

PANGAN, GIZI, KESEHATAN DAN PEMBANGUNAN SOSIAL EKONOMI

Ascobat Gani

PENDAHULUAN

Teori klasik menyatakan bahwa untuk pertumbuhan ekonomi diperlukan tiga syarat utama, yaitu (1) *stabilitas politik*, (2) *"economic unity"* dan (3) *penduduk yang berkualitas termasuk berjiwa "enterpreneurship"*.

Pengertian *"economic unity"* dalam hal ini adalah kondisi yang memungkinkan transfer komoditi dari satu daerah (surplus) ke daerah lain (shortage) sehingga terjadi transaksi-transaksi ekonomi. Ini hanya mungkin terjadi kalau terdapat jaringan transportasi yang luas. Dengan perkataan lain, *"economic unity"* berarti pula terdapatnya pemerataan kesempatan untuk terlibat dalam transaksi-transaksi ekonomi bagi penduduk secara luas.

Jiwa *"enterpreneurship"* menunjukkan ciri penduduk yang mempunyai kemampuan melihat peluang-peluang ekonomi dan sekaligus mempunyai *"keberanian"* mengambil resiko. Tersedianya kondisi yang memungkinkan *"economic unity"* seperti disebutkan diatas, baru akan efektif kalau penduduk mampu memanfaatkannya. Syarat kedua ini, yaitu kualitas penduduk, sangat ditentukan oleh upaya-upaya dibidang pembangunan kualitas fisik penduduk (gizi dan kesehatan) serta pembangunan kualitas non-fisik penduduk (pendidikan dan agama, keserasiab, dll.).

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa dua dari tiga syarat pokok untuk pertumbuhan ekonomi menyangkut issue pemerataan kesempatan dan pemerataan kualitas penduduk. Hal tersebut juga ditetapkan sebagai *Trilogi Pembangunan Nasional*, yaitu

(1) stabilitas, (2) pertumbuhan ekonomi dan (3) pemerataan, yang pada dasarnya sejalan dengan teori pertumbuhan ekonomi diatas. Sehubungan dengan Trilogi Pembangunan tersebut, dapat dikemukakan disini bahwa pada awal PJPT II ini terjadi pergeseran tekanan antara masing-masing butir Trilogi tersebut menjadi (1) pemerataan, (2) pertumbuhan ekonomi dan (3) stabilitas.

Ini berarti masalah pemerataan kesempatan dan pemerataan pembangunan kualitas penduduk menjadi semakin penting dan menonjol dimasa mendatang. Lebih-lebih mengingat jumlah penduduk Indonesia yang

1." Pengembangan Pertanian Berawawasan Kesehatan Untuk Semua" Semiloka dalam rangka Dies Natalis XXIX, Jurusan Gizi Masyarakat dan Sumberdaya Keluarga Fak.Pertanian IPB dan Depkes-RI.

2. Staf Pengajar Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

terus bertambah sehingga mencapai sekitar 216 juta pada tahun 2000 mendatang. Mengangkat secepatnya mutu penduduk Indonesia adalah tantangan besar dan urgent diawal PJPT II ini, kalau bangsa Indonesia ingin mengejar ketertinggalannya dari nenaga-negara lain, paling tidak dikawasan Asia Pasifik.

Seperti telah disebutkan diatas, issue pemerataan nampaknya adalah issue pokok dalam menghadapi tantangan tersebut. Dari perspektif penduduk sebagai sumberdaya vital pembangunan, maka pemerataan kesehatan, gizi, pendidikan dan kesempatan berpartisipasi dalam kegiatan ekonomi adalah hal-hal strategis yang perlu dibenahi dalam upaya meningkatkan mutu penduduk.

Adakah jalan pintas untuk menghadapi tantangan tersebut?

Makalah ini tidak menawarkan jawaban terhadap pertanyaan sedemikian berat. Namun dilakukan eksplorasi tentang faktor-faktor yang berpengaruh, khususnya dibidang kebijaksanaan kesejahteraan sosial yang berhubungan dengan gizi dan kesehatan. Diawali dengan konsep hubungan antara gizi, kesehatan dan pembangunan ekonomi, dalam bagian pertama disampaikan hasil-hasil studi empiris yang sebetulnya sudah luas diketahui. Namun penyampaian konsep tersebut diperlukan untuk menunjukkan posisi strategis status gizi dan kesehatan penduduk dalam pembangunan nasional, khususnya selama PJPT II mendatang.

Dalam bagian kedua disampaikan secara ringkas beberapa tantangan terhadap pembangunan sosial ekonomi penduduk, yaitu keadaan kesehatan dan gizi yang ada sekarang serta perubahan cepat yang terjadi selama satu dekade terakhir dalam hal kebijaksanaan pembangunan ekonomi, baik pada tingkat nasional, regional maupun global.

Dalam bagian terakhir dikemukakan beberapa faktor yang diperkirakan berpengaruh terhadap upaya mempercepat pemerataan perbaikan gizi dan kesehatan penduduk. Telaahan khususnya menyangkut kebijaksanaan makro dibidang kesejahteraan sosial.

BAGIAN I

HUBUNGAN KONSEPSUAL: GIZI, KESEHATAN DAN PEMBANGUNAN SOSIAL EKONOMI

1. Kesehatan dan produktivitas

Telaahan tentang hubungan gizi, dan kesehatan dengan pembangunan sosial ekonomi bukan hal yang baru. Beberapa studi empiris yang telah dilakukan untuk menjelaskan hubungan tersebut, bahkan dengan menggunakan suatu perkiraan kuantitatif. Studi yang banyak dikutip tentang hubungan tersebut adalah hasil analisis yang dilakukan oleh Malenbaum (1970). Dengan menggunakan data makro, ia melakukan analisis terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi output pertanian di 22 negara berkembang. Ia menemukan persamaan regresi sebagai berikut:

$$Y = 133 + 0.344X_1 + 0.38X_2 - 0.13X_3 - 0.00095X_4 - 0.0.024X_5$$

(2.2) (0.73) (2.7) (3.8) (0.25)

$$R^2 = 0.65$$

dimana:

y = output pertanian

X₁ = tenaga kerja pertanian

X₂ = pupuk komersil

X₃ = IMR

X₄ = ratio dokter/penduduk

X₅ = tingkat buta huruf

Angka-angka dalam kurung adalah koefisien elastisitas dihitung pada nilai rata-rata masing-masing variabel. Ke lima variabel diatas menerangkan sebanyak 65% variasi output pertanian di 22 negara tersebut. Dari 65% variasi yang diterangkan tersebut, seperlima berasal dari variabel-variabel pertanian dan 4/5 dari variabel kesehatan. Hanya sekitar 2% diterangkan oleh variabel "tingkat buta huruf".

Selain analisis diatas, Malenbaum juga melakukan analisis yang serupa dengan membandingkan daerah-daerah yang ada di Mexico, Thailand dan India. Hasilnya disajikan dalam tabel berikut (sekaligus dibandingkan dengan hasil analisis di 22 negara seperti disampaikan diatas). Ke tiga negara tersebut adalah negara dimana supply tenaga kerja pertanian sangat tinggi. Oleh sebab itu besar kemungkinan bahwa hubungan "input kesehatan" dengan "output pertanian" dipengaruhi oleh perubahan motivasi dan sikap. Dengan perkataan lain, ada kemungkinan bahwa program-program kesehatan di negara-negara tersebut juga bekerja sebagai stimulus tumbuhnya semangat "enterpreneurship" dikalangan tenaga kerja pertanian.

