



PROSIDING SEMILOKA

PENGEMBANGAN JARINGAN KEPEMIMPINAN
KESEHATAN UNTUK SEMUA (KESUMA)
DI PERGURUAN TINGGI PERTANIAN



IPB20011490

Diselenggarakan
Dalam Rangka Dies Natalis XXIX IPB

Stock opname
2009

Kerjasama
Institut Pertanian Bogor dan Departemen Kesehatan RI
Bogor, 12 September 1992

TIM PENYUNTING :

CLARA M. KUSHARTO
ALI KHOMSAN
SRI RIHATI KUSNO
HARTOYO
DRAJAT MARTIANTO
SUPRIJADI
KODRAT PRAMUDHO
KUSMO SUMBODO
HERLINAWATI

KATA PENGANTAR

Semiloka ini merupakan salah satu kegiatan awal sebagai realisasi kerjasama antara Fakultas Pertanian IPB dengan Departemen Kesehatan, R.I. dalam kegiatan pengembangan Jaringan Kepemimpinan Kesehatan Untuk Semua (KESUMA). Dalam Semiloka ini turut memberikan sambutan Bapak Rektor IPB dan Bapak Dirjen Binkesmas serta pengarahan dari Bapak Deputi Bidang Sosial Budaya, Bappenas.

Ada enam makalah yang disajikan oleh para pakar kesehatan dan pertanian. Selain diskusi dalam sidang paripurna, juga diselenggarakan diskusi kelompok yang terutama membahas aspek kelembagaan jaringan dan bentuk inisiasi pengisian jaringan yang tentu tidak terlepas dari kegiatan yang telah ada di IPB yang tercermin dalam Tridharma Perguruan Tinggi.

Masukan serta gagasan-gagasan peserta Semiloka ini patut kami hargai dan panitia berusaha merangkumnya dalam serangkaian butir-butir perumusan yang diharapkan dapat menjadi dasar bagi tindak lanjut dan operasionalisasi kegiatan Jaringan Kepemimpinan KESUMA di Perguruan Tinggi Pertanian.

Semiloka ini telah selesai tetapi tugas-tugas mendatang perlu dihadapi untuk menjawab tantangan yang dihasilkan dalam rumusan Semiloka.

Kepada Bapak Rektor IPB, Bapak Dirjen Binkesmas, Depkes R.I. serta Bapak Deputi Bidang Sosial Budaya, Bappenas, Penyaji makalah, Panitia Pengarah, Panitia Pelaksana, serta semua pihak yang telah berpartisipasi dan memberikan dukungan dalam Semiloka ini diucapkan terima kasih sebesar-besarnya.

Bogor, 12 September 1992

Ketua Pelaksana Semiloka

DR. Clara M. Kusharto, M.Sc.

DAFTAR ISI

1. PENDAHULUAN
2. HASIL RUMUSAN
3. HASIL DISKUSI KELOMPOK
4. PROSES SEMILOKA
5. SAMBUTAN-SAMBUTAN :
 - Laporan ketua panitia
 - Sambutan Dirjen Binkesmas Depkes RI.
 - Sambutan Rektor IPB
6. MAKALAH-MAKALAH :
 - Sumber daya manusia dalam pembangunan terpadu pertanian dan kesehatan
 - Keterlibatan lembaga non kesehatan dan strategi pengembangan KESUMA di Perguruan Tinggi
 - Keterpaduan pangan dan gizi dengan kesehatan dalam mencapai KESUMA
 - Pangan, Gizi, Kesehatan dan Pembangunan sosial ekonomi kaitannya dengan KESUMA
 - Peranan dan pengembangan jaringan kepemimpinan KESUMA di Perguruan Tinggi
 - IPB sebagai simpul jaringan kepemimpinan KESUMA
 - Pengintegrasian wawasan KESUMA dalam Kuliah Kerja Nyata (KKN) IPB
7. TATA TERTIB SEMILOKA
8. DAFTAR ACARA SEMILOKA
9. DAFTAR PESERTA SEMILOKA
10. SALINAN KEPUTUSAN DEKAN FAKULTAS PERTANIAN IPB

PENDAHULUAN

LATAR BELAKANG

Pembangunan pertanian adalah pelbagai upaya di bidang pertanian yang bertujuan untuk meningkatkan produksi dan pendapatan petani secara berkesinambungan. Untuk mendapatkan produksi pertanian yang optimal, diperlukan antara lain tenaga kerja yang lebih produktif, yang bisa dicapai melalui upaya peningkatan kesehatan.

Kesehatan untuk semua (KESUMA) adalah tujuan pembangunan kesehatan sedunia pada tahun 2000 berupa suatu kondisi dimana setiap insan mampu meraih hidup sehat sehingga dapat 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. Berdasarkan hasil evaluasi WHO (1984) diperlukan "Health For All Leadership Development" yang bertujuan untuk memperoleh "Critical Mass Leadership" agar berbagai negara dapat menemukan langkah-langkah untuk mencapai KESUMA tahun 2000. IPB sebagai salah satu Perguruan Tinggi yang mengembangkan bidang-bidang ilmu antara lain pangan dan gizi yang berkaitan dengan KESUMA melalui pembentukan jaringan Kepemimpinan KESUMA. Realisasi peranserta IPB ini didukung dengan surat Rektor No.185/PT39.H/I/92 tanggal 27 Desember 1991 yang ditujukan kepada Menteri Kesehatan RI.

Dalam rangka pengembangan jaringan Kepemimpinan KESUMA IPB akan melaksanakan serangkaian kegiatan antara lain Seminar dan Lokakarya serta Pelatihan Modul Kepemimpinan KESUMA pada staf dan mahasiswa IPB serta perguruan-perguruan tinggi lain di lingkungan Agro-Komplek. Pada tahap awal akan dilaksanakan kegiatan pelembagaan Simpul Jaringan Kepemimpinan KESUMA di IPB. Untuk pelaksanaan kegiatan ini perlu diselenggarakan Semiloka Pengembangan Kepemimpinan KESUMA dengan mengikutsertakan Pimpinan Kelembagaan yang ada di IPB maupun Perguruan Tinggi Pertanian se Jabotabek dan beberapa Perguruan Tinggi kerjasama IPB.

Hasil yang diharapkan dari kegiatan tersebut adalah pelembagaan jaringan kepemimpinan KESUMA di lingkungan IPB serta kesepakatan mengenai kemungkinan pengintegrasian KESUMA dalam kegiatan akademik.

