

Jalan cerdas menuju sehat

Purnawan Junadi

Ancient wisdom and dead horses

Ancient wisdom says that when you discover you are riding a dead horse, the best strategy is to dismount.

However, in organizations we often try many other strategies, including the following:

- Change riders
- Buy a stronger whip
- Fall back on: “This is the way we’ve always ridden.”
- Appoint a committee to study the dead horse
- Arrange a visit to other sites to see how they ride dead horses
- Raise the standards for riding dead horses
- Appoint a task force to revive the dead horse
- Train people to improve riding skills
- Compare the state of dead horses in today’s environment
- Change the requirements so that the horse no longer meets the standard of being dead
- Hire a consultant to show how to ride a dead horse
- Harness several dead horses together to increase speed
- Increase funding to improve the horse’s performance
- Declare a dead horse less costly than a live one.
- Form a work group to find uses for dead horses
- Change the performance requirements for the horse
- Promote the dead horse to a supervisory position

(diambil dari presentasi Benjamin V. Lozare: Leadership Concepts and the STARGUIDE Framework, Strategic Leadership and Management for Population and Reproductive Health, Center for Communication Program, Johns Hopkins University, 2002)

Jalan menuju sehat adalah jalan yang menurut saya perlu kita lalui—bahkan jika perlu kita cari atau ciptakan—agar kita seluruhnya sebagai bangsa Indonesia menjadi sehat. Jalan cerdas, dalam term ekonomis, ia adalah strategi yang *cost effective*. Dalam kaidah system, ia adalah solusi optimal, ditengah berbagai *constraint*. Jalan cerdas adalah leverage, pengungkit, yang dengan effort yang sedikit, mendapatkan hasil yang jauh lebih besar (Senge, 1990)

Mengapa sehat?

Mengapa sehat? Sehat adalah hak asasi manusia, sebagai tertera dalam deklarasi universal PBB tahun 1948.¹ Mengapa? Menjadi sehat itu menyenangkan. Sehat memungkinkan orang hidup sejahtera, hidup secara produktif. Sehat memungkinkan keluarga tumbuh dan berkembang. Sehat memungkinkan sebuah bangsa dengan daya tahan yang tinggi, dan berkontribusi positif dalam arena bangsa2 di dunia.

Wajar kalau siapapun kita: suku, agama, ras apapun, miskin dan kaya, mengimpikan sehat, dan mencari jalan yang dipercayainya akan meraih impiannya itu. Orang memilih tidur, berjalan kaki, berlari; orang berolahraga dengan menggunakan sepatu atau telanjang kaki karena percaya apa yang dilakukannya akan menjaga kesehatannya atau bahkan membuatnya lebih sehat. Keluarga memberi atau melarang anggota keluarganya makanan tertentu, memberi atau melarang minum jamu tertentu, obat tradisional atau obat modern atau suplemen, karena yakin pemberian atau larangannya itu akan menjadikan mereka lebih sehat, atau tetap sehat.

Banyak jalan menuju sehat, seperti banyaknya jalan menuju Jakarta, Ada jalan yang biayanya relatif murah, namun ada jalan yang relatif mahal. Sama2 berjalan kaki, bisa murah jika dilakukan sambil keliling kampus UI, namun bisa mahal jika dilakukan dalam klub kebugaran yang eksklusif. Ada jalan yang sederhana yang bisa dilakukan setiap keluarga dan anggotanya, atau oleh kelompok masyarakat, seperti cuci tangan setiap mau makan atau sikat gigi selesai makan. Ada jalan berliku yang memerlukan tingkat pengetahuan, kemampuan dan kemauan tertentu, misalnya cara menurunkan kolesterol, sehingga hanya keluarga tertentu yang menjalaninya². Menelan aspirin 80 mg perhari untuk mereka yang berusia 40 tahun keatas, adalah anjuran sederhana yang efektif menurunkan serangan jantung 30 % (Mogadam, 2003, hal 204), namun tidak banyak yang mengetahuinya, karena informasinya tersedia terbatas.

Yang perlu kita sadari, banyak jalan menuju sehat yang untuk melewatinya harus dilakukan secara kolektif, secara bersama-sama. Anjuran 3M misalnya, yaitu, adalah anjuran yang secara potensial mungkin jalan cerdas satu2nya untuk memberantas demam berdarah, namun jika beberapa keluarga dalam sebuah perkampungan tidak melakukannya bersama sama, maka tidak akan efektif hasilnya. Larangan merokok, larangan melewati batas kecepatan dan anjuran menurunkan kecepatan kendaraan ketika di perkampungan, dekat sekolah, atau melintasi zebra cross juga baru berhasil jika dipatuhi oleh semua atau setidaknya sebagian besar penduduk.

¹ Deklarasi Al Ata dengan jelas mengatakan : ...*health, ..., is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is almost important world-wide social goal.....* Diambil dari www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf tanggal 21 Januari 2007

² Banyak buku yang membahas kolesterol ini. Buku yang mudah dibaca misalnya adalah Mogadam, 2003

Mengapa pemerintah terlibat?

Kepentingan umum inilah yang menyebabkan pemerintah turun tangan membangun jalan-jalan menuju sehat. Pemerintah menyediakan jalan menuju sehat yang bersifat *public good* seperti menyediakan air bersih, imunisasi atau untuk mengurangi *externality* seperti membuang limbah, mengurangi pencemaran udara dsbnya. Pemerintah menyediakan jalan menuju sehat yang terlalu mahal untuk dibuat sendiri seperti puskesmas dan rumah sakit, agar semua orang bisa menggunakannya. Pemerintah memberi informasi, misalnya bagaimana memasak telur dan ayam agar terhindar dari flu burung, bagaimana melakukan 3M untuk memberantas DBD, dan informasi tentang berbagai jalan menuju sehat agar bisa sampai ke seluruh masyarakat³.