Tabel-1. Faktor yang mempengaruhi output pertanian

	Ukuran output	R ²	% Covariasi		
			Ekonomi	Kesehatan	Lain-lain
22 Negara berkembang	Perubahan output	0.62	20	79	1
Mexico	Output/tenaga pertanian				
1940		0.66	1	28	71
1960		0.63	20	40	40
Thailand, 50 propinsi	Output/tenaga pertanian	0.62	85	5	10
India (20 blok)	Output pertanian	0.73	85	14	1

2. Gizi dan kemampuan sumberdaya manusia

Selanjutnya hubungan gizi dengan produktivitas dan kemampuan inteligensia juga sudah banyak dikemukakan. Berikut ini adalah beberapa contoh yang dapat disampaikan:

a. Gizi dan produktivitas

Penelitian yang menunjukkan hubungan keadaan gizi dengan produktivitas individual sudah banyak dilakukan. Contoh klasik di Indonesia adalah penemuan Karyadi yang menunjukkan bahwa produktivitas penyadap karet yang tidak anemis adalah 20% dibandingkan dengan yang anemis. Juga ditemukan bahwa pemetik teh wanita yang anemis dan kemudian diberi suplementasi zat besi selama 8 minggu, dapat menaikkan produktivitasnya sebesar 14.6%.

Isnadi S.D di Yogyakarta menemukan bahwa 44% pekerja kasar dan 23% mahasiswa ternyata kekurangan thiamin atau vitamin B1 dalam tubuhnya. Dengan suplementasi thiamin selama 4 - 8 minggu, ternyata kapasitas fisik kelompok pekerja tersebut dapat ditingkatnya sebanyak 13% - 15% dan kapasitas fisik kelompok mahasiswa dapat ditingkatnya sebesar 15% - 20%.

b. Gizi dan kapasitas inteligensia

Beberapa studi baik didalam maupun di luar negeri menunjukkan adanya hubungan antara keadaan gizi dengan kemampuan belajar. Penelitian di Meksiko misalnya menunjukkan bahwa IQ anak-anak yang menderita KEP

(kurang energi dan protein) lebih rendah dari pada anak-anak yang gizinya baik. Pengaruh KEP terhadap kemampuan belajar tersebut makin besar apabila KEP terjadi pada usia muda. Retardasi mental jelas nampak pada anak yang menderita KEP pada usia sebelum 6 bulan.

Penelitian di Meksiko tersebut juga menunjukkan bahwa walaupun kurang gizi tersebut kemudian diperbaiki dengan pengobatan dan pemberian makanan dan berat badannya kembali normal, ternyata hasil uji kognitif tidak menunjukkan kemajuan. Penelitian ini juga menunjukkan bahwa apabila KEP tersebut terjadi sesudah berumur diatas 2 tahun, perbaikan keadaan gizi akan diikuti dengan perbaikan IQ yang mendekati normal. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa dampak yang ditimbulkan oleh kurang gizi pada usia muda akan bersifat permanen,

Kekurangan zat besi (anemia) serta defisiensi thiamin (B1) juga sangat mempengaruhi kemampuan fisik maupun mental seseorang. Keadaan tersebut menyebabkan turunnya kesegaran jasmani, kesiagaan mental dan turunnya produktivitas. Beberapa studi menunjukkan pengaruh defisiensi besi dan B1 tersebut terhadap kemampuan berfikir dan performance akademis anak sekolah.

Dari contoh-contoh hasil penelitian yang telah dikemukakan diatas jelas nampak bahwa kesehatan dan gizi penduduk sangatlah vital dalam mewujudkan penduduk yang berkualitas: kuat secara fisik dan tangguh secara mental dan inteligensia yang selanjutnya akan menjamin suatu hidup yang lebih produktif.

3. Pangan, intake gizi dan kesehatan

Hubungan antara produksi pangan, pendapatan rumah tangga, intake makanan oleh rumah tangga, status gizi, morbiditas dan mortalitas, adalah suatu fenomena yang kompleks. Hubungan tersebut selain sangat kompleks juga tidak konsisten antara satu tempat dengan tempat lainnya.

Ada dua pendekatan untuk menjelaskan hubungan tersebut. Pertama adalah menjelaskan hubungan tersebut dalam konteks ekonomi makro. Pinstруп-Andersen (1987) menggambarannya seperti tertera pada Diagram-1. Digambarkan bahwa mutu sumberdaya manusia ditentukan oleh tiga variabel sosial-ekonomi:

- status gizi
- status kesehatan
- tingkat pendidikan

Status gizi dalam diagram tersebut sangat dipengaruhi oleh kebijaksanaan-kebijaksanaan ekonomi khususnya dalam bidang pertanian. Sedangkan variabel status kesehatan dan pendidikan sangat dipengaruhi

oleh kebijaksanaan pengeluaran pemerintah dibidang kesejahteraan, khususnya pendidikan dan kesehatan.

Pendekatan kedua adalah melihat hubungan tersebut pada tingkat rumah tangga, seperti dijelaskan oleh Braun & Kennedy (1986) yang tergambar dalam Diagram-2. Dalam diagram tersebut nampak bahwa untuk kesehatan dan gizi ibu dan anak, faktor-faktor produksi pertanian, lapangan kerja, peranan ibu dalam rumah alokasi pendapatan rumah tangga, akan menentukan intake makanan dalam rumah tangga serta keadaan morbiditas dan mortalitas ibu dan anak.

BAGIAN II **SITUASI GIZI DAN KESEHATAN:** **TANTANGAN PEMBANGUNAN SOSIAL EKONOMI**

Dalam Bagian I telah disampaikan bagaimana kesehatan dan gizi sangat menentukan keadaan sosial ekonomi. Secara langsung, kesehatan dan gizi berpengaruh pada kapasitas inteligensia dan kapasitas produksi baik pada tingkat individual maupun penduduk. Secara makro, kesehatan dan gizi menentukan mutu modal manusia (human capital) dalam pembangunan, yang bersama-sama dengan faktor stabilitas dan peluang-peluang kegiatan ekonomi seperti transportasi dan deregulasi, akan memacu pertumbuhan ekonomi.

Seperti disampaikan dalam pendahuluan makalah ini, faktor stabilitas telah berhasil dimantapkan selama PJTP I. Faktor kesempatan berperan serta diperjuangkan melalui pembangunan infrastruktur transportasi serta kemudahan-kemudahan dibidang investasi melalui berbagai deregulasi. Keadaan ini diharapkan akan membuka lapangan kerja lebih banyak. Bagaimana dengan pembangunan mutu modal manusia? Data tentang status kesehatan dan gizi penduduk sampai Pelita V paling tidak menunjukkan bahwa masih banyak yang perlu dilakukan untuk meningkatkan mutu modal manusia tersebut.

Sehubungan dengan hal diatas, ada tiga hal yang akan disampaikan dalam bagian II ini, yang satu sama lain sangat berkaitan dengan upaya mencari alternatif kebijaksanaan untuk meningkatkan mutu modal manusia dalam pembangunan. *Pertama* adalah tentang status kesehatan dan gizi selama Pelita V. Ini diperlukan untuk memberikan gambaran tentang bobot permasalahan yang dihadapi khususnya dalam perspektif kesehatan dan gizi. *Kedua*, perlu diketahui sejauh mana kemampuan nasional (masyarakat dan Pemerintah) untuk mengatasi masalah tersebut sejalan dengan tingginya pertumbuhan ekonomi Indonesia paling tidak selama dua Pelita yang lalu. Ini penting untuk penyusunan kebijaksanaan pembagian peran antara Pemerintah dan masyarakat dan swasta. *Ketiga*, akan disinggung pengaruh mekanisme pasar terhadap supply dan demand pelayanan kesehatan. Seperti diketahui, mekanisme pasar sekarang ini dilihat sebagai

terobosan untuk memacu pertumbuhan ekonomi. Apakah demikian juga halnya kalau mekanisme pasar tersebut juga diterapkan pada pemecahan masalah kesehatan dan gizi?

1. Situasi masalah kesehatan dan gizi

Untuk mengetahui bobot atau intensitas masalah kesehatan dan gizi, berikut ini disampaikan beberapa angka tentang morbiditas dan masalah gizi utama.

a. Morbiditas penyakit

Masalah kesehatan penduduk Indonesia masih ditandai dengan tingginya penyakit-penyakit yang berkaitan dengan rendahnya tingkat sosial ekonomi penduduk. Prevalensi penyakit diperkirakan sekitar 10 - 14% selama periode 1 bulan. Distribusi prevalensi penyakit menurut kelompok umur menunjukkan pola huruf "U", seperti disampaikan dalam Tabel-2 berikut. Ternyata kejadian penyakit memang sangat tinggi dikelompok anak Balita dan orang tua.