TUJUAN

Mempercepat tercapainya wawasan KESUMA melalui jalur Perguruan Tinggi Pertanian.

1. Inventarisasi kelembagaan yang ada di IPB yang berkaitan dengan wawasan KESUMA
2. Menyebarluaskan informasi pembentukan simpul jaringan Kepemimpinan KESUMA
3. Menghimpun masukan mengenai kemungkinan integrasi KESUMA dalam kegiatan akademik
4. Membentuk simpul jaringan kepemimpinan KESUMA di lingkungan IPB

TOPIK SEMILOKA

1. Sumberdaya Manusia dalam pembangunan terpadu Pertanian dan Kesehatan
2. Keterlibatan Lembaga Non-Kesehatan dan Strategi Pengembangan KESUMA di Perguruan Tinggi.
3. Keterpaduan Pangan dan Gizi dengan Kesehatan dalam Mencapai KESUMA
4. Pangan, Gizi Kesehatan dan Pembangunan Sosial Ekonomi Kaitannya dengan KESUMA.
5. Peranan dan Pengembangan jaringan Kepemimpinan KESUMA di Perguruan Tinggi.
6. IPB Sebagai Simpul jaringan Kepemimpinan KESUMA.
7. Pengintegrasian Wawasan KESUMA Dalam Kuliah Kerja Nyata (KKN) IPB.

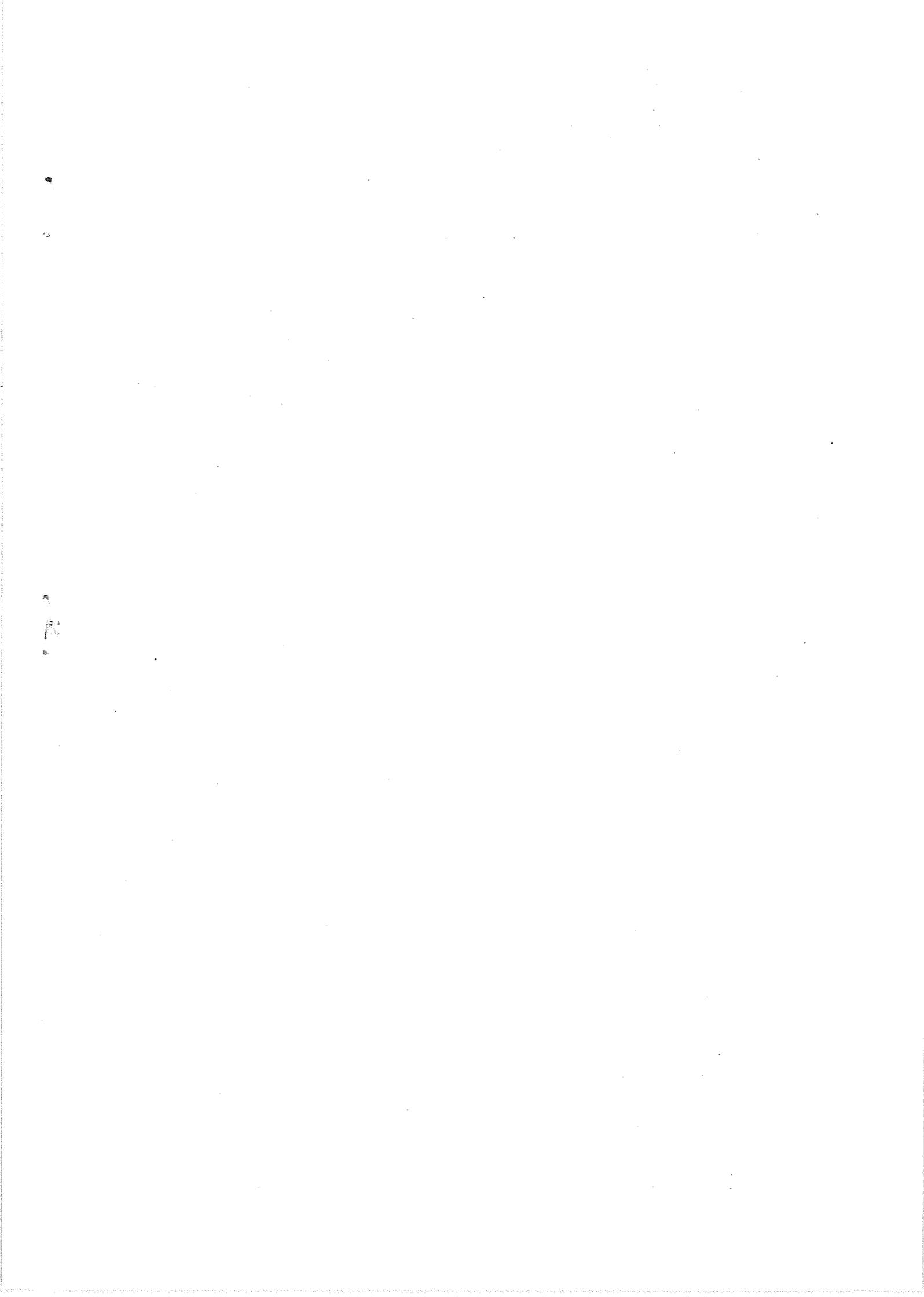
PELAKSANAAN

Waktu dan tempat

Semiloka Pengembangan Jaringan Kepemimpinan KESUMA di Perguruan Tinggi Pertanian diselenggarakan pada tanggal 12 September 1992, bertempat di Auditorium GMSK, Fakultas Pertanian IPB, Bogor.

PESERTA

Peserta yang hadir pada Semiloka ini berasal dari Pimpinan IPB, Jurusan dan Lembaga-Lembaga di lingkungan IPB, Senat Mahasiswa IPB dan Alumni, Departemen Kesehatan, Fakultas Pertanian se Jabotabek dan Indonesia Timur, serta undangan lainnya. Peserta Semiloka secara rinci dapat dilihat pada daftar peserta.