Dalam perjalanannya, pemerintah di berbagai negara, bahkan juga yang kapitalis, makin lama makin terlibat dalam menyediakan berbagai jalan menuju sehat. Alasan yang rasional adalah karena permintaan yang makin meningkat, baik akibat pertumbuhan penduduk atau peningkatan pendapatan masyarakat. Namun banyak juga karena pemerintah sendiri ingin menyediakan lebih banyak, terutama karena alasan politik. Jika bisnis didorong oleh motif laba, maka pemerintah didorong karena ingin dipilih kembali (Osborne, 1992). Adapula alasan yang paradoks, adalah karena inefisiensi, yaitu program tidak berhasil karena kurang sumber daya (anggaran), dan asumsinya program dapat diperbaiki dengan berbuat lebih banyak dengan anggaran lebih besar (Savas, 1987, hal 13-32). Ternyata, ketika anggaran kemudian ditambah, dan makin ditambah, dan hasilnya tetap saja tidak banyak berbeda.

Yang kemudian orang sadari, pengambilan peran pelayanan publik, termasuk kesehatan, oleh pemerintah menjadi tidak efektif dan boros karena brokrasi yang diciptakannya sendiri. Regulasi, prosedur, aturan, atau nama karenanya birokrasi, yang tadinya diciptakan untuk membuat pelayanan berjalan dengan baik dan adil, malahan membuat pelayanan publik, termasuk kesehatan, sulit diakses justru oleh mereka yang membutuhkan. Osborne (1992) yang melihat sekolah negeri begitu memburuk, pelayanan kesehatan tidak terkendali, rumah tahanan penuh sesak, dan kota-kota yang bangkrut, mengutip kalimat Time yang dramatis: *sudah matikah pemerintahan?* Dimasa depan, dengan sumber daya yang makin terbatas, masyarakat yang makin aktif, kita perlu mencari jalan yang cerdas, ditengah peluang (dan ancaman) glonbalisasi.

Barang kali memang sudah waktunya kita membedakan jalan besar dengan jalan cerdas. Debirokrasi adalah salah satu faktornya.

Pemerintah sudah berusaha keras

Sebelum kita membahas jalan cerdas, marilah kita melihat jalan-jalan apa yang sudah pemerintah kita lakukan. Pemerintah Indonesia sudah berusaha keras dalam usahanya menciptakan jalan menuju sehat. Pada tahun 2003, kita mempunyai 1234 RS dengan sekitar 50 % nya milik pemerintah, 7413 Puskesmas, 21762 puskesmas pembantu⁴.

³ Lihat misalnya di bab 11: Market Failure dalam buku *Introduction to Health Economics*, Oleh Wonderling, David, Gruen, Reinhold dan Nick Black, Open University Press, England, 2006, hal 137-151

⁴ Departemen Kesehatan RI, Profil Kesehatan Indonesia 2003, Jakarta 2005, hal 67-71

Dalam tahun 2005, dari kira2 65 juta orang yang berobat jalan sekitar 30 juta orang berobat jalan di fasilitas kesehatan pemerintah⁵. Setiap Ibu hamil diperiksa minimal 4 kali, dan mendapatkan pil tambah darah 90 tablet Dalam tahun yang sama hal itu berarti sekitar 8,5 juta ibu hamil diperiksa, dan mendapat pil tambah darah⁶.

Kalau laporan yang sama bisa kita percaya, maka kita sekarang ini masih mempunyai 242,221 ribu posyandu, 25,723 polindes, dan 11,032 pos obat desa⁷. Dengan sekitar 50 % balita datang ditimbang⁸, maka setiap bulan ada sekitar 10.4 juta balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan, sekaligus juga makanan tambahan, dan mendapatkan vitamin A 2 kali setahun⁹. Berbagai keberhasilan pemerintah dalam mengorganisir berbagai pelayanan kesehatan, gizi dan keluarga berencana, menyebabkan Indonesia mendapat pujian dan dikunjungi berbagai negara untuk ditiru.

Namun, disamping keberhasilan itu, rasanya ada beberapa hal yang perlu direnungkan. Sesudah puluhan tahun kita bekerja keras, beberapa indikator kesehatan menunjukkan kemajuan, seperti menurunnya angka kematian bayi dan membaiknya angka harapan hidup¹⁰, namun beberapa indikator yang lain menunjukkan kondisi kesehatan kita seperti tidak banyak berubah. Tepatnya, hasil yang kita dapatkan tidak sebanding dengan besarnya usaha yang kita lakukan. Laporan UNDP pada tahun 2006 menunjukkan Indeks Pembangunan Manusia kita sebagai tetap saja diatas 100, jauh dibawah Filipina (84) Thailand (74) dan Malaysia (61).

Ber ton2 antibiotik sudah kita berikan pada penderita yang datang¹¹ namun angka infeksi tidak pernah turun. Penyakit diare, batuk dan pilek tetap saja memenuhi berbagai fasilitas pemerintah dan swasta, dan menjadikannya sebagai angka kesakitan maupun angka kematian baik dewasa maupun balita selama bertahun-tahun¹². Mengapa ?

Angka anemia ibu hamil tetap saja tinggi, meskipun jutaan ibu hamil sudah diperiksa, dan jutaan juga mendapatkan 90 pil tambah darah. Mengapa? Masalah kurang gizi pada bayi, balita anak2 telah banyak diteliti, dan bahkan di Indonesia ratusan S2, dan puluhan S3 telah dihasilkan. Flowchart yang berisi sebab musabab gangguan gizi, baik langsung, tidak langsung, pokok masalah, dan penyebab dasar sudah diketahui. Puluhan program telah pula diluncurkan, mulai dari UPGK, SKPG, PSG, PMT, MP ASI dengan biaya yang

⁵ Jumlah penduduk tahun 2005 219, 2 juta orang, 29,26 % berobat jalan selama setahun, dan 45 % nya ke fasilitas pemerintah. Angka2 diperoleh dari BPS, Indikator Kesejahteraan Rakyat, 2005, Jakarta, dan BPS Statistik Kesehatan, Jakarta 2004.