Dari sepuluh penyakit utama yang dialami penduduk, hanya satu yang tergolong bukan penyakit infeksi atau yang tidak berkaitan dengan kondisi hygiene lingkungan hidup, yaitu penyakit jantung dan pembuluh darah (Tabel-3). Selebihnya adalah penyakit-penyakit yang tergolong sebagai penyakit infeksi.

Tabel-2 Prevalens penyakit menurut kelompok umur, SKRT 1980 dan SKRT 1986

Kelompok Umur	SKRT 1980	SKRT 1986
< 1	15,8	16,3
1 - 4	19,4	18,1
5 - 14	7,2	5,7
15 - 54	9,9	6,1
55 +	25,2	15,1
Semua umur	11,5	8,3

Tabel-3 Sepuluh penyakit utama, SKRT 1980 dan 1986

No	Penyakit	1980	1986
1	ISPA	26,1	25,6
2	Infeksi kulit/jaringan bawah kulit	7,9	9,1
3	Gigi, mulut, saluran pencernaan	8,0	8,3
4	Infeksi lain	6,7	7,8
5	Bronchitis, asma	8,0	7,6
6	Malaria	1,6	7,3
7	Penyakit susunan syaraf	6,8	6,8
8	Penyakit jantung & pembuluh darah	5,2	6,3
9	Diare	6,8	5,3
10	Tuberculosa	5,3	5,1
	Total	82,4	89,2

Depkes RI

Demikian pula halnya dengan penyebab kematian, penyakit-penyakit infeksi menduduki tempat teratas, yaitu penyakit-infeksi saluran pernafasan dan saluran pencernaan. Seperti dapat dilihat pada Tabel-4, penyakit diare, infeksi saluran pernafasan, tuberkulosis, tifus dan banyak penyakit infeksi lain adalah penyebab utama kematian penduduk Indonesia.

Tabel-4 juga menunjukkan bahwa pola penyebab kematian tidak banyak berubah dalam kurun waktu antara awal tahun 1970 sampai pertengahan tahun 1980-an.

Tabel-4 Pola penyakit penyebab kematian semua umur berdasarkan SKRT 1971, 1980 dan 1986

Kelompok Penyakit	1971	1980	1986	
			Utama	Berhub
1. Radang pernafasan bagian bawah	12,0	17,8	6,2	16,8
2. Diare	16,9	18,8	12,0	14,8
3. Tuberkolusa	6,0	8,4	8,6	
4. Tetanus	4,6	6,5	6,0	6,7
5. Tipus perut		3,3	3,1	
6. Kardiovaskulair	5,2	9,9	9,7	

7. Kelainan hati	4,2	3,3	3,9
8. Neoplasma	3,4	4,3	
9. Penyusutan syaraf	5,2	5,0	3,1
10. Cedera 7 kecelakaan	2,1	3,5	4,7
11. Bronchitis, asma dan emfisema	2,2	3,8	5,1
12. Komplikasi kehamilan/persalinan	2,2	0,8	1,7
13. Kelainan dan gangguan perinatal	3,1	5,3	
14. Difteri	0,7	0,4	
15. Pertusis		0,4	
16. Campak	0,3	6,7	6,7
17. Malaria	0,6	3,4	6,7
18. Lain-lain	4,3	8,8	17,2
Jumlah	100	100	100

Depkes-RI.

b. Gizi

Beberapa indikator dapat dipergunakan untuk menilai keadaan gizi penduduk. Ternyata memang dalam kurun kehidupan penduduk, sejak awal sudah ditandai oleh keadaan gizi kurang. Pertama, diperkirakan sekitar 60% ibu hamil menderita anemia. Kedua, jumlah bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) mencapai 16%. Ketiga, keadaan kurang gizi dikalangan Balita juga tinggi, yaitu sekitar 30% (diukur dengan standar berat/umur).

Kemudian pada usia baru masuk sekolah, pada tahun 1988 Djumadias dkk. melakukan pengukuran Tinggi Badan yang hasilnya dapat dipergunakan untuk mengetahui prevalensi gizi kurang. Hasilnya, untuk Jawa Tengah, Sumatra Barat dan NTB prevalensi gizi kurang pada anak baru masuk sekolah berturut-turut adalah 15%, 10% dan 16%.

Penyakit gondok endemik juga tinggi pada kelompok usia sekolah ini. Pada tahun 1987, hasil survey di 12 propinsi menunjukkan prevalensi 22% untuk TGR (Total Goitre Rate) dan 5.4% untuk VGR (Visible Goitre rate).

Pada usia produktif, juga masalah gizi masih cukup prevalent. Diperkirakan sekitar 40% tenaga kerja dan buruh menderita anemia. Demikian juga, hasil survey di Yogyakarta menemukan bahwa 44% tenaga kasar dan 23% mahasiswa mengalami defisiensi vitamin B1 (thiamin). Seperti telah disampaikan dalam bagian I makalah ini, anemia sangat mempengaruhi produktivitas. Jadi paling tidak dapat dikatakan bahwa 4 dari 10 tenaga kerja sebetulnya tidak mampu melakukan kerja berat.

Tabel-5 Keadaan gizi balita (Standar berat/umur)

	Gizi baik		Gizi kurang	
		Ringan	Sedang	Berat
Indonesia	47,1	40,0	11,1	1,7
Pedesaan	44,3	41,5	12,2	2,0
Urban	56,7	35,1	7,4	0,9

Susenas, 1986

Tabel-6. Prevalens anémia pada ibu hamil menurut usia, paritas dan usia kehamilan - 1986

	Usia Ibu		Paritas				Trimester		
	20	20 - 29	30	0	1 - 4	5	I	II	III
Normal	22,6	27,7	24,5	31,3	26,0	19,5	31,6	27,5	23,8
Anemia-R	72,8	69,0	70,1	65,8	70,5	72,9	66,1	68,5	71,8
Anemia-B	4,6	3,3	5,4	2,9	3,5	7,6	2,3	4,0	4,4

(R = ringan dan B = berat)

Dari beberapa data tentang masalah gizi dan kesehatan seperti disampaikan diatas, dapat dilihat betapa besar bobot masalah yang dihadapi sehubungan dengan pembangunan sumberdaya manusia. Kalau angka-angka tersebut (rata atau persentase) dikonversikan kedalam jumlah absolut dengan denominator 180 juta penduduk, maka masing-masing masalah akan sampai pada angka jutaan atau belasan juta.

Nampak pula bahwa masalah-masalah kesehatan dan gizi yang mengenai kelompok usia produktif masih cukup besar, yang juga besar sekali pengaruhnya terhadap produktivitas penduduk, paling tidak pada tingkat rumah tangga. Keadaan ini tentu mempengaruhi mutu generasi berikutnya. Seperti ditunjukkan oleh data yang telah disampaikan diatas, status kesehatan gizi ibu hamil, bayi, balita sampai usia sekolah masih cukup memprihatinkan. Keadaan ini mempunyai dampak jangka panjang, karena kualitas generasi yang lahir dan tumbuh sekarang akan sangat menentukan kualitas penduduk usia produktif pada masa 20 - 25 tahun mendatang.

2. *Pertumbuhan ekonomi dan kemampuan pembiayaan*

Mengadapi masalah dengan "magnitude" dan "severity" (intensitas) seperti disampaikan diatas, salah satu pertanyaan mendasar adalah ketersediaan, kecukupan serta alokasi dan distribusi sumberdaya. Secara nasional, kemampuan sumberdaya ini dapat dilihat pada pertumbuhan ekonomi dan distribusi pendapatan diantara penduduk.