**RUMUSAN SEMILOKA
PENGEMBANGAN JARINGAN KEPEMIMPINAN
KESUMA DI PERGURUAN TINGGI PERTANIAN
12 SEPTEMBER 1992**

Pengembangan jaringan kepemimpinan KESUMA bertujuan untuk mendapatkan suatu "Critical mass" dari orang-orang yang mampu memimpin dan memelihara kesinambungan serta kelestarian gerakan KESUMA; yang termasuk dalam "Critical mass" adalah calon-calon pemimpin yang dihasilkan oleh Lembaga Pendidikan Tinggi yang merupakan kelompok pemikir dan panutan masyarakat dalam usaha pencapaian KESUMA tahun 2000.

IPB adalah salah satu Perguruan Tinggi yang mengembangkan bidang-bidang ilmu pertanian dalam arti luas termasuk di antaranya Pangan dan Gizi serta bidang-bidang ilmu lain yang berkaitan dengan kesehatan, oleh karena itu IPB dapat berperan serta dalam mengembangkan jaringan kepemimpinan KESUMA karena IPB akan menghasilkan sarjana-sarjana sebagai calon-calon pemimpin yang diharapkan berwawasan KESUMA di masa yang akan datang. Selain itu mengingat sebagian besar penduduk Indonesia masih bermata pencaharian di sektor pertanian yang jumlahnya lebih kurang sekitar 60 % dari total penduduk Indonesia, maka IPB merasa terdorong untuk berperan aktif dalam pengembangan jaringan melalui kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi. Oleh karena itu dalam rangka Dies Natalis IPB ke- XXIX sebagai tahap awal IPB menyelenggarakan Seminar dan Lokakarya (Semiloka) Pengembangan Jaringan Kepemimpinan KESUMA di Perguruan Tinggi Pertanian dengan tema : "Pembangunan Pertanian Berwawasan KESUMA".

Seminar dan Lokakarya Pengembangan Kepemimpinan KESUMA di Perguruan Tinggi Pertanian ini telah dilaksanakan pada tanggal 12 September 1992. Acara ini dihadiri oleh peserta dari berbagai kalangan dan instansi yaitu dari unsur Bappenas, Departemen Kesehatan, Departemen Pertanian, Perguruan Tinggi Pertanian kerjasama IPB di Indonesia Timur, Perguruan Tinggi Pertanian Swasta lingkup Jabotabek, Pimpinan Fakultas, Jurusan serta Lembaga, Staf Pengajar, Senat Mahasiswa serta Himpunan Mahasiswa di lingkungan IPB dan para alumni GMSK.

Pada acara tersebut peserta telah mendengarkan sambutan dari Rektor IPB dan Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat serta menerima sumbangan pikiran dari Deputi Bidang Sosial Budaya, Bappenas/ Guru Besar Tidak Tetap IPB. Selain itu dalam sidang pleno peserta mendapat masukan dari tiga makalah Seminar yang disajikan oleh Kadit Bina Peran Serta Masyarakat, Depkes, R.I., Karo Gizi dan Kesehatan, Bappenas, serta staf Jurusan Administrasi Kesehatan, FKM-UI, serta tiga makalah Lokakarya yang disampaikan oleh Kepala Pusdiklat Pegawai, Depkes R.I., Dekan Fakultas Pertanian IPB dan Ketua LPM, IPB.

Memperhatikan sambutan Rektor IPB, Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Depkes R.I dan sumbangan pikiran dari Deputi Bidang Sosial Budaya, Bappenas serta makalah-makalah Seminar dan Lokakarya yang telah disampaikan oleh para pakar dari berbagai Instansi dan dari diskusi yang berkembang di dalam sidang pleno dan diskusi kelompok maka diperoleh rumusan sebagai berikut.:

I. Jaringan Kepemimpinan Pembangunan Pertanian Berwawasan KESUMA

1. Untuk pembentukan jaringan diperlukan adanya initiator, karena mata kuliah Pangan dan Gizi yang diasuh oleh Jurusan GMSK Fakultas Pertanian IPB

II. Tridharma Perguruan Tinggi

Partisipasi IPB dalam kegiatan jaringan kepemimpinan berwawasan KESUMA di bidang pembangunan pertanian tidak terlepas dari kegiatan yang sudah ada di IPB yang tercermin dalam kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu Pendidikan, Penelitian dan Pengabdian pada Masyarakat.

1. PENDIDIKAN

- 1). Melalui dharma Pendidikan wawasan KESUMA dapat diintegrasikan ke dalam kurikulum IPB tanpa mengubah kurikulum tetapi mengembangkan silabus dari mata kuliah yang sudah ada dan dianggap potensial bagi pengembangan KESUMA di berbagai program studi. Pelaksanaannya diharapkan dapat diterapkan mulai tahun 1993/1994.
- 2) Sebagai tindak lanjut butir 1 diperlukan langkah-langkah :
 - a. identifikasi mata kuliah yang potensial untuk integrasi wawasan KESUMA baik pada Mata Kuliah Dasar Umum (MKDU), Mata Kuliah Dasar Keahlian (MKDK) maupun Mata Kuliah Keahlian (MKK).
 - b. pengembangan lebih lanjut yaitu mengintegrasikan wawasan KESUMA pada mata kuliah terpilih yang memberikan dampak yang optimal dalam penguasaan wawasan KESUMA bagi para mahasiswa
 - c. pemahaman wawasan KESUMA bagi pengasuh mata kuliah yang terpilih dilakukan melalui kegiatan pentaloka / training of trainers (TOT), sarasehan dll. Sebagai langkah awal untuk merealisasikannya dapat dilaksanakan oleh Kelompok Kerja (POKJA) di tingkat IPB yang pengorganisasiannya disesuaikan dengan kesepakatan pihak terkait.
- 3) Agar pencapaian kegiatan dapat berjalan sesuai dengan harapan, dalam waktu dekat dipandang perlu untuk dibentuk SATGAS yang bertugas merumuskan kegiatan-kegiatan yang diperlukan secara lebih spesifik serta penjabarannya dalam bentuk anggaran kegiatan. Diharapkan SATGAS ini dapat menyusun anggaran untuk berbagai kegiatan yang diperlukan dalam waktu dekat. Anggota SATGAS terdiri atas unsur - unsur Pusdiklat WHO-CC; BPSM, Depkes R.I dan IPB.