⁶ CBR 22 kelahiran per 1000 penduduk, % wanita hamil 4,1 %, Lihat SDKI, opcit hal 44-45

⁷ Departemen Kesehatan, opcit, hal 73

⁸ BPS, Saticistic Kesehatan, Ibid hal. 41

⁹ Jumlah balita 10,4 %. Lihat di Survai Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003, Jakarta Indonesia, Kerja sama BKKBN, BPS dan Departemen Kesehatan, hal 10

¹⁰ Angka kematian bayi menurun dari 41 per 1000 kelahiran hidup tahun 2000 menjadi 32 pada tahun 2005, dan angka harapan hidup meningkat dari 67,1 tahun pada tahun 2000 menjadi 69 th pada tahun 2005, lihat BPS, *Indikator Kesejahteraan Rakyat 2005*, Jakarta 2006, hal 9

¹¹ Perusahaan farmasi dan apotik bertumbuh terus, misalnya pada tahun 2001-2003 sebanyak 10 %. Lihat Departemen Kesehatan RI, *Profil Kesehatan Indonesia 2003*, Jakarta 2005m anex 5.12

¹² Ibid, hal 16-19

tidak sedikit. Namun masalah gizi tetap menghiiasi masalah kesehatan utama kita selama bertahun-tahun¹³. Mengapa?

Banyak kalangan kesehatan sendiri sering kali salah mengira, status kesehatan adalah hasil performans dari sektor kesehatan¹⁴. Padahal banyak sudah ditulis orang saling hubungan antara kesehatan dengan banyak faktor lain. Petikan berikut ini menjelaskannya secara sederhana¹⁵.

"Why is Jason in the hospital?

Because he has a bad infection in his leg.

But why does he have an infection?

Because he has a cut on his leg and it got infected.

But why does he have a cut on his leg?

Because he was playing in the junk yard next to his apartment building and there was some sharp, jagged steel there that he fell on.

But why was he playing in a junk yard?

Because his neighborhood is kind of run down.

A lot of kids play there and there is no one to supervise them.

But why does he live in that neighborhood?

Because his parents can't afford a nicer place to live.

But why can't his parents afford a nicer place to live?

Because his Dad is unemployed and his Mom is sick.

But why is his Dad unemployed?

Because he doesn't have much education and he can't find a job.

But why ...?"

Dalam bahasa sistem, kesehatan adalah faktor endogen, interaksi dari faktor ipoleksosbudhamkamnas, sekaligus pada saat yang sama, kesehatan adalah eksogen untuk faktor yang sama. Agar pembangunan berhasil, kita memerlukan SDM yang sehat, yang berasal dari keluarga sehat, dan komunitas yang suportif (Junadi, 2005, hal 11-15). Artinya untuk berkembang, kita tidak bisa melakukan pembangunan sektoral yang terpisah. Banjir, polusi udara, pencemaran sungai dan laut adalah akibat pembangunan sektoral terpisah yang menyebabkan rentetan penyakit diare, leptospirosis, batuk pilek, jantung, sindrom Minamata dstnya. Rusaknya habitat unggas liar ikut berdampak dalam periode awal penyebaran penyakit flu burung. Orang bisa mengatakan, itu adalah biaya yang harus kita bayar, yang memang terjadi dimana-mana karena kita membangun. Benarkah harga yang harus kita tanggung semahal itu? Jika kita memasukkan komponen kesehatan dalam sistem, ketika jalan2 pembangunan dirancang dan disetujui, apakah dampak lingkungan dan kesehatannya bisa jauh berkurang?

¹³ Lihat misalnya pada disertasi Minarto: *Berat Badan Tidak Naik sebagai Indikator Dini Gangguan Pertumbuhan pada Bayi sampai usia 12 bulan di Kabupaten Bogor* Propinsi Jawa Barat, Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat, Program Pascasarjana FKMUI, th 2006.

¹⁴ Lihat misalnya tulisan Departemen Kesehatan sendiri dalam rangka menyambut hari kesehatan nasional 12 november 2004: *Sehat Itu Gaya Hidup*, <http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=6738.Itemid=2> tgl 24 februari 2007

¹⁵ <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/determinants/determinants.html> diakses tgl 23 Januari 2007

Salah satu akar masalahnya adalah kita terbiasa berpikir sektoral, karena kita dididik secara bertahun-tahun menggunakan paradigma sektoral, sehingga kita jadi ahli sektoral, dan bekerja juga sektoral. Padahal masalah besar yang kita hadapi sekarang selalu lintas disiplin, harus harus didekati dengan paradigma holistik (Heriyanto, 2003). Kita membangun jalan2 ekonomi, dengan asumsi jalan2 lain kita bayar kemudian dengan hasil jalan ekonomi. Masalah kesehatan akan kita selesaikan dengan membangun jaringan pelayanan kesehatan yang memadai, mulai dari RS, puskesmas, puskesmas pembantu, dan poskesdes. Dokter, perawat, obat di persiapkan secukupnya. Untuk keluarga miskin, pemerintah daerah membantu dengan menyediakan Surat Keterangan Tidak Mampu, dan pemerintah pusat dengan Askeskin. Jika keluarga berdatangan untuk berobat ke fasilitas pelayanan dan mendapat pelayanan baik, mendapat obat yang murah, banyak orang merasa tugas kesehatan telah dtunaikan dengan baik.

Menurut saya, mempermudah orang mendapat pelayanan pengobatan atas berbagai penyakit kesehatan adalah jalan yang penting, namun jangan lupa jalan ini begitu membebani tidak hanya negara berkembang termasuk Indonesia, tetapi beberapa negara maju makin kehilangan kemampuannya untuk menyediakan jalan pelayanan kesehatan yang memadai. Jadi jalan yang yang cerdas adalah menghilangkan sebab2 orang menjadi sakit atau cacat sehingga beban jalan pelayanan kesehatan bisa jauh berkurang.

Illich (1976), yang melakukan penelitian ekstensif dan mendalam, mengatakan bahwa pelayanan medis tidak pernah berhubungan bermakna dengan menurunnya angka kesakitan maupun meningkatkan angka harapan hidup. Rasio dokter, maupun rasio jumlah tempat tidur di rumah sakit bukan faktor penyebab berubahnya pola penyakit. Sebesar 90 % angka kematian penyakit menular seperti scarlet fever, difteria, batuk rejan dan campak pada anak di dunia menurun, bukan karena ditemukannya antibiotik dan penggunaan imunisasi, tetapi terutama karena perbaikan gizi. Tehnik kedokteran modern, seperti kontrasepsi, imunisasi baru menjadi efektif ketika kewenangan penggunaannya didelegasikan ke tenaga kesehatan lain yang lebih murah dan lebih tersebar di penduduk. Ia memperingatkan, bahwa kehidupan kita sudah menjadi tergantung pada kedokteran modern, yang alih2 menyehatkan, ia malahan menjadi ancaman bagi kesehatan, hal yang ia sebut sebagai *iatrogenesis*¹⁶.

Sudah waktunya kita memikir ulang dalam membangun jalan menuju sehat. Desentralisasi kewenangan tenaga medis yang sedikit ke tenaga kesehatan yang jauh lebih besar jumlahnya adalah salah satu caranya

Landscape Indonesia yang khaotik

Terlebih dulu, kita perlu memahami *landscape* tempat kita membangun jalan2 menuju sehat. Kita perlu menyadari bahwa Indonesia yang kita tinggali adalah sebuah negara dengan 17 ribu pulau yang secara ekologi bersifat *mega diversity*. Tidak banyak negara dengan keaneka ragaman ekologi seluas Indonesia. Oleh karena itu jalan2 umum untuk kesejahteraan masyarakat haruslah dibangun atas sifat keaneka ragaman, bukan keseragaman. Desentralisasi pemerintahan, termasuk didalamnya desentralisasi kesehatan

¹⁶ Iatros adalah dokter, sedang genesis adalah asal. Bacalah lebih mendalam pada Illich, Ivan, *Medical Nemesis, The Expropriation of Health*, Pantheon Books, New York, 1976.

adalah jalan yang cerdas. Kebijakan mono kultur beras, adalah jalan yang tidak cerdas untuk mengatasi kekurangan pangan (gizi) di negara kita. Walau Teknologi perberasan kita sudah yang paling produktif dan terefisien di Asia Tenggara, namun karena 62 % penduduk sekarang makan padi2an tetap saja kita akan kekurangan pangan¹⁷. Padahal, kalau, kita masukkan jagung, singkong dan umbi2an sebagai pangan *setara* beras, dan mereka yang makan bukan beras juga dihormati setara pemakan beras, maka kita sampai sekarang tidak akan kekurangan pangan¹⁸. Jalan cerdas untuk mengatasi kekurangan gizi di masa depan, tidak lain adalah diversifikasi pangan.

Kita perlu memperhatikan beberapa *Driving Forces* yang mengubah wajah dunia. Pertama, adalah desakan pertumbuhan penduduk, terutama penduduk perkotaan, yang mengalahkan kemampuan perencanaan berbagai negara. Tahun 2007 ini untuk pertama kalinya penduduk perkotaan sama banyaknya dengan penduduk pedesaan. Pada tahun 2030, penduduk perkotaan akan berjumlah 5 milyar dan merupakan 61 % dari penduduk dunia¹⁹. Di Indonesia dalam tahun 2025 diperkirakan 60 % penduduk tinggal di perkotaan, yang akan menimbulkan 1 juta hektar perubahan lahan (Santoso, 2006, hal 48). Naiknya jumlah penduduk ini akan berdampak pada aspek kesehatan melalui interaksi antara perubahan struktur umur, rasio ketergantungan penduduk, berkurangnya lahan pertanian, dan pertumbuhan kota2—maupun perubahan desa menjadi kota—yang tidak terencana.

Kedua, globalisasi transportasi tidak saja meningkatkan migrasi penduduk lintas benua, tetapi juga penumpang gelap, seperti tikus, nyamuk dan serangga lainnya, termasuk kuman penyakit. Terutama di negara berkembang, transportasi juga menimbulkan "penyakit" baru, yaitu kecelakaan lalu lintas yang berakibat pada kesakitan, kecacatan dan kematian pada penduduk usia produktif. Di seluruh dunia kecelakaan lalu lintas sekarang setiap tahun menyebabkan 1,2 juta orang meninggal dunia dan 50 juta orang terluka, dan akan meningkat rangkingnya dari no 9 menjadi no 3 dalam *global burden of disease* jika kita tidak mengubah paradigma kita (WHO, 2004). Di Indonesia pun kecelakaan lalu lintas terus meningkat, dan tahun 2005 menimbulkan korban sebanyak 36 ribu orang²⁰.

Transportasi juga merupakan kontribusi udara dari pencemaran udara luar di kota2 besar di dunia termasuk Indonesia²¹. Pencemaran udara ini bertanggung jaab atas naiknya penyakit alergi, asma, bronchitis, emfysema, menyebabkan bayi prematur dan BBLR, sampai kematian karena penyakit kardio vaskuler dan kanker (Krzyzanowski, 2005). Di Eropah, diperkirakan pencemaran udara ini mengakibatkan 100 ribu orang meninggal per tahun dan mengurangi angka harapan hidup sebanyak 1 tahun. Estimasi biaya kesehatan akibat pencemaran pada tahun 1996 di Austria, Perancis dan Switzerland mencapai

¹⁷ Nasution, Muslimin: *Tinggalkan beras, beralihlah ke tepung lokal*, Opini, Kompas, 23 Februari 2007, hal 44.

¹⁸ Produksi pangan pada tahun 2006: beras 31 juta ton, singkong 19 juta ton, ubi jalar 1,2 juta ton, jagung 12 juta ton, cukup untuk kebutuhan pangan warga Indonesia. Namun karena 62 % penduduk sekarang makan padi2an membuatnya menjadi kurang. data dari Kepala Badan Ketahanan Pangan Departemen Pertanian, dikutip dari koran Bisnis Jakarta: *Lima Juta Balita Kekurangan Gizi*, Kamis 1 Maret 2007, hal 12.

¹⁹ <http://www.unis.unvienna.org/unis/pressrels/2004/pop899.html> akses tgl 6 maret 2007

²⁰ Media Indonesia, *Endemi Kecelakaan Lalu lintas*, Editorial Media Indonesia Online, 13 Februari 2007

²¹ http://www.walhi.or.id/kampanye/cemar/udara/penc_udara_info_02.htm diakses tgl 3 januari 2007

26700 juta Euro pertahun (Filliger, 1999). Sedang di Indonesia, pencemaran udara berkontribusi pada 14 % angka kematian bayi dan 6 % angka kematian penduduk²². Pertanyaannya kembali, apakah dampak transportasi ini adalah isu transport atau isu kesehatan? Apakah ini biaya yang harus kita keluarkan, atau yang bisa kita cegah?

Driving force yang perlu diperhatikan juga adalah perubahan iklim. Sekarang kita tinggal di bumi yang lebih hangat, sebagai dampak usaha dibidang industri, dan kerusakan hutan, sekitar $0,6 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$ dalam seratus tahun terakhir²³ sebagian besar karena meningkatnya gas rumah kaca²⁴. Kecenderungannya bumi akan makin panas, tergantung pada besarnya kombinasi keserakahan manusia menghabiskan sumber daya bumi, dan kemampuan dan kemauannya menggunakan teknologi yang selaras lingkungan. Bumi yang menghangat ini berdampak pada berkurangnya persediaan air, naiknya permukaan air laut dan lebih labilnya cuaca, yang gilirannya mengubah jalannya evolusi flora dan fauna. Suhu yang menghangat memudahkan kuman bertumbuh dan mutasi. Pada tahun 1981 dunia dikejutkan laporan kasus pertama epidemi AIDS yang disebabkan oleh HIV, virus yang diduga mutasi retrovirus yang menyerang Chimpanse. Hanya dalam 2 dekade berikutnya kita menyaksikan adanya coronavirus yang baru yang menyebabkan pandemi SARS pada tahun 2003²⁵. Banyak orang cemas menunggu apakah Flu Burung bisa bermutasi, hingga bisa menyebabkan penularan antar manusia. Michael Osterholm, Direktur Pusat Riset dan Kebijakan Penyakit Menular Universitas Minnesota mengatakan: "...jika itu terjadi kita akan menyaksikan pandemi influenza dengan korban yang sangat besar, lebih besar dari pada korban AIDS, 9/11, semua perang pada abad ke 20 dan tsunami dijadikan satu"²⁶. Tidak heran, kalau banyak negara maju membujuk, merayu, memaksa bahkan juga ingin menipu Indonesia, negara dengan kasus flu burung terbesar sampai sekarang ini, untuk menyerahkan bahan genetik flu burung, sebagai dasar pembuatan vaksin. Untunglah, pemerintah kita sekarang ini tidak mudah tertipu lagi.

Jelaslah, dengan lingkungan yang makin chaotik ini bahwa kita tidak bisa *business as usual*. Sekarang saja, kota-kota yang berkembang, alih2 menjadi tempat yg berbudaya dan rasional²⁷, pemukimannya menjadi sumber penyakit demam berdarah, gang2nya menjadi tempat peredaran narkoba, dan jalan2nya menjadi pembunuh anak sekolah, pejalan kaki lainnya dan pengendaranya, sekaligus penyumbang berbagai penyakit akibat pencemaran udara, sungai dan laut kita²⁸.

Kita harus berubah, dalam cara kita menangani masalah, dan terutama dalam cara memandang masalah. Persoalannya, banyak orang tahu, tetapi mengapa tidak

²² http://www.walhi.or.id/kampanye/cemar/udara/penc_udara_info_02.htm opcit

²³ Di akses tgl 22 Februari 2007 dari http://www.grida.no/climate/ipcc_tar/wg2/006.htm .

²⁴ Seperti CO₂, CH₄, N₂O, O₃ Troposferik, gol CFC, gas berfluor, dan aerosol. Lihat di <http://www.epa.gov/climatechange/science/recentac.html> di akses tgl 22 februari 2007.

²⁵ <http://www.cdc.gov/ncidod/sars/faq.htm> di akses tgl 22 februari 2007.

²⁶ <http://www.pandemicflu.org>, di akses tgl 24 february 2007

²⁷ Latif, yudi: *Kota Mati*, dalam Perspektif, Gatra 14 feb 2007, hal 106.

²⁸ Baca misalnya pesan dr. Hiroshi Nakajima dalam Hari Kesehatan Sedunia 1996: *Healthy Cities for Better Life*,: Dalam tahun 1990, sebanyak 600 juta penduduk yang tinggal di kota negara berkembang hidup dengan kekurangan makanan, air bersih dan tempat tinggal; pemukiman padat dengan pembuangan limbah yang tidak memadai; lingkungan kerja yang membahayakan; udara dan jalan yang berpolusi; dan kekerasan yang membuat hidup resiko tinggi. <http://www.who.int/archives/whday/en/whday1996.html>. Situs dikunjungi 10 Mei 2004

menyadarinya? Banyak orang menyadarinya, tetapi mengapa tidak melakukan perubahan? Puskesmas selalu melakukan penyemprotan dengan malathion bila ada penderita DBD. Kegiatan itu memberikan kesan semu bahwa kita telah bertindak. Kita tahu cara itu tidak efektif memberantas DBD, toh kita bertahun-tahun tetap melakukannya.

Kita tetap memberikan makanan pendamping ASI bertahun-tahun dengan cara yang sama, bahkan makin lama dengan anggaran yang makin besar, dan masalah gizi tetap saja muncul (Susenas 1989-2005). Dampaknya kita seperti menangani perang yang tidak pernah bisa kita menangkan, dan puas menangani korban perang, dalam bentuk kepanikan setiap peralihan musim menganani pasien DBD dan diare. Mengapa kita seperti mencari kunci hilang ditempat terang?

Menurut saya mungkin ada beberapa penjelasan. Homer-Dixon (2000) mengatakannya kita menghadapi *the Ingenuity Gap*, yaitu bahwa bertubi-tubinya persoalan yang kita hadapi, yang makin kompleks, makin sulit diramalkan, makin cepat siklusnya rupanya kurang dapat diimbangi dengan kecepatan kita menyediakan *ingenuity* untuk mengatasinya. Mengapa *business as usual*? kita terlena bertahun-tahun, karena semua perubahan itu pada awalnya terjadi secara-perlahan-lahan, dan kita baru menyadarinya setelah terlambat melakukan perubahan. Senge (1990), menyebutkannya sebagai *The parable of the boiled frog*²⁹.

Mengubah mental model

Mengapa menambah sumber daya dalam masalah kesehatan kita tidak menimbulkan perbaikan yang memadai? Pertanyaan ini, sudah diajukan oleh Bank Dunia pada tahun 1993 (World Bank 1993). Artinya, *mental model* yang selama ini kita pakai mungkin sudah saatnya kita tinggalkan. *To learn we have to unlearn*.

Asumsi yang umum dipegang orang adalah masalah yang terjadi di negara berkembang seperti Indonesia karena kekurangan sumber daya material, sehingga penyelesaiannya adalah dengan menambahnya. Asumsi ini benar dalam artian akibat, tetapi salah dalam artian sebab. Fogel³⁰, pemegang hadiah Nobel untuk Ekonomi tahun 1993, dengan jelas mengatakan bahwa masalah yang mendasar di negara berkembang bukanlah kekurangan sumber daya material, namun adalah kekurangan sumber daya non material, dalam bentuk solidaritas, disiplin dan ketekunan.

Dalam skala makro, hal-hal inilah yang menyebabkan kita, meskipun sudah mengolah sumber daya material seperti hutan, dan tambang dalam jumlah yang fantastis, meskipun meminjam dana yang besar untuk pembangunan, namun tetapi imbasnya pada kesejahteraan masyarakat, termasuk status kesehatan tidak memadai. Dalam konteks kesehatan, ini menjelaskan bahwa 250 ribu posyandu yang kita bangun belum banyak dampaknya dalam perbaikan gizi masyarakat. Sri Palupi, direktur *Institute for Economic*

²⁹ Kalau anda meletakkan katak dalam air panas, ia akan segera melompat. Tetapi bila ia diletakkan dalam air bersuhu kamar dan tidak menakutinya, ia akan diam. Lalu kalau perlahan-lahan air dipanaskan, katak itu akan tetap tenang, sampai ketika air menjadi panas dan katak itu terlambat meloncat keluar dan mati. Lihat di Senge, Peter, *opcit*, hal 22.

³⁰ Robert W. Fogel, Presidential Address to American Economic Association, January, 1999.

Social Cultural Rights (ECOSOC), mengatakan posyandu belum berfungsi sebagai komunitas yang menganggap bahwa persoalan gizi buruk harus ditangani bersama, tetapi dianggap sebagai hal pribadi setiap keluarga³¹. Posyandu, yang dibangun untuk tempat solidaritas masyarakat, hanya berakhir sebagai kepanjangan tangan puskesmas (Junadi, 1998). Kalau kita tidak belajar dari situ maka rencana Departemen Kesehatan untuk mengembangkan 72000 desa siaga (Suparmanto, 2006), dalam th 2006-2008 akan bernasib sama (Junadi, 2006). Pelajaran pertama yang kita dapat adalah bahwa penambahan dana ke sektor kesehatan tidak akan menyelesaikan masalah kesehatan, selama asumsi dasar terlaksananya program kesehatan, yaitu solidaritas, kerja sama dan kesetiakawanan kurang memadai. Dalam term umum, inilah tema yang kini sedang trend, yang oleh Danah Zohar (2005) disebut *spiritual capital*. Mental Model Maslow yang selama ini kita pakai bertahun-tahun, yaitu bahwa orang mencari pemuasan kebutuhan biologis dan keamanan, sebelum mencari kebutuhan aktualisasi diri, ternyata justru tidak bisa dipakai untuk memecahkan masalah mendasar negara2 berkembang. Adalah lebih sesuai dengan fitrah manusia, untuk mengupayakan kebutuhan ruhani ketimbang kebutuhan biologis dan keamanan. Bahkan pemuasan kebutuhan biologis dan keamanan akan dapat diselenggarakan lebih baik jika kebutuhan yang bersifat spiritual tercapai³². Dalam term kesehatan, kita perlu membangun jalan untuk sehat sosial, agar jalan untuk sehat fisik bisa efektif.

Jalan cerdas menuju sehat

Sekarang saya akan membicarakan beberapa jalan cerdas menuju sehat secara eksplisit, dengan tidak mengurangi hal yang saya bicarakan secara implisit pada bagian sebelumnya.

Salah satu jalan cerdas menuju sehat adalah menangani masalah gizi, karena banyak persoalan kesehatan lainnya tergantung pada masalah gizi. Namun pada umumnya, tidak ada jalan pintas dalam menangani masalah gizi. Karena sesuai hukum sistem *faster is slower* (Senge, 1990). Saya mengambil contoh anemia ibu hamil, tetapi analoginya bisa dipakai untuk masalah kesehatan lain. Untuk menanggulangi anemia ibu hamil, bertahun-tahun pemerintah memberikan pil tambah darah gratis 1 kali sehari sebanyak 90 tablet untuk semua ibu hamil. Anemia ibu hamil tidak terjadi seketika, ia adalah akibat selama bertahun-tahun kita melalaikan—dalam banyak hal, tidak mampu—kewajiban keluarga untuk mengusahakan makanan yang cukup gizi. Artinya anemia ibu hamil, bermula dari anemia dari wanita ketika belum hamil, bahkan anemia ketika remaja. Jadi penanggulangan anemia ibu hamil ketika hamil tidak akan efektif (Junadi, 1995). Anemia ibu hamil, harus ditangani ketika belum hamil. Halnya sama dengan masalah gizi buruk pada bayi. Penanggulangannya harus dimulai jauh sebelum peristiwa melahirkan, yaitu ketika ibu mulai hamil, atau mungkin dimulai ketika pasangan itu menikah. Demikian juga menanggulangi gangguan pertumbuhan. Atmawikarta (2007, hal 147-148) menemukan bahwa memberikan makanan pendamping ASI tidak efektif untuk menanggulangi gangguan pertumbuhan. Oleh karena itu, penanganan gangguan pertumbuhan harus ditangani sebelum lahir. Artinya penanganan masalah gizi harus

³¹ Media Indonesia: *Layanan Posyandu bukan Jaminan*, Jumat 15 Desember 2006, hal 11.

³² Bagir, Haidar: *Menumpuk Harta dan Memperkaya Jiwa*, Pengantar dalam Zohar, Danah, 2005.

menggunakan daur kehidupan, terintegrasi dalam penanggulangan kemiskinan dan peningkatan daya beli.

Jalan cerdas menuju sehat yang lain adalah melakukan investasi kesehatan sejak anak-anak. Salah satunya, kita perlu merestruktur program Usaha Kesehatan Sekolah, yang selama ini hanya merupakan jalan kecil—mengajarkan kesehatan masyarakat klasik—dan mengubahnya dengan mengintegrasikannya dalam seluruh kurikulum SD sd SMA. Pertama, sesuai dengan semangat *spiritual capital*, sekolah haruslah tempat untuk membangun sehat sosial, berlatih bekerja sama, membangun solidaritas mengatasi penderitaan orang lain. Kedua, anak2 mulai diperkenalkan isu2 lingkungan dan kaitannya dengan kesehatan. Idenya adalah anak yang sadar kesehatan adalah yang hemat enersi, sederhana dan secukupnya. Ketika mulai remaja, anak sekolah perlu menguasai cara bertransportasi yang aman, baik untuk diri sendiri maupun untuk orang lain. Ia harus bisa mencari jajan sekolah yang relatif murah tetapi sehat, dan *say no to drug*. Ia perlu mamahami isu merokok, mengingat sekarang ini perusahaan rokok mengincar remaja, dan merokok ternyata perilaku antara untuk ke narkoba dan perilaku berbahaya lainnya (Damayanti, 2007, hal 9). Kemudian, ketika SMA, anak2 perlu memahami isu tentang kesehatan reproduksi.

Jalan cerdas menuju sehat berikutnya adalah tidak hanya mendelegasikan kewenangan pelayanan ke tenaga kesehatan yang lebih banyak dilapangan untuk melakukan pelayanan kesehatan yang menyeluruh, tetapi juga menyerahkan tanggung jawab usaha untuk menjadi sehat itu ke keluarga. Jika kita menyerahkan produksi pertanian ke petani, maka logikanya kita menyerahkan produksi kesehatan ke keluarga, bukan ke tenaga kesehatan, apalagi dokter. Keluargalah, bukan tenaga kesehatan yang mau menjaga anggota keluarganya yg sakit, 24 jam sehari, 7 hari seminggu. Keluargalah—dan bukan dokter—yang mau menghabiskan tabungan, menjual atau menggadaikan aset yang ada, agar anggota keluarganya kembali sehat. Peran sektor kesehatan adalah agar keluarga mau berinovasi dan investasi untuk menjaga agar keluarganya tetap sehat. Agar bisa begitu, pertama semua promosi kesehatan haruslah dengan bahasa yang mudah, karena meskipun angka melek huruf penduduk Indonesia mencapai 90%, rata2 lama sekolah barulah 7,3 tahun³³. Slogan kesehatan perlu dibuat yang mudah dimengerti. Misalnya slogan gizi yang lama *4 sehat 5 sempurna*, jauh lebih mudah dimengerti dibandingkan slogan yang sekarang: *Gizi Seimbang*. Slogan KB yang lama, *2 anak cukup, laki perempuan sama saja* jauh lebih mudah dipahami dibanding Slogan KB yang baru: *Keluarga Berkualitas pada tahun 2015*³⁴. Saya yakin, kalau hadirin disini—yang sebagian besar tamatan sarjana—diminta menjawab apa yang dimaksud dengan gizi seimbang, atau keluarga berkualitas, maka kita akan mendapatkan kesalahpahaman dan bukan kesamapahaman.

Jalan cerdas menuju sehat berikutnya adalah memperbaiki akses air bersih untuk wilayah dan kelompok penduduk yang kekurangan air dan menghemat air untuk wilayah yang sekarang tidak kekurangan air. Akses air bersih adalah investasi yang sering dianggap mahal, namun dalam jangka panjang ia akan menyelesaikan banyak masalah sekaligus. Penelitian pada proyek penyediaan air bersih di pedesaan di India menunjukkan penurunan yang sangat bermakna insiden diare, kolera dan berbagai penyakit yang

³³ BPS: *Indikator Kesejahteraan Rakyat 2005*, Badan Pusat Statistik, Jakarta 2006, hal 19

³⁴ Statistik Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-2003, opcit , kata pengantar hal, xix

ditularkan melalui air lainnya. Selain itu pada umumnya di wilayah yang langka air, wanita dan anak2lah yang dibebani ber-jam2 mencari air. Penelitian di wilayah pedesaan di Marocco menemukan bahwa perbaikan akses air bersih meningkatkan kehadiran anak sekolah, terutama wanita. Jadi perbaikan akses air bersih mengurangi beban waktu bagi perempuan, dan membuka lebih lebar kesempatan peningkatan pendapatan keluarga (UNDP, 2006), yang akhirnya membuat keluarga lebih bisa mencari jalan cerdas menuju sehat.

Sehat, seperti yang dimaksud oleh WHO, tidak akan pernah tercapai selama kita masih mempunyai masalah gender. Dari Grameen Bank, kita belajar bagaimana perempuan mengatasi masalah kemiskinan³⁵. Dari Kerala, kita belajar bagaimana ibu2 mengatasi masalah kekurangan gizi ditengah2 masalah kemiskinan³⁶. Dari kaca mata ibu bumi, persoalannya adalah sederhana, species manusia sebagai sebuah sub sistem, hanya bisa hidup dan berkembang di bumi ini sebagai pasangan, persis seperti apa yang di isyaratkan Tuhan dalam Al Qur'an: dan kami jadikan mahluk di bumi ini ber pasang2an.

Kita memahami bahwa peran faktor diluar kesehatan jauh lebih besar dari peran sektor kesehatan, namun persoalannya adalah bagaimana memberikan pemahaman untuk kalangan sektor lain, kesehatan adalah sebuah sub sistem yang penting untuk kesejahteraan penduduk Indonesia. Sektor kesehatan telah lama meneriakkan slogan *pembangunan berwawasan kesehatan*, namun kelihatannya tidak banyak didengar orang, atau kalau didengar, tidak dimengerti. Kesepakatan alokasi 15 % untuk kesehatan pun tidak ada tindak lanjutnya. Oleh karena itu jalan yang cerdas adalah mempromosikan *pembangunan berwawasan lingkungan*, atau *pembangunan berkelanjutan*, yaitu mengusahakan agar dalam melakukan upaya untuk mensejahterakan penduduk sekarang, tidak mengurangi kesempatan anak cucu kita untuk mensejahterakan mereka (Price, 1997, hal 9). Slogan ini lebih populis, dan lebih politis, menegaskan pentingnya semua sub sistem, termasuk kesehatan. Bila kita memelihara lingkungan, kesehatan otomatis jauh lebih mudah untuk dipelihara.

³⁵ Baca misalnya tentang *Transforming Microfinance*, di <http://www.grameenfoundation.org>

³⁶ Baca misalnya dalam Jayasree: *Women and Health*, di akses tgl 23 Maret 2007 dari www.thrani.com/pdf/women.pdf

Daftar Pustaka

- Atmawikarta, Arum: *Pengaruh Pemberian Makanan Pendamping ASI Formula Tempe terhadap Diare, Aktivitas fisik, dan Pertumbuhan Bayi Status Gizi Baik usia 6-12 bulan di Bogor Jawa Barat*, Disertasi Program Doktor IKM, Program Pascasarjana FKMUI, 2007.
- Damayanti, Rita: *Peran Biospikososial terhadap Perilaku Beresiko tertular HIV pada Remaja SLTA di DKI*, 2006, Disertasi, Program Doktor IKM, Program Pascasarjana FKMUI, 2007
- Filliger, Paul dkk: *Health Cost due to Road Traffic related Air Pollution, an impact assessment project of Austria, France and Switzerland*, WHO Europa, 1999
- Heriyanto, Husain: *Paradigma Holistik*, Teraju, Jakarta 2003
- Homer-Dixon-Thomas F.: *The Ingenuity Gap, How can we solve the problems of the future?* Alfred A Knoff, Canada, 2000
- Illich, Ivan, *Medical Nemesis, The Expropriation of Health*, Pantheon Books, New York, 1976.
- Junadi, Purnawan: *Desa Siaga, Layu sebelum berkembang*, Presentasi pada Seminar Nasional ke 3, Hasil Penelitian Pengembangan Bidang Kesehatan, BaLitbang Departemen Kesehatan, Jakarta 30 November 2006
- Junadi, Purnawan: *Kajian Cepat Kinerja Posyandu*, Penelitian kerjasama UNICEF, FKMUI dan PKK, 1998
- Junadi, Purnawan: *Perencanaan Kota Sehat*, Jurnal Kajian Pengembangan Perkotaan, vol 1no 1, April 2005
- Junadi, Purnawan: *Strategi Operasional Penanggulangan Anemia Gizi di Indonesia*, UNICEF-FKMUI, 1995
- Krzyzanowski, Michal dkk (editor): *Health Effect of Transport Related Air Pollution*, WHO, 2005
- Mogadam, Michael: *Every Heart Attack is Preventable, How to take control of the 20 risk factors and save your life*, New American Library, England, 2003
- Osborne, David dan Peter Plastrik: *Memangkas Birokrasi, Lima Strategi menuju Pemerintahan Wirausaha*, diterjemahkan oleh Abdul Rosyid, Penerbit PPM, Jakarta 2000, hal 16.
- Osborne, David dan Ted Gaebler (1992), *mewirausahakan Birokrasi (Reinventing Government)*, diterjemahkan oleh Abdul Rosyid, PPM, 2003 cet. ke 7.
- Price, Charles (ed) *Sustainable Development and Health: Concept, Principles for Actions for European Cities and Towns*, WHO European Regional Office for Europa, Copenhagen, 1997
- Santoso, Jo: *Kota Tanpa Warga*, Centropolis Jakarta 2006
- Savas, E.S. *Privatization, The Key to Better Government*, Chatham House Publishers, Inc, Chatham, New Jersey, 1987, hal 13-32
- Senge, Peter: *The Fifth Discipline, The art & practice of the Learning Organization*, Currency Doubleday, 1990.

Suparmanto, Sri Astuti: *Kebijakan desa siaga untuk mendukung masyarakat mandiri untuk hidup sehat*, Departemen Kesehatan, 2006, Presentasi pada Seminar Nasional ke 3, Hasil Penelitian Pengembangan Bidang Kesehatan, BaLitbang Departemen Kesehatan, Jakarta 30 November 2006

The 1993 World Bank Report, *Investing in Health*, the World Bank, Washington, 1993

UNDP, *Human Development Report 2006, Beyond Scarcity: Power, Poverty and Global Water Crisis*, Palgrave Macmillan, New York 2006.

WHO, *World Report on Road Traffic Injury Prevention: Summary*, WHO, Geneva, 2004

Zohar, Danah dan Ian Marshall: *spiritual capital, Memberdayakan SQ di Dunia Bisnis*, diterjemahkan oleh Helmi Mustofa, Mizan Media Utama, Bandung, 2005