Selama Repelita IV dan V, ekonomi Indonesia telah tumbuh secara mengesankan, yaitu dengan laju pertumbuhan sebesar 7.4% per tahun. Angka tersebut jauh diatas target yang ditentukan sebesar 5% per tahun. Pertumbuhan yang demikian besar terutama disebabkan oleh tingginya investasi sektor swasta, sebagai akibat dari deregulasi ekonomi, khususnya dibidang perbankan. Kondisi anggaran Pemerintah juga membaik kalau dilihat besarnya cadangan anggaran pembangunan yang mencapai Rp 2 trilyun pada tahun 1990/91 dan Rp 3.5 trilyun pada tahun 1991/82.

Dari sudut pembangunan sumberdaya manusia, khususnya kesehatan dan gizi, pertanyaannya adalah apakah pertumbuhan ekonomi tersebut mempengaruhi kemampuan masyarakat untuk memelihara kesehatannya dan mengkonsumsi makanan secara mencukupi, serta apakah pertumbuhan tersebut mempengaruhi alokasi anggaran Pemerintah untuk sektor kesejahteraan sosial seperti kesehatan dan pendidikan.

Analisis terhadap data Susenas 1990 menunjukkan bahwa jumlah penduduk yang secara ekonomis daya belinya rendah masih banyak. Seperti diketahui, dengan menggunakan batas "kebutuhan fisik minimum" (KFM), masih ada sekitar 15% atau 27 juta penduduk yang hidup dibawah garis kemiskinan. Batas KFM setara dengan pengeluaran Rp 700/kapita/hari untuk daerah perkotaan dan Rp 433/kapita/hari untuk daerah pedesaan. KFM ditentukan atas dasar pemenuhan kebutuhan makan dan non-makan. Dalam kategori "non-makan" sudah termasuk pengeluaran untuk berobat (pengobatan modern maupun tradisional). Batas tersebut adalah batas minimal; dan pengeluaran untuk berobatpun nampaknya adalah untuk penyakit-penyakit yang sudah sangat manifest. Kalau diingat bahwa masalah-masalah kesehatan dan gizi yang disampaikan diatas banyak yang bersifat "marginal", artinya sering tidak dianggap masalah oleh masyarakat seperti kurang vitamin dan mineral, hygiene buruk, dll, maka dapat diasumsikan bahwa pengeluaran kesehatan yang terekam dalam batas KFM tersebut belum termasuk pengeluaran untuk upaya pencegahan (imunisasi, antenatal care, periksa bayi sehat dll.) dan "pengobatan" masalah gizi selain KEP.

Kalau kebutuhan untuk upaya atau pelayanan tersebut juga diperhitungkan, maka batas KFM perlu dinaikkan. Misalkan batas tersebut masing-masing dinaikkan sebesar Rp 300,- untuk kota desa, maka batas garis kemiskinan menjadi Rp 1000/kapita/hari di kota dan Rp 700/kapita/hari dipedesaan.

Ternyata dengan batas pengeluaran demikian, jumlah penduduk yang hidup dibawah batas tersebut mencapai 75 juta orang, yaitu 25 juta di perkotaan dan 50 juta di pedesaan. Ini berarti pertumbuhan ekonomi yang demikian besar selama ini lebih banyak dinikmati oleh sejumlah kecil penduduk. Ada argumentasi yang mengatakan bahwa fenomena ini memang terjadi pada fase awal suatu kebijaksanaan investasi besar-besaran.

Dari sudut masalah pembiayaan kesehatan, keadaan demikian menyebabkan masih banyaknya penduduk tetap bergantung pada anggaran sektor Pemerintah, seperti yang selama ini terlaksana melalui subsidi tarif-tarif pelayanan kesehatan yang disediakan oleh Pemerintah.

Sehubungan dengan pertumbuhan ekonomi tersebut dan kaitannya dengan alokasi anggaran Pemerintah, data pembiayaan kesehatan selama dekade yang lalu menunjukkan proporsi yang tetap, yaitu sekitar 2.5%. Secara absolut penurunan alokasi anggaran untuk kesehatan terjadi pada tahun 1987/88. Untuk tahun-tahun selanjutnya terjadi kenaikan. Namun kalau kenaikan nilai absolut tersebut disesuaikan dengan laju inflasi, sebetulnya yang terjadi adalah penurunan alokasi anggaran.

Keadaan demikian di beberapa negara berkembang lain telah menyebabkan memburuknya indikator kesehatan. Namun hal tersebut tidak terjadi di Indonesia, oleh karena walaupun dengan anggaran terbatas, pembangunan kesehatan di Indonesia memang diprioritaskan untuk masyarakat golongan sosial-ekonomi rendah. Ini nampak misalnya dari perkembangan infrastruktur pelayanan dan program kesehatan yang menjangkau sampai kedesa-desa dan daerah terpencil

Dibalik keadaan yang menggembirakan tersebut, pertanyaan yang muncul adalah: sampai seberapa jauh kemampuan Pemerintah tersebut dapat bertahan untuk menjamin pemeliharaan kesehatan penduduk dimasa yang akan datang? Pertanyaan ini makin relevan dan penting oleh karena ada perkiraan yang menyatakan bahwa di Indonesia sekarang sudah dan sedang terjadi proses transisi pola penyakit, yaitu dari penyakit infeksi menjadi penyakit khronik degeneratif yang pembiayaannya mahal. Pola penyakit ini biasanya terjadi pada kelompok masyarakat yang lebih "affluent" dan oleh karenanya lebih vokal serta berpengaruh dalam menentukan alokasi dan distribusi sumberdaya. Pada masa transisi tersebut, penyakit-penyakit infeksi masih tetap prevalen. Keadaan ini bisa menimbulkan dilema alokasi sumberdaya kesehatan seperti distribusi tenaga dan pilihan teknologi kedokteran.

3. *Globalisasi sistem pasar*

Satu hal lain yang sangat mempengaruhi kebijaksanaan ataupun upaya dalam menghadapi tantangan pembangunan mutu modal manusia tersebut diatas adalah berkembangnya kecenderungan untuk bertumpu pada sistem pasar (bebas) dalam pembangunan ekonomi. Misalnya adalah dengan mendorong fihak swasta untuk berperan lebih luas.

Pemikiran tentang peran serta swasta ini sebetulnya sudah lama ada di Indonesia, seperti dicantumkan dalam GBHN dan SKN (Sistem Kesehatan Nasional), bahwa: ".....pembangunan kesehatan diselenggarakan oleh Pemerintah bersama masyarakat dan swasta". Namun akhir-akhir ini issue swasta tersebut sangat ramai dibicarakan. Keberhasilan kebijaksanaan swastanisasi dan mekanisme pasar bebas dalam pembangunan ekonomi, telah menumbuhkan semacam "ideologi" bahwa swastanisasi dan mekanisme pasar bebas adalah "panaceae" untuk segala macam "penyakit" keterbelakangan pembangunan, termasuk pembangunan sektor kesejahteraan sosial seperti misalnya sektor kesehatan.

Namun telaahan teoretis maupun pengalaman empiris di beberapa negara menunjukkan bahwa asumsi-asumsi dasar serta harapan terhadap pasar bebas belum tentu sah (valid) untuk sektor kesehatan. *Pertama*, harapan bahwa swastanisasi merupakan salah satu jalan untuk memobilisir sumberdaya kesehatan, bisa meleset kalau ternyata sektor swasta tumbuh menjadi kompetitor sektor pemerintah. Ini terjadi misalnya dalam bentuk "brain drain" tenaga kesehatan dari sistem pelayanan pemerintah ke sistem pelayanan swasta.