2. PENELITIAN

- 1) Penelitian harus dilakukan secara terpadu dan diarahkan untuk mengetahui permasalahan kesehatan yang ada dalam sistem pertanian dan/atau akan ada sebagai akibat dari pembangunan pertanian di berbagai wilayah Indonesia. Penelitian ini dilakukan untuk mengkaji masalah yang terjadi, berapa luas, siapa penderitanya, dimana, kapan, apa sebab-sebabnya, dan bagaimana mengatasi masalah tersebut.
- 2) Penelitian yang dilakukan harus sampai kepadaperumusan strategi dan kebijakan pencegahan dan alternatif-alternatif penanggulangan masalah yang dilandasi konsep kegiatan terpadu beragam sektor terkait. Sesuai dengan permasalahan yang ada perlu dibentuk kelompok khusus yang ahli dalam bidangnya.
- 3) Untuk memudahkan penyusunan program penelitian, maka perlu dibuat tema dari "payung penelitian" dan sub-sub tema (topik) yang menjadi prioritas. Penentuan topik prioritas di antaranya didasarkan pada: luas dan dampaknya dari masalah kesehatan yang ada, penderitanya dan

lokasinya. Dengan demikian, maka setiap Perguruan Tinggi akan mengembangkan penelitian sesuai dengan permasalahan prioritas yang ada di daerahnya.

- 4) Penelitian dengan upaya pemecahan masalahnya di masyarakat perlu dikembangkan dalam bentuk "participatory action research (PAR)". Bentuk penelitian ini merupakan perpaduan antara kegiatan penelitian itu sendiri dan kegiatan pengabdian pada masyarakat. Jadi makna penelitian selain berfungsi sebagai pengembangan ilmu sekaligus juga berfungsi operasional dalam memasyarakatkan KESUMA.

3. PROGRAM PENGABDIAN MASYARAKAT

- 1) Perlu dirumuskan program kegiatan PPM/KKN bidang pembangunan pertanian yang berwawasan KESUMA bagi staf pengajar maupun bagi mahasiswa.
- 2) Pokok program PPM/KKN berwawasan KESUMA perlu bersifat lebih teknis operasional agar materi maupun rencana pelaksanaannya dapat dikembangkan oleh IPB bersama dengan Depkes serta Instansi lain yang terkait.
- 3) Dipandang perlu pengintegrasian wawasan KESUMA ke dalam materi program KKN IPB dengan pengertian pembangunan bidang pertanian dalam arti luas.
- 4) Agar pelaksanaan KKN IPB yang berwawasan KESUMA dapat berlangsung secara bersinambungan perlu dibuat agenda program bersama. Sebagai payungnya program KKN IPB yang berwawasan KESUMA.
- 5) Lokakarya khusus perlu diadakan untuk mengembangkan materi maupun teknis pelaksanaan pengintegrasian wawasan KESUMA ke dalam KKN IPB dan guna mewujudkan :
 - a. Kesamaan pemikiran/penafsiran tentang apa yang dimaksud dengan wawasan KESUMA dan pengintegrasinya kedalam KKN IPB.
 - b. Kesamaan pandangan dan cara memandang tentang strategi penerapan konsep strategi dan mekanisme pengintegrasian.
 - c. Pelatihan pembekalan mahasiswa KKN IPB yang lebih berorientasi pada praktis empirik daripada teori, agar mempunyai pola dan pedoman yang jelas bagi staf pengajar maupun mahasiswa. Juga diikutsertakan pelatih ahli (sesuai bidangnya) yang memahami permasalahan nyata di lokasi KKN yang bersifat empirik-aktual.
- 6) Dalam upaya pengembangan dan pembinaan integrasi wawasan KESUMA-KKN IPB diperlukan desa-desa binaan atau mitra kerja KKN yang akan dikelola secara terus menerus. Pembinaan ini selain dilaksanakan oleh mahasiswa KKN angkatan berikutnya dapat pula dilakukan oleh organisasi mahasiswa/Himpunan Profesi mahasiswa IPB maupun Staf Pengajar, sebagai ajang pelaksanaan Tridharma Perguruan Tinggi.
- 7) Perlu perumusan Indikator Pokok Program Pembangunan Pertanian berwawasan KESUMA sebagai pedoman dalam pelaksanaan Pengabdian pada Masyarakat bagi Staf Pengajar maupun Mahasiswa (KKN).

- 8) Perlu dilembagakan program dan kegiatan pembangunan pertanian berwawasan KESUMA yang telah dirintis oleh Panitia KKN, LPM- IPB dengan Jurusan GMSK bekerjasama dengan Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat serta Pusdiklat WHO-CC, Depkes R.I. pada pembekalan materi umum KKN periode Juli-Agustus 1992.
- 9) Pelembagaan Program Pembinaan "Streetfood" diperlukan untuk mengisi salah satu kegiatan PPM/KKN bagi staf pengajar maupun mahasiswa dalam rangka mewujudkan Pembangunan Pertanian berwa wasan KESUMA.

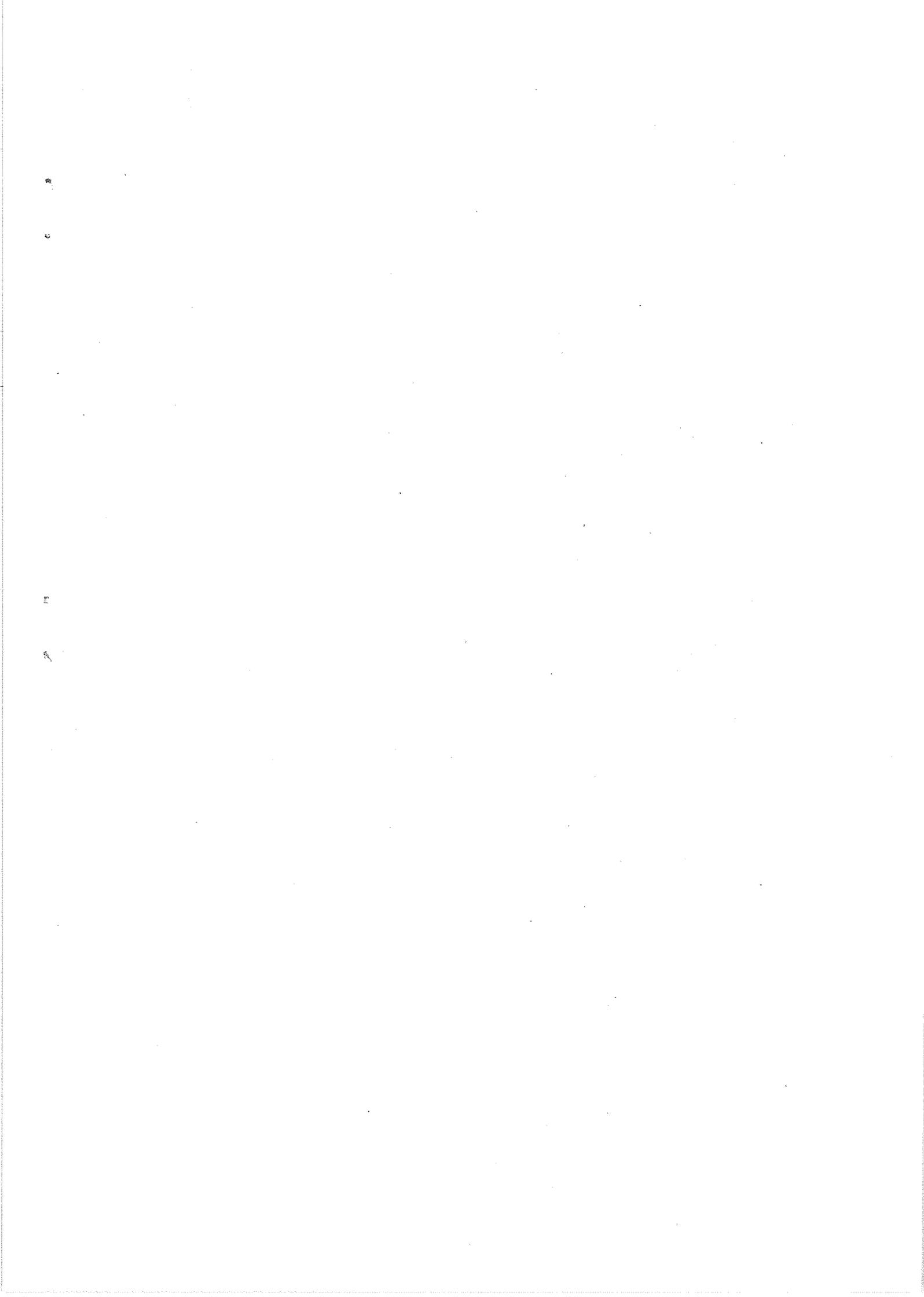
III. Prasarana dan Sarana

1. Dibentuknya jaringan kepemimpinan KESUMA mutlak memerlukan dana untuk pelaksanaan program-program dan kelestarian dari jaringan itu sendiri. Sumber dana potensial untuk kegiatan jaringan adalah WHO dan Departemen Kesehatan (melalui Pusat Pendidikan dan Latihan dan Direktorat Bina Peran Serta Masya rakat, Ditjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat). Selain itu, perlu diijajaki kemungkinan dana dari Instansi terkait (Pemerintah maupun Swasta) yang dapat digunakan untuk kegiatan jaringan.
2. Selain itu untuk merealisasikan berbagai kegiatan pendidikan, program-program penelitian baik oleh mahasiswa dan staf mengajar, serta program PPM /KKN yang berwawasan Kesuma, diperlukan adanya dukungan dana yang perlu diijajagi dari berbagai sumber, seperti dari WHO, Departemen Kesehatan R.I. (Pusdiklat dan BPSM), Depdikbud, Departemen Pertanian dan sumber-sumber lain yang terkait yang sifatnya tidak mengikat
3. Diusulkan agar Satgas yang terdiri dai unsur-unsur Pusdiklat, BPSM dan IPB dapat menyusun anggaran-anggaran tersebut untuk tahun yang akan datang.

Bogor, 12 September 1992

Tim Perumus,

Ketua	: Ir. Amini Nasoetion MS.
Sekretaris	: Dr. Clara M. Kusharto MSc.
Anggota	: Ir. Suprihatin Guhardja MS.
	Ir. M. Khumaedi MSc.
	dr. Yekti Hartati Effendi
	dr. Widyastuti Wibisana MSc.(PH)
	dr. Brahim



**HASIL DISKUSI KELOMPOK
HASIL DISKUSI KELOMPOK KELEMBAGAAN**

A. Jaringan Kepemimpinan KESUMA di Perguruan Tinggi Pertanian

1. Secara umum, jaringan kepemimpinan KESUMA di Perguruan Tinggi Pertanian bertujuan untuk mempercepat tercapainya KESUMA. Sedangkan secara khusus, jaringan bertujuan untuk memobilisasi suatu "critical mass" yang mempunyai kepemimpinan bidang pertanian yang berwawasan KESUMA.
2. Pencapaian tujuan jaringan kepemimpinan KESUMA di Perguruan Tinggi dilakukan melalui program TRIDHARMA, yaitu Pendidikan, Penelitian, dan Pengabdian Masyarakat (Tabel 1).
3. Seperti terlihat pada Tabel 1., maka jaringan kepemimpinan KESUMA di Departemen Kesehatan dan/atau di Departemen Pertanian diharapkan melakukan kegiatan pelatihan program dan penataran KESUMA.
4. Sesuai dengan fungsi jaringan, maka keberadaan jaringan kepemimpinan KESUMA di Perguruan Tinggi, di Departemen Kesehatan, di Departemen Pertanian atau di Instansi lainnya haruslah saling mendukung dan terikat dalam suatu jaringan yang lebih luas.

Tabel 1. Kegiatan Utama Jaringan di Beberapa Instansi

PROGRAM	JARINGAN DI		
	PT	DEPKES	DEPTAN
1. Pendidikan	*	0	0
2. Pelatihan Kepemimpinan	0	*	*
3. Penelitian	*	0	0
4. Pengabdian Masyarakat			
a. Penataran	0	*	*
b. KKN	*	0	0

Keterangan : * Pelaksana Utama

0 Pelaksana Pendukung

B. Jaringan Kepemimpinan KESUMA di IPB

1. Suatu jaringan kepemimpinan KESUMA memerlukan adanya initiator. Untuk tahap pertama, karena entry point dari suatu Jaringan Kepemimpinan KESUMA di IPB adalah adanya mata kuliah Pangan dan Gizi yang diasuh oleh Jurusan GMSK, Fakultas Pertanian, maka Fakultas Pertanian (c.q. Jurusan GMSK) berperan sebagai initiator jaringan.
2. Di dalam pelaksanaannya, perlu dibentuk "working group" yang berfungsi sebagai sekretariat dan simpul penghubung baik ke dalam maupun ke luar jaringan. Dalam melaksanakan tugasnya, "working group" dibantu Tim Pengarah. Pembentukan "working group" dan Tim Pengarah haruslah berdasarkan surat keputusan Rektor dengan tugas dan kewenangan formal yang jelas.

3. Working group beranggotakan orang-orang dari berbagai Fakultas, yang mempunyai apresiasi dan minat di dalam pengembangan jaringan kepemimpinan, khususnya dalam rangka pengembangan kepemimpinan pertanian yang berwawasan KESUMA.
4. Working group bertugas melakukan penjajakan lebih lanjut mengenai komitmen untuk mendukung keberadaan jaringan kepemimpinan KESUMA dari unit-unit terkait. Penjajakan ini tentu dibarengi dengan upaya pembentukan simpul-simpul jaringan secara bertahap.
5. Selain menjajaki kemungkinan pembentukan simpul-simpul jaringan di Fakultas/Lembaga di lingkungan IPB, maka perlu dijajaki ke mungkinan mengajak Himpunan Profesi Mahasiswa atau organisasi lain (KORPRI, Dharma Wanita) di lingkungan IPB untuk berperan sebagai salah satu simpul jaringan.
6. Untuk meningkatkan apresiasi dan minat untuk melaksanakan pembangunan pertanian berwawasan KESUMA, working group dapat mengundang pakar/expert baik yang bertaraf nasional maupun international.
7. Keberadaan jaringan kepemimpinan KESUMA mutlak memerlukan adanya dana untuk pelaksanaan program-program dan kelanggengan dari jaringan itu sendiri. Sumber dana potensial untuk kegiatan Jaringan adalah WHO dan Departemen Kesehatan (melalui Pusat Pendidikan dan Latihan dan Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat, Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat). Selain itu, perlu dijajaki kemungkinan dana dari Instansi lain yang dapat digunakan untuk kegiatan Jaringan.

HASIL DISKUSI KELOMPOK PENDIDIKAN

1. Wawasan KESUMA perlu dimasukkan ke dalam kurikulum IPB melalui integrasi pada mata kuliah-mata kuliah yang dianggap potensial di berbagai program studi. Pelaksanaannya diharapkan dapat diterapkan mulai tahun 1993/1994.
2. Sebagai tindak lanjut butir 1 diperlukan langkah-langkah :
 - a. Identifikasi mata kuliah yang potensial untuk integrasi.
Prioritas mata kuliah dapat ditetapkan pada MKDU, MKDK dan MKK.
 - b. Pengembangan lebih lanjut dalam bentuk integrasi pada mata kuliah yang memberikan dampak optimal dalam penguasaan wawasan KESUMA bagi para mahasiswa.
 - c. Arah penyajian materi KESUMA tidak merubah kurikulum, tetapi mengembangkan silabus yang sudah ada.
 - d. Pengenalan wawasan KESUMA bagi pengasuh mata kuliah yang bersangkutan melalui kegiatan pentaloka/training of trainers (TOT), sarasehan, dan lain-lain.
Sebagai langkah awal untuk merealisasikannya perlu dibentuk Kelompok Kerja (POKJA) di tingkat IPB yang pengorganisasiannya disesuaikan dengan hasil rumusan Sidang Kelembagaan.
3. Untuk merealisasikan berbagai kegiatan tersebut perlu dukungan berbagai faktor, khususnya pendanaan.
4. Agar pencapaian kegiatan dapat berjalan sesuai dengan harapan dalam waktu dekat, dipandang perlu untuk dibentuk SATGAS yang bertugas merumuskan kegiatan-kegiatan yang diperlukan secara lebih spesifik serta penjabarannya dalam bentuk anggaran kegiatan.

Diharapkan SATGAS ini dapat menyusun anggaran untuk berbagai kegiatan yang diperlukan dalam waktu sesingkatnya.

Anggota SATGAS terdiri atas unsur-unsur Pusdiklat Pegawai Depkes, PSM Depkes dan IPB.

HASIL DISKUSI KELOMPOK PROGRAM PENGABDIAN MASYARAKAT

1. Memandang perlu merumuskan program kegiatan PPM/KKN bidang pembangunan pertanian yang berwawasan KESUMA bagi staf pengajar maupun bagi mahasiswa.
2. Pokok program dan kegiatan PPM/KKN baik bagi staf pengajar maupun mahasiswa adalah sebagai berikut : (lihat juga lampiran).
 - a. Peningkatan mutu sumberdaya manusia.
 - b. Peningkatan kegiatan ekonomi produktif yang berwawasan KESUMA.
 - c. Kesehatan, kebersihan lingkungan dan pengendalian ekosistem dengan daur ulang limbah.
 - d. Peningkatan kelembagaan pembangunan.
3. Pokok program PPM/KKN yang dimaksud perlu diadakan yang lebih teknis guna mengembangkan materi maupun rencana pelaksanaannya oleh IPB, Depkes serta Institusi lain yang terkait.
4. Memandang perlu pengintegrasian wawasan KESUMA ke dalam KKN IPB dengan pengertian pembangunan bidang pertanian dalam arti luas.
5. Memandang perlu pelaksanaan KKN IPB yang berwawasan KESUMA dapat berlangsung secara bersinambungan, sehingga perlu memiliki agenda program bersama sebagai payung program KKN IPB yang berwawasan KESUMA.
6. Agar program KKN IPB yang berwawasan KESUMA dapat berkesinambungan perlu adanya dukungan dana dari sektor kesehatan, IPB maupun sumber lain yang terkait yang tidak mengikat.
7. Memandang perlu adanya lokakarya khusus yang mengembangkan baik materi maupun teknis pelaksanaan pengintegrasian wawasan KESUMA dengan PPM/KKN IPB guna mewujudkan :
 - a. Kesamaan pemikiran/penafsiran tentang apa yang dimaksud dengan wawasan KESUMA dan pengintegrasinya kedalam KKN IPB.
 - b. Kesamaan pandangan dan cara memandang tentang strategi penerapan konsep strategi dan mekanisme pengintegrasian.
 - c. Pelatihan pembekalan mahasiswa KKN IPB yang lebih berorientasi pada praktis empiris ketimbang teori, agar mempunyai pola dan pedoman yang jelas bagi staf pengajar maupun mahasiswa.
8. Dalam upaya pengembangan dan pembinaan Integrasi wawasan KESUMA-PPM/KKN IPB maka diperlukan desa-desa binaan/mitra kerja KKN yang akan dilaksanakan secara terus menerus. Disamping dilaksanakan oleh mahasiswa KKN angkatan berikutnya, maka pembinaan desa mitra kerja tersebut dapat pula dilakukan oleh organisasi mahasiswa profesi IPB maupun staf pengajar, sebagai ajang pelaksanaan Tridharma Perguruan Tinggi.
9. Perlunya merumuskan Indikator Pokok Program Pembangunan Pertanian berwawasan KESUMA sebagai langkah pedoman dan pelaksanaan Pengabdian pada Masyarakat bagi staf pengajar maupun mahasiswa (KKN).
10. Perlunya dikembangkan program dan kegiatan pembangunan pertanian berwawasan KESUMA yang telah dirintis oleh Panitia KKN LPM IPB dengan

Jurusan GMSK bekerjasama dengan Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat, Pusdiklat Depkes R.I., pada pembekalan materi umum KKN periode Juli-Agustus 1992.

11. Perlunya dikembangkan Program Streetfood dalam mengisi salah satu kegiatan PPM/KKN bagi staf pengajar maupun mahasiswa dalam rangka mewujudkan Pembangunan Pertanian berwawasan KESUMA.

Lampiran Hasil Diskusi Program PPM

a. Peningkatan Mutu Sumberdaya Manusia

1. Mengadakan kursus-pelatihan keterampilan yang bersifat ekonomi produktif di bidang pertanian, khususnya yang berwawasan KESUMA;
2. Meningkatkan dan menggalakkan pengertian masyarakat tentang wawasan KESUMA dan hubungannya dengan pembangunan pertanian;
3. Mengadakan dan meningkatkan mutu perpustakaan setempat khususnya yang terkait dengan wawasan KESUMA.

b. Peningkatan Kegiatan Ekonomi Produktif Yang Berwawasan KESUMA

1. Memperkenalkan dan memasyarakatkan cara bercocok tanam yang lebih baik, seperti pengolahan usaha tani, penggunaan benih bersertifikat, pemupukan seimbang, pemberantasan hama penyakit secara terpadu, dan sebagainya;
2. Memperkenalkan atau mengadakan percontohan/demplot tanaman jenis baru untuk daerah yang bersangkutan; baik untuk perdagangan, konsumsi, obat-obatan, maupun tanaman hias;
3. Mengembangkan dan meningkatkan usaha ternak setempat (Vaksinasi, kawin silang dengan jenis yang baik, sistem pengandangan dan pemeliharaan, serta inseminasi buatan).
4. Mengembangkan kehidupan masyarakat melalui berbagai macam kegiatan yang produktif, misalnya penggunaan teknologi baru yang lebih baik, penggalakan koperasi dan pembinaan pemasaran hasil produksi;
5. Motivasi penanganan pascapanen.

c. Kesehatan, kebersihan lingkungan dan pengendalian ekosistem dengan daur ulang limbah

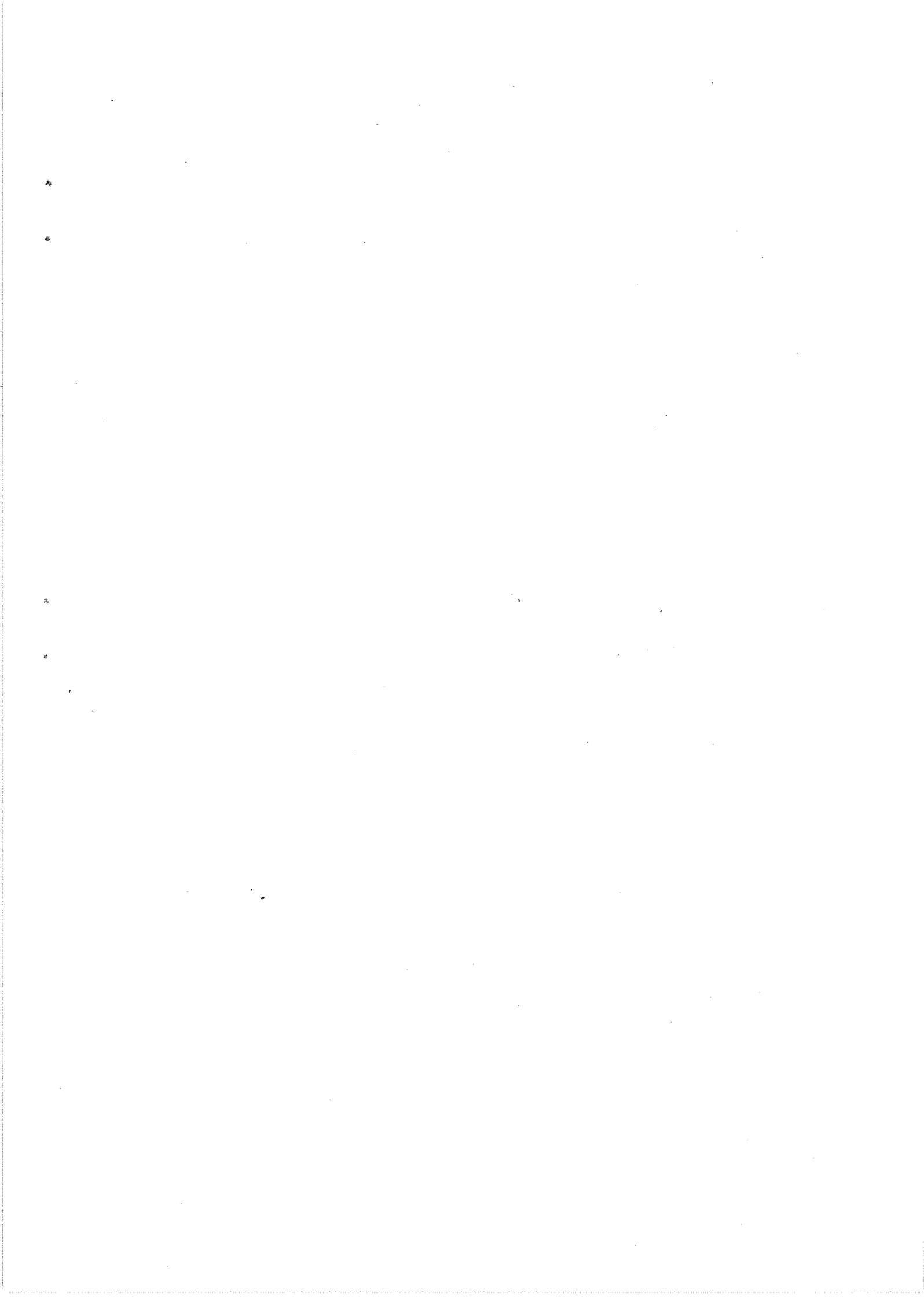
1. Penerangan tentang hidup sehat, seperti makanan sehat, perumahan, pembuangan kotoran dan limbah, pembuatan dan pemanfaatan MCK, dan sebagainya;
2. Penerapan Keluarga Berencana dan Kesehatan (KB-KES) termasuk KB-Mandiri dan sebagainya, dengan mempertimbangkan budaya, adat istiadat setempat;
3. Penerapan tentang gizi, cara pengolahan makanan yang tetap bergizi, penyediaan makanan pola empat sehat lima sempurna, serta diversifikasi pangan;
4. Motivasi pemanfaatan, pengaktifan, dan memfungsikan sarana dan prasarana serta lembaga-lembaga kesehatan yang ada, seperti Balai Pengobatan, Puskesmas, Pos Kesehatan;

5. Kebersihan lingkungan, pertamanan dan pemagaran pembuangan sampah, serta pemanfaatan tanah pekarangan.

d. Peningkatan Kelembagaan Pembangunan

1. Meningkatkan dan menggalakkan pengertian masyarakat tentang kegiatan berbagai program pembangunan yang sudah ada melalui kelembagaan seperti Posyandu, PKK, LSM dan sebagainya.
2. Meningkatkan jumlah dan mutu kader pembangunan khususnya yang berwawasan KESUMA.





Laporan Proses Semiloka Pengembangan Jaringan Kepemimpinan Kessuma di Perguruan Tinggi Pertanian.

Acara Pembukaan

Pembukaan dimulai tepat menurut jadwal. Jam 08.30 pembawa acara dengan manis membuka acara ini, menyampaikan salam sejahtera disertai ucapan selamat datang bagi para peserta semiloka di pagi yang cerah ini.

Sambutan pertama disampaikan oleh Dr. Clara M.Kusharto MSc, selaku Ketua Panitia Pelaksanan Semiloka ini, yang isi selengkapnya dapat dilihat pada lampiran.

Sambutan ini kemudian disusul dengan pengarahan dari Bapak Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat Depkes RI, Dr. S.L. Leimena MPH, yang mengungkap berbagai contoh ketimpangan pembangunan pertanian yang sering merugikan kesehatan masyarakat. Isi selengkapnya dapat dilihat pada lampiran.

Selanjutnya Rektor Institut Pertanian Bogor menyampaikan sambutan singkatnya, yang intinya menegaskan komitmen IPB untuk terus berkiprah melalui Tri Dharma Perguruan Tinggi, mengumandangkan konsep pembangunan pertanian berwawasan Kesuma. Isi selengkapnya dapat dilihat pada lampiran. Selesai menyampaikan sambutan. Bapak Rektor secara resmi membuka semiloka ini.

Setelah dibuka, pembawa acara mempersilahkan Prof. Dr. Sukirman untuk menyampaikan pengarahannya. Tampil mantap di atas mimbar, Prof Dr. Sukirman mengawali dengan menyampaikan ralat, bahwa yang akan dikemukakan bukanlah pengarahan, tetapi sekedar sumbangan pikiran untuk ditelaah lebih lanjut oleh peserta lokakarya. Sumbangan pemikiran ini selengkapnya dapat dilihat pada lampiran makalah yang berjudul "Sumber Daya Manusia dalam Pembangunan terpadu Pertanian dan Kesehatan.

Jam 09.45 rangkaian acara pembukaan selesai, dilanjutkan dengan rehat kopi sejenak.

Sidang pertama : Seminar

Ketua Sidang : Ir. M. Khumaedi MSc

Sekretaris Sidang : Surpiyadi SKM

Pembicara : Dr. Widyastuti Wibisana MSc(PH)

DR. Fasli Djalal

Dr. Ascobat Gani MPH, DR.PH

Acara "dituntun" secara lembut dan sangat formal. Pembawa acara mempersilahkan moderator dan sekretaris sidang menduduki tempat yang telah disediakan. Demikian pula moderator kemudian mempersilahkan ke tiga pembicara satu per satu untuk maju ke depan. Tepat jam 10.20 sidang dimulai.

Pembicara pertama, mengungkapkan keterlibatan lembaga non-kesehatan dan perguruan tinggi dalam Kepemimpinan berwawasan Kesuma. Naskah selengkapnya ada pada kumpulan makalah.

Peran PT dalam Kepemimpinan Kesuma terutama adalah dalam hal menyiapkan "future leaders", yang dapat dianggap sebagai dharma ke 4 selain yang telah tertulis dalam Tri Dharma Perguruan Tinggi.

Penyaji kedua, Dr. Fasli Djalal, mencoba "lari" sedikit dari paper yang dibagikan, karena sudah banyak yang dicakup oleh makalah pembicara yang lain, ataupun pengarahan dari Bapak Sukirman dan Bapak Leimena.

Dikutip arah Kebijakan Pelita V, yang pada garis besarnya meliputi :

1. Pemerataan pelayanan kesehatan
2. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan
3. Pendayagunaan tenaga kesehatan
4. Obat yang terjangkau.
5. Asuaransi kesehatan.

Peningkatan jumlah dokter dan paramedis cukup tajam. Sekarang ratio dokter/penduduk mencapai 1 dokter untuk 6500 orang, sedangkan untuk perawat, 1 perawat untuk 1700 penduduk.

Pembangunan Puskesmas juga menampakkan peningkatan yang berarti, kini tiap kecamatan ada minimal 1 Puskesmas, bahkan kondisi sekarang 1 Puskesmas untuk 20.000 penduduk. Ratio ini tak begitu berarti bila densitas penduduk rendah, seperti misalnya di Irian, Maluku dan NTT. Sekarang untuk IBT digunakan pendekatan luas area sebagai pertimbangan pembangunan sarana kesehatan.

Dikemukakan pula gagasan yang tengah dikaji yaitu pelatihan terpadu antara PPL, TPG dan PLKB, agar terjadi wawasan bersama yang luas dan menyatu, sehingga gerakannya lebih gencar, lebih banyak dan lebih terarah.

Air bersih, