencanangkan Gerakan Penanggulangan Masalah Pangan dan Gizi, untuk memobilisasi seluruh potensi yang ada di masyarakat dan sektor terkait, untuk memenuhi kecukupan pangan di tingkat keluarga, melacak setiap kasus gizi buruk serta mencegah dan menanggulangi masalah gizi kurang.

Penanggulangan masalah gizi kurang juga dilakukan di tempat pengungsian akibat bencana dan kerusakan massa terutama pada kelompok rentan, dalam bentuk Blended food, susu, beras serta lauk pauk. Kesemuanya itu dalam rangka pemulihan dan pemeliharaan kesehatan agar dapat kembali hidup normal dan dapat melaksanakan aktivitasnya untuk membangun bangsa.

Salah satu yang juga termasuk bagian program JPSBK yaitu pemberian kartu sehat kepada kelompok masyarakat miskin yang pada kenyataannya tidak semua mendapatkannya yang diakibatkan keterbatasan dana maupun kesalahan

pemilihan keluarga miskin. Tetapi program ini sangat berguna bagi masyarakat yang membutuhkan dan tidak mampu dalam membayar pelayanan kesehatan yang diterimanya.

Kartu sehat yang diberikan kepada keluarga miskin dipergunakan sesuai dengan keadaan/kondisi mereka, sehingga kesehatan masyarakat golongan tersebut dapat dipertahankan dan dipelihara. Pemakaian kartu sehat dapat terus dilanjutkan, tetapi pemakiannya diharapkan tidak menimbulkan ketergantungan.

Program yang tidak kalah pentingnya dalam mengatasi masalah kesehatan yaitu yang berkaitan dengan lingkungan. Kesehatan lingkungan sangat penting, karena lingkungan yang sehat maka keadaan masyarakatnya pun akan sehat. Karena lingkungan merupakan akar dari masalah kesehatan, maka pelayanan kesehatan primer harus menyangkut kesehatan lingkungan, seperti kualitas makanan, kualitas air dan udara serta bebas dari ancaman penyakit menular. Posyandu sangat tepat untuk memberikan pelayanan kesehatan di desa maupun di kota. Mengingat dimensi variabilitas antar wilayah sangat tinggi, maka muatan kesehatan lingkungan melalui posyandu dalam rangka pemenuhan kesehatan dasar perlu dilakukan pembedaan substansi muatan kesehatan lingkungan yang berbasis pada problematika lokal (spesial). Ini dilakukan khususnya bagi kelompok rentan (bayi, anak, remaja, ibu hamil) sehingga tepat sasaran.

Dasar pendekatan spesial dengan cara membangun informasi kesehatan lingkungan. Selain itu regionalisasi sumber informasi kesehatan masyarakat yang berbasis kewilayahan dengan acuan ekosistem dan topografi serta tata ruang. Sistem informasi sebagai basis pembangunan kesehatan masyarakat harus diintegrasikan dengan sistem kesehatan lingkungan berbasis spasial. Oleh sebab itu dalam penyelesaian masalah perlu adanya usaha-usaha yang terintegrasi dengan perekonomian.

Masyarakat agar mampu memberikan sumbangau bagi peningkatan perekonomian nasional, maka diperlukan program pelayanan kesehatan primer khususnya bagi kelompok yang rentan seperti balita, remaja ataupun perempuan produktif, terutama pada

lingkungan kumuh dan lingkungan kerja informal.

Hal lain yang perlu dilakukan program pengendalian pencemaran berbasis kesehatan untuk menurunkan pencemaran lingkungan hingga mencapai baku mutu lingkungan yang telah ditetapkan, serta pengembangan metode analisis dampak kesehatan lingkungan yang merupakan bagian integral dari kegiatan Analisa Mengenai Dampak Lingkungan (AMDAL). Demikian pula sistem pemantauan atau sistem informasi kesehatan lingkungan akibat kegiatan proyek yang memiliki dampak penting khususnya terhadap masyarakat.

Pelaksanaan strategi dan implementasinya perlu disadari bahwa pembangunan kesehatan memiliki keterkaitan erat dengan pertumbuhan sosial ekonomi (Pembangunan Nasional) dan kondisi lingkungan sehingga diperlukan lintas sektor dan keterlibatan kelompok dalam masyarakat baik dari lembaga pemerintah maupun pelaku pembangunan lainnya.

Program-program kesehatan yang telah diuraikan di atas menunjukkan sangat perlu dilaksanakan dan merupakan program yang diharapkan tepat sasaran. Pelaksanaannya tidak terlepas dari partisipasi masyarakat dan juga bantuan teknis dari pemerintah. Keberhasilan program dapat mengurangi bahkan mengatasi masalah kesehatan yang ada, sehingga masyarakat menjadi lebih baik dan mandiri, yang selanjutnya menjadikan sumber daya manusia yang berkualitas untuk membangun negeri ini.

4. Penutup

Kesehatan merupakan modal yang sangat berharga dalam pelaksanaan pembangunan nasional. Perbaikan mutu kesehatan masyarakat berdampak pada meningkatnya kualitas hidup masyarakat dan juga meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Kualitas sumber daya manusia yang baik, maka dapat menjadi modal untuk membangun bangsa ke arah yang lebih maju.

Daftar Pustaka

ACC/SCN. 2000. Fourth Report on The World Nutrition Situation. WHO, Geneva

Departemen Kesehatan. 2001. Rencana Aksi Pangan dan Gizi Nasional 2001-2005.

Eacang, I, 1986. Ilmu kesehatan Masyarakat, Penerbit Alumni, Bandung.

Hsiao, W. C. 2000, Toward a theoretical model of health systems, Work in Progress, Harvard School of Public Health.

Sulastomo. 1997, Asuransi kesehatan dan managed care, Jakarta, PT Asuransi Kesehatan Indonesia.

Unicef.2000.The State of the World's Children 2000. Unicef, New York.

WHO.2000.Nutrition for Health and Development.WHO, Geneva.

Yaung, C. L., and Chiang, T. L. 2004, Challenges of social health insurance: Comparative perspective from Taiwan, In International Conference on "Comparative Health Policy and Reforms in East Asia" 7 - 8 September 2004, Singapore.