Kedua, asumsi bahwa mekanisme pasar bebas dan swastanisasi akan menuju pada efisiensi karena terjadi kompetisi, juga tidak selamanya benar. Angka inflasi biaya kesehatan dinegara dengan sistem pasar bebas ternyata cukup tinggi. Kompetisi tidak mudah terjadi oleh karena konsumen - dalam hal ini pasien - tidak dihadapkan pada banyak pilihan. Ini disebabkan sifat hubungan antara "provider" dan "konsumer" yang unik: keputusan menentukan jenis dan volume pengobatan dilakukan oleh provider dan bukan oleh konsumen. Demikian juga, mekanisme pasar biasanya cenderung bergerak kearah suatu tingkat harga dimana penawaran sesuai dengan permintaan (market equilibrium). Pada tingkat tersebut, pasti ada segmen penduduk yang daya belinya dibawah harga pasar tersebut. Jadi jelas bahwa mekanisme pasar bebas tidak akan pernah mencapai "equity" atau pemerataan yang adil. Oleh karena kesehatan mempunyai sifat eksternalitas yang tinggi, maka ketidak merataan konsumsi pelayanan akan menyebabkan in-efisiensi sosial. Lebih-lebih kalau kemudian berkembang fragmentasi sistem kesehatan, yaitu sistem untuk orang mampu (swasta) dan sistem untuk orang kurang mampu (pemerintah) yang sering disebut sebagai "two tiers system",

Ketiga, asumsi bahwa pelayanan swasta akan lebih berkualitas juga perlu dilihat secara seksama, oleh karena secara medis pelayanan yang berkualitas adalah pelayanan yang diberikan secara "lege artis" dan tidak lebih dan tidak kurang. Ada indikasi bahwa tingginya kualitas pelayanan swasta dikaitkan dengan komponen pelayanan non medis, penggunaan alat canggih dan bahkan pelayanan yang melampaui kebutuhan.

Asumsi-asumsi tersebut perlu diluruskan dan dikoreksi dalam upaya memperbesar peran swasta dalam pembangunan kesehatan. Harus diakui

bahwa swasta sudah berperan aktif, tidak bisa diabaikan dan perkembangannya perlu didukung.

BAGIAN III BEBERAPA ASPEK KEBIJAKSANAAN

Secara ringkas, yang telah disampaikan dalam bagian I dan II makalah ini adalah sebagai berikut:

*penelitian empiris sampai pada penjelasan konseptual bahwa status gizi dan kesehatan penduduk sangat sangat menentukan produktivitas individu, kelompok penduduk dan bahkan produktivitas nasional. Sebaliknya, produktivitas penduduk menentukan kesejahteraan hidupnya yang sekaligus menentukan pula kualitas generasi berikutnya.

*keadaan gizi dan kesehatan penduduk Indonesia diawal PJPT II ini masih ditandai oleh berbagai masalah yang dari perspektif pembangunan sumberdaya manusia bisa dianggap sangat urgent untuk diatasi; oleh karena masalah tersebut sangat menentukan bukan saja keberhasilan pembangunan dalam jangka pendek, tetapi juga jangka panjang. Ketidak berhasilan mengatasi masalah tersebut akan mempengaruhi mutu modal manusia paling tidak untuk jangka waktu 20 - 25 tahun mendatang.

*Pertumbuhan ekonomi yang cukup pesat selama Repelita IV dan V yang pesat belum ditandai dengan meningkatnya kemampuan sebagian besar masyarakat untuk menolong dirinya sendiri menghadapi berbagai masalah kesehatan dan masalah gizi. Demikian juga, alokasi anggaran Pemerintah untuk sektor kesehatan, khususnya untuk program-program kesehatan masyarakat, tidak menunjukkan kenaikan yang berarti.

*Membiarkan supply dan demand pelayanan kesehatan serta pemenuhan gizi masyarakat semata-mata pada mekanisme pasar bebas mengandung resiko terhambatnya pembangunan sumberdaya manusia. Mekanisme pasar bebas mungkin saja memberikan keuntungan ekonomis seperti terbukanya lapangan kerja dan keuntungan investor. Namun keuntungan ekonomis tersebut perlu dibandingkan dengan biaya ekonomis akibat terhambatnya pembangunan sumberdaya manusia.

Dengan kesimpulan-kesimpulan diatas dapat ditarik kesimpulan yang lebih umum: masalah pemerataan pembangunan sosial ekonomi penduduk adalah tantangan besar yang dihadapi menjelang PJPT II mendatang dan sektor pangan, intake gizi dan kesehatan adalah "entry point" strategis untuk menghadapi tantangan tersebut.

Apakah implikasinya terhadap kebijaksanaan sektor produksi pertanian khususnya pangan? Yang mendasar adalah, kalau fakta dan kerangka fikir

yang disampaikan diatas benar, wawasan produksi pertanian dan pangan haruslah lebih jauh dari sekedar peningkatan produksi (output oriented), akan tetapi juga bermuara pada pembangunan sumberdaya manusia, khususnya mutu modal manusia.

Jadi pertanyaannya bukan hanya bagaimana meningkatkan "yield" pertanian atau pangan per satuan input, akan tetapi juga apakah "yield" tersebut berhasil meningkatkan daya beli petani dan meningkatkan "food intake" penduduk.

Ada dua dimensi permasalahan disini. Dimensi pertama adalah peningkatan produksi pertanian/pangan untuk meningkatkan kemampuan ekonomi (kemampuan daya beli) masyarakat secara luas. Dengan perkataan lain, dimensi ini menyangkut kebijaksanaan pertanian/pangan yang berorientasi pada pemerataan. Sederet issue kebijaksanaan pertanian - baik makro maupun mikro - termasuk dalam dimensi ini; dan issue-issue tersebut tidak termasuk dalam keahlian penulis dan oleh karenanya tidak termasuk dalam ruang lingkup makalah ini.

Dimensi kedua adalah kebijaksanaan pangan yang berorientasi pada masalah-masalah gizi dan kesehatan seperti telah disampaikan diatas. Pertama adalah kemungkinan penggunaan instrumen subsidi pertanian untuk kelompok atau daerah rawan. Telaahan terhadap kelompok penduduk yang hidup dibawah garis kemiskinan menunjukkan bahwa sebagian besar penduduk miskin tersebut adalah para petani. Juga tergambar diferensiasi persentase penduduk miskin antar daerah, misalnya 32% penduduk kota dan ... % penduduk desa di NTB tergolong miskin (Penduduk miskin di Indonesia menurut Susenas 1990, BPS, 1991).

Kedua, mengingat besarnya pertumbuhan ekonomi, yang diharapkan akan meningkatkan penerimaan pajak, maka diharapkan program-program penanggulangan masalah gizi dan kesehatan yang sangat mempengaruhi mutu sumberdaya manusia tetap memerlukan campur tangan Pemerintah. Program memberantas anemia ibu hamil, menurunkan BBLR, penanggulangan masalah gizi Balita, dapat dilihat sebagai "menyangkut hajat hidup orang banyak", dan oleh karenanya diawasi dan diatur oleh Pemerintah. Pengaturan tersebut bukan hanya berarti Pemerintah yang harus menyediakan, akan tetapi juga termasuk campur tangan Pemerintah kalau ada kegiatan-kegiatan ekonomi atau pembangunan, baik yang dilakukan oleh Pemerintah maupun swasta, yang dampaknya negatif terhadap berbagai masalah tersebut. Salah satu contoh misalnya adalah konversi lahan pertanian menjadi areal industri dalam skala besar, harus menjamin tidak menimbulkan berbagai masalah pangan dan gizi serta kesehatan terhadap penduduk pertanian yang terpaksa harus merubah pola hidupnya.

Ketiga, kebijaksanaan "cost recovery" atau "users charge" yang sekarang sedang menjadi mode dibanyak negara berkembang, termasuk Indonesia, hendaknya dilakukan selektif. Pelayanan-pelayanan primer untuk

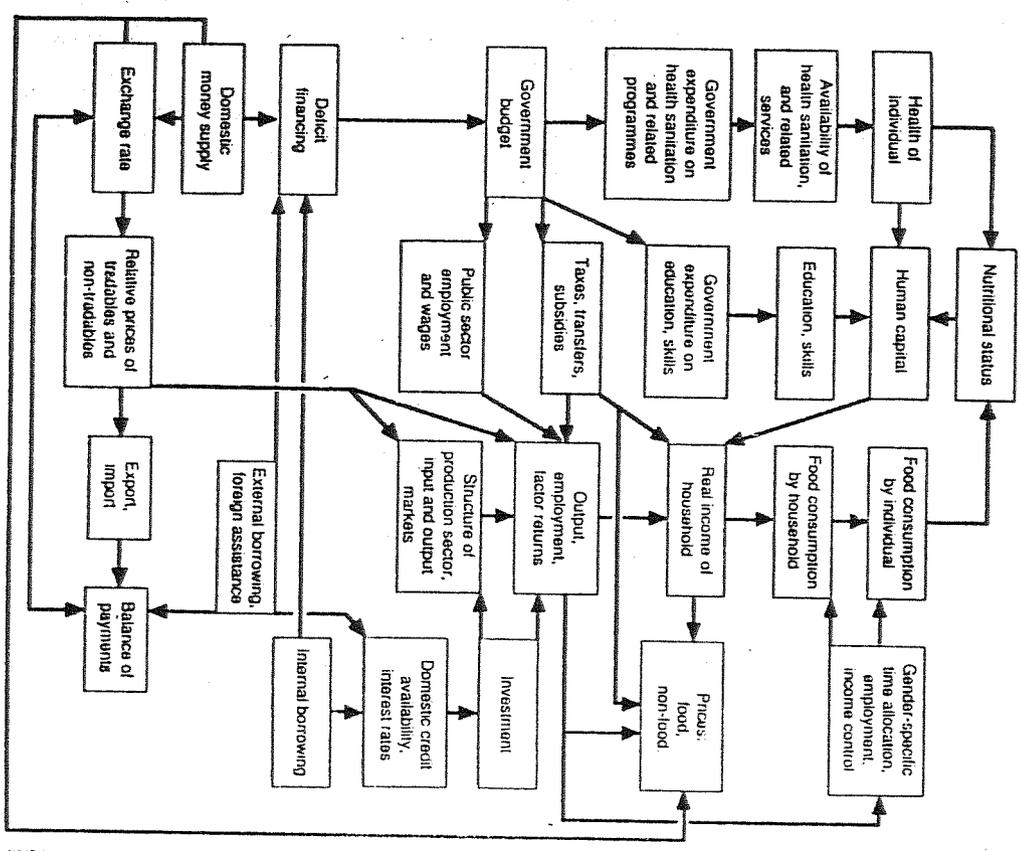
masyarakat banyak yang kemampuan ekonominya terbatas, hendaknya tidak secara "buru-buru" mendapat perlakuan "cost recovery". Misalnya adalah pelayanan kesehatan melalui Puskesmas atau RS Pemerintah yang jelas-jelas berada di suatu daerah kurang mampu.

Sebagai penutup, disadari adanya argumentasi bahwa pemberian subsidi akan terus memperberat beban Pemerintah, apalagi dalam suasana adanya ancaman "defisit neraca pembayaran" dewasa ini. Namun harus diingat bahwa tertundanya pembangunan sumberdaya manusia juga ada "cost"-nya. Karena itu berarti tertundanya pengembangan kemandirian masyarakat. Lebih dari itu, apapun alasannya, 15% atau 27 juta penduduk yang hidup dibawah garis kemiskinan jelas merupakan kelompok penduduk yang memerlukan uluran tangan dari pihak yang lebih mampu, yang dapat mewujudkannya melalui pajak yang dibayarkan kepada Pemerintah.

KEPUSTAKAAN

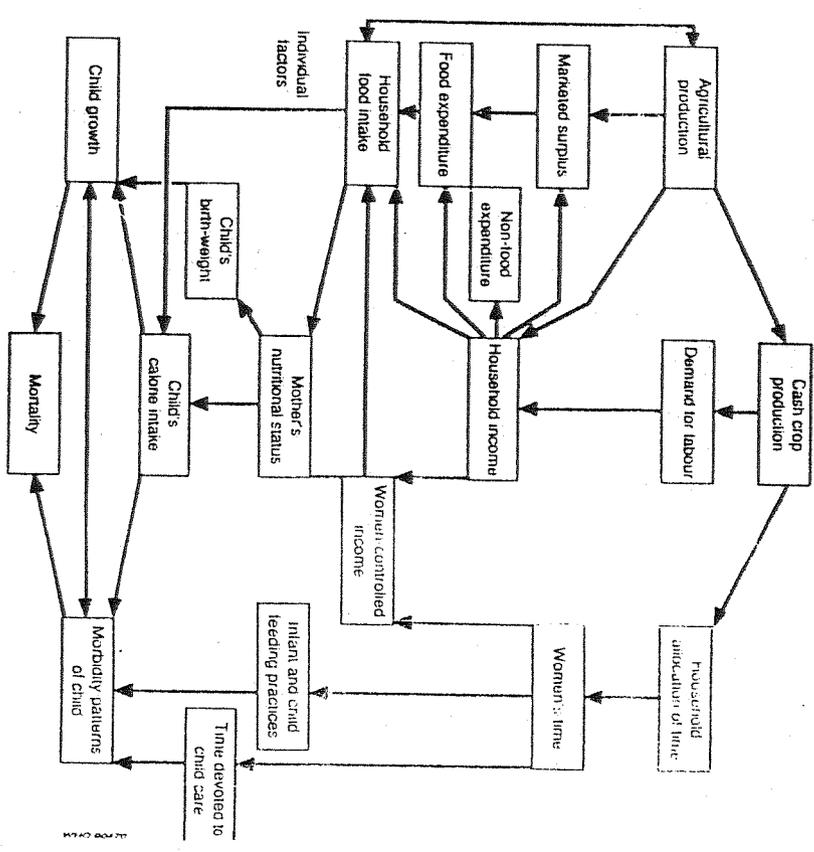
1. Weil, Cooper et al: *The Impact of Development Policies on Health*. WHO, Geneva, 1990.
2. Anwar, Arsyad: *Pertumbuhan dan pemerataan ekonomi di Indonesia selama Pelita IV dan V*. Semiloka Pembangunan dan Kesehatan, Perhimpunan Peminat Ekonomi Kesehatan Indonesia, Jakarta April 1992.
3. Ascobat, G: *Peranan Kesehatan Dalam Pembangunan Sosial Ekonomi*, Makalah disampaikan pada
4. Ascobat, G: *Indikator Kualitas Manusia dan Penduduk*. Prisma No. 9, 1984.
5. Berg, Alan: *The Nutrition Factor*. The Brookings Inst. Washington DC, 1973.
6. Ascobat, G: *Peranan Swasta dalam Pembangunan Kesehatan*, Makalah disampaikan dalam Rakerkesnas, Depkes RI, Ciloto 26 Pebruari 1992.
7. Denison & Mushkin dalam Sorkin, Alan L: *Health Economic in Developing Countries*. Lexington Books, Lexington, 1976.
8. *Penduduk Miskin di Indonesia menurut Susenas 1990*. BPS, Jakarta 1991.

PLATE III 1



Source: Pinstrup-Andersen, 1987.

PLATE III 2



Source: Braun & Kennedy, 1986.

PERANAN DAN PENGEMBANGAN JARINGAN DIKLAT KEPEMIMPINAN KESUMA DI PERGURUAN TINGGI *)

I. KESUMA DAN KEPEMIMPINAN KESUMA

1. Kesehatan Untuk Semua (Kesuma) adalah tujuan pembangunan kesehatan sedunia pada tahun 2000, berupa suatu kondisi dimana setiap insan mampu meraih hidup sehat, sehingga dapat hidup produktif di bidang sosial maupun ekonomi. Tujuan ini serupa dengan tujuan pembangunan kesehatan di Indonesia yang dirumuskan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN), yakni tercapainya kemampuan hidup sehat setiap penduduk agar mampu mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.
2. Kesuma tersebut dicapai melalui strategi PHC (Primary Health Care) yang juga sejalan dengan Kebijakan pembangunan Kesehatan di Indonesia. Dalam strategi itu, dinyatakan bahwa untuk mencapai Kesuma, diperlukan upaya-upaya dengan keterlibatan penuh sektor kesehatan, sektor non-kesehatan serta peran serta masyarakat, guna memperluas upaya kesehatan. Dalam kerangka strategi tersebut, dibutuhkan komitmen politis, upaya koordinatif dalam pembangunan, pemerataan sumberdaya kesehatan, keterlibatan masyarakat dalam pembangunan kesehatan dan sosio ekonomi, keterpaduan pelbagai upaya kesehatan dan penerahan potensi dan kemampuan swadaya masyarakat untuk mencapai hidup sehat.

Makalah dipersiapkan oleh Dr. Brahim dan Drs. Dachroni, MPH, Pusdiklat - WHO Collaborating Center disampaikan dalam Semiloka Pengembangan Kepemimpinan Kesuma di Perguruan Tinggi, di IPB, tanggal 12 September 1992

3. Untuk dapat menggerakkan pelbagai upaya pembangunan kesehatan tersebut diperlukan pimpinan-pimpinan baik di dalam sektor kesehatan maupun di sektor-sektor lain diluar kesehatan dan masyarakat, yang memiliki persepsi yang jelas dan komitmen tinggi tentang Kesuma, serta mempunyai kompetensi memadai dalam membuat perubahan-perubahan yang berwawasan Kesuma. Inilah yang disebut dengan Kepemimpinan Kesuma, yaitu kepemimpinan pada umumnya yang terutama ditandai dengan kemampuannya untuk mengambil keputusan dan menggerakkan lingkungannya untuk menghasilkan perubahan-perubahan positif yang sesuai dan mendukung pencapaian Kesuma.
4. Kepemimpinan Kesuma tersebut digambarkan mempunyai ciri-ciri sebagai berikut :
 - a. Memahami dan menghayati cita-cita Kesehatan Untuk Semua beserta segala latar belakang dan visinya

- b. Mampu menterjemahkan, menjabarkan dan mengoperasionalkan cita-cita tersebut dalam lingkungan kerja masing-masing.
 - c. Mampu mendorong untuk mengadakan perubahan dan mengarahkan serta membimbing perubahan-perubahan
 - d. Memobilisasi komitmen dan dukungan dari berbagai pihak terhadap perubahan-perubahan yang dilakukan
 - e. Mampu mengatasi konflik dan persoalan-persoalan yang timbul
 - f. Mengembangkan kebersamaan dan membina orang lain agar dapat berkembang
 - g. Merubah dan mengembangkan dirinya kearah yang positif.
5. Tujuan pengembangan kepemimpinan Kesuma tersebut adalah untuk memobilisasi suatu "Critical Mass" yaitu kumpulan orang yang mempunyai energi, semangat dan kemampuan untuk menimbulkan perubahan-perubahan yang efektif untuk tercapainya cita-cita Kesehatan Untuk Semua. Dalam hal ini yang penting bukan pembentukan pemimpin secara massal atau jumlah orangnya, melainkan keadaan optimal yang mampu menimbulkan gerakan atau perubahan besar, kearah pencapaian cita-cita Kesuma.

II. DIKLAT KEPEMIMPINAN KESUMA

1. Kepemimpinan sebagai suatu fenomena sosial yang penting, selalu mengundang perdebatan-perdebatan apakah dibawa sejak lahir, ataukah juga dapat ditumbuh kembangkan. Dalam hal ini kami berpendapat bahwa potensi kepemimpinan yang ada pada setiap individu dan kelompok, dapat dimunculkan melalui berbagai upaya, khususnya melalui upaya pendidikan dan pelatihan (diklat). Upaya-upaya yang lain misalnya : melalui penugasan, pemberian pengalaman, pengembangan system, lingkungan dan suasana yang memberikan tantangan, dll.
2. Diklat Kepemimpinan Kesuma adalah upaya pengembangan kepemimpinan Kesuma, melalui upaya penumbuhan persepsi dan wawasan, pengembangan sikap dan komitmen, serta peningkatan kemampuan dan kompetensi, yang dapat memacu muncul dan berkembangnya potensi-potensi seseorang atau kelompok menjadi kepemimpinan kesuma dengan ciri-ciri yang digambarkan dimuka.
3. Diklat Kepemimpinan Kesuma tersebut dapat diselenggarakan melalui berbagai upaya :
 - a. Diklat bagi mereka yang sudah menempati jabatan pimpinan (kepala) pada suatu institusi :
 - 1) Didalam sektor kesehatan di berbagai jajaran

- 2) Pada sektor-sektor diluar sektor kesehatan, pada jajaran-jajaran tertentu yang strategis
 - 3) Di masyarakat, baik pimpinan formal maupun informal
- b. Diklat bagi calon-calon pimpinan yang potensial dan akan menjadi pimpinan pada masa yang akan datang, baik pimpinan negara, pemerintahan maupun masyarakat. Dalam kelompok ini terutama adalah para mahasiswa Perguruan Tinggi dari pelbagai disiplin ilmu pengetahuan.
4. Rancang bangun (design) diklat - lengkap dengan kurikulum, materi dan muatannya, metode, waktu yang diperlukan, cara penyelenggaraan, dan lain-lain - untuk masing-masing jenis dan jenjang diklat Kepemimpinan Kesuma tersebut tentu harus disesuaikan dengan jenis kelompok sasarannya.
 5. Dipihak lain pada saat ini banyak institusi yang telah menyelenggarakan diklat kepemimpinan, tetapi pada umumnya kegiatan-kegiatan diklat kepemimpinan tersebut masih berjalan sendiri-sendiri. Agar kekuatan-kekuatan yang ada pada masing-masing institusi diklat tersebut mempunyai daya dorong yang besar kiranya perlu ada jaringan diklat kepemimpinan diantara institusi- institusi diklat tersebut, yang mungkin juga dapat dititipi muatan tentang kepemimpinan Kesuma. Diantara institusi-institusi tersebut adalah Perguruan Tinggi yang menghasilkan pimpinan-pimpinan pada masa yang akan datang.

III. JARINGAN DIKLAT KEPEMIMPINAN KESUMA

1. Yang dimaksud dengan jaringan (networking) adalah hubungan formal yang saling menguntungkan antara berbagai organisasi/lembaga dan masyarakat dalam melakukan kegiatan spesifik untuk pemecahan persoalan ibersama. Dalam jaringan tersebut, yang ada adalah "pengorganisasian", bukan "kelembagaan", dan yang diperlukan adalah "struktur" bukan "hierarchy".
2. Jaringan diklat kepemimpinan Kesuma dalah jaringan antar institusi-institusi diklat yang bekerja sama dalam pengembangan Kesuma dan/atau Kepemimpinan Kesuma, serta pengembangan kepemimpinan pada umumnya.
3. Peran dan fungsi Jaringan Diklat Kepemimpinan Kesuma tersebut adalah:
 - a. Komunikasi, tukar menukar dan penyebar luasan informasi, gagasan dan pengalaman untuk membantu dan memperkuat anggota-anggotanya.
 - b. Penggunaan bersama atau tukar menukar sumber daya ; tenaga ahli, sarana, bahan-bahan, dan lain-lain.

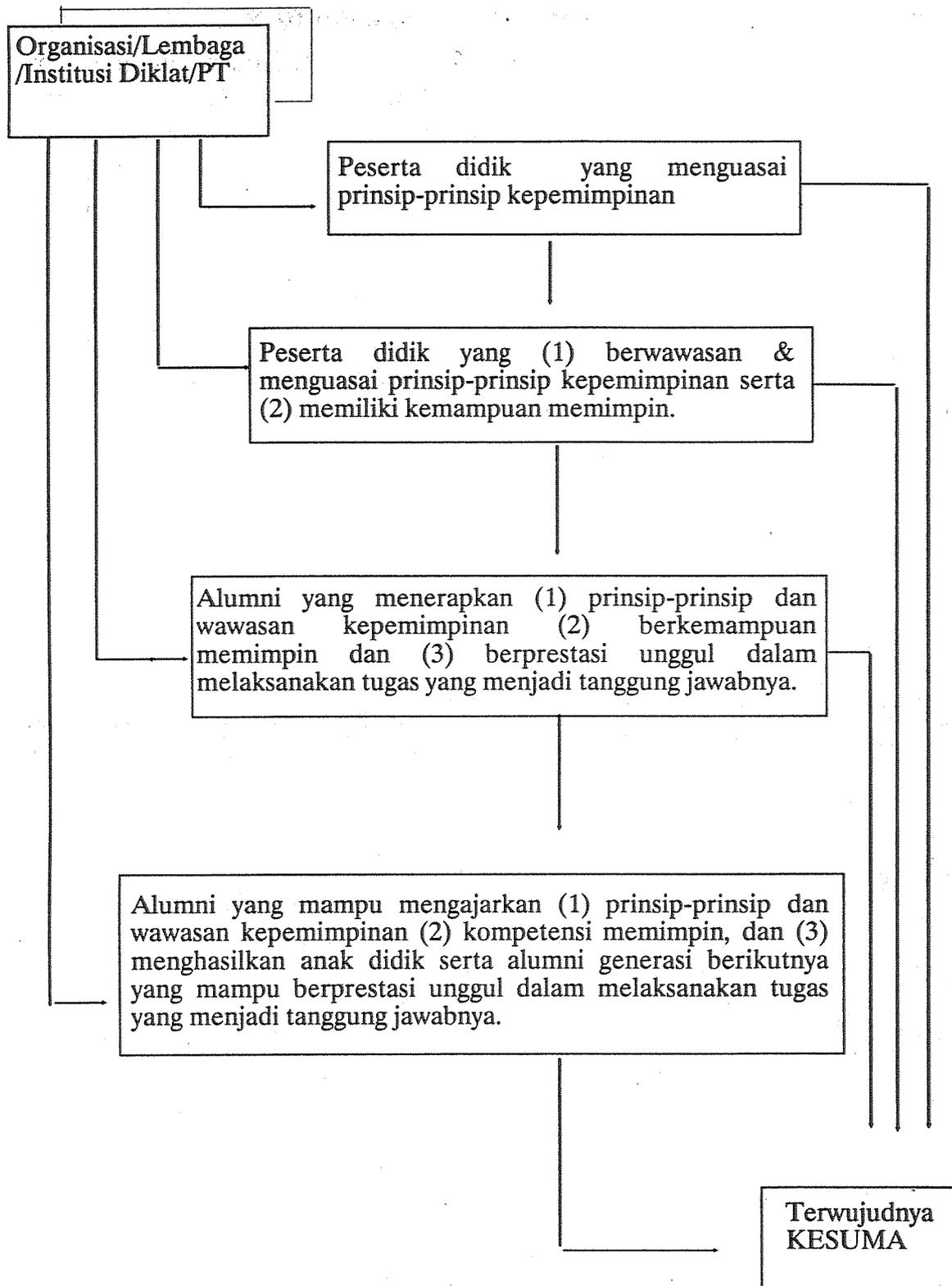
- c. Melakukan kegiatan bersama, misalnya : penyelenggaraan pelatihan bersama, pengembangan pendekatan-pendekatan, metode-metode dan bahan-bahan baru, dan lain-lain.
 - d. Kerjasama dengan cara pembagian peran dalam rangka pencapaian tujuan bersama
 - e. Mengidentifikasi perorangan dan lembaga-lembaga yang mampu memulai dan mendukung pengembangan Kepemimpinan Kesuma dan Kepemimpinan pada umumnya.
4. Tujuan Jaringan Kepemimpinan Kesuma tersebut secara umum adalah terjalannya hubungan kerjasama multiarah yang saling menguntungkan dan terciptanya akses antar institusi pendidikan dan latihan baik pemerintah maupun masyarakat untuk memacu peningkatan kegiatan-kegiatan . pengembangan kepemimpinan yang berwawasan Kesuma.

Tujuan khusus Jaringan tersebut adalah :

- a. Memberikan kemudahan bagi anggota jaringan dalam meningkatkan kemampuan, memperoleh informasi, imenggunakan sumber daya dalam melaksanakan kegiatan- kegiatan pengembangan Kepemimpinan yang berwawasan Kesuma.
 - b. Mengakomodasi inovasi dan kreatifitas anggota jaringan dalam meningkatkan IPTEK dan methodologi pengembangan Kepemimpinan Kesuma.
 - c. Meningkatkan komitmen institusi untuk bekerjasama dalam memanfaatkan jaringan secara optimal untuk tujuan bersama maupun untuk kepentingan masing-masing anggota jaringan.
 - d. Memperlancar alur komunikasi antar anggota dan memelihara dinamika organisasi melalui kontak periodik atau melalui akses yang telah tersedia.
5. Mekanisme koordinasi dan hubungan kerjasama :
- a. Anggota-anggota jaringan terhimpun dalam suatu organisasi yang dinamis, bukan dalam suatu lembaga yang statis, yang mempunyai hubungan kerjasama yang luwes, bukan merupakan hirarki yang kaku.
 - b. Ada sekretariat dan/atau initiator yang dipilih secara bergilir
 - c. Ada pertemuan berkala antar anggota
 - d. Semua anggota jaringan berfungsi sebagai "clearing house" tentang informasi, dibidang teknologi dan kepemimpinan
 - e. Prinsip-prinsip saling menguntungkan, saling membantu, saling mendukung, saling memahami, dan lain-lain.

IV. JARINGAN DIKLAT KEPEMIMPINAN KESUMA DI P.T.

1. Jaringan Diklat Kepemimpinan Kesuma di Perguruan Tinggi adalah jaringan antar institusi Perguruan Tinggi atau paling tidak meliputi Perguruan Tinggi yang bekerjasama idalam pengembangan kepemimpinan pada umumnya dan pengembangan kepemimpinan Kesuma pada khususnya.
2. Komponen utama jaringan tersebut adalah :
 - a. Outputs (sesuai dengan maksud dan tujuan dibentuknya jaringan)
 - b. Simpul-simpul :
 - 1) Organisasi/Lembaga/Institusi Diklat sebagai satu kesatuan yang utuh
 - 2) Pemimpin Organisasi/Lembaga/Institusi Diklat
 - 3) Pengajar
 - 4) Peserta didik
 - 5) Alumni
 - 6) Lain-lain
 - c. Mekanisme koordinasi dan hubungan kerjasama
 - d. Sumberdaya lain
3. Fungsi jaringan :
 - a. Komunikasi (bersifat searah, dua arah, multi arah; dengan cara langsung, cara tidak langsung, kombinasi dari keduanya)
 - b. Penyebarluasan dan saling menukar informasi
 - c. Penggunaan sumberdaya secara bersama
 - d. Kerjasama dengan cara pembagian peran-peran dalam rangka mencapai tujuan bersama
 - e. Lain-lain
4. Lingkup jaringan :
 - a. Batas wilayah-garapan :
 - 1) Berdasar pembagian administrasi pemerintahan
 - 2) Berdasar jenis masalah yang hendak dipecahkan
 - 3) Berdasar disiplin keilmuan
 - 4) Berdasar batas geografis
 - 5) Berdasar batasan lain (misalnya "spatial boundaries")
 - b. Rentangan waktu (bulan, tahun, dekade, abad, lain- lain)
 - c. Macam kegiatan jaringan (diklat, penelitian, pengabdian masyarakat)
5. Jalur-jalur kontribusi dan/atau dampak Jaringan Diklat Kepemimpinan Kesuma di Perguruan Tinggi.



V. PENGEMBANGAN JARINGAN DIKLAT KEPEMIMPINAN KESUMA DI PERGURUAN TINGGI

Pengembangan Jaringan Diklat Kepemimpinan Kesuma di Perguruan Tinggi sangat tergantung pada simpul-simpul yang membentuk jaringan, kesadaran/komitment pada tujuan, kesediaan untuk menjalankan mekanisme dan hubungan kerja serta kesediaan untuk memanfaatkan dan mengatasi sumber daya yang diperlukan.

Jakarta, September 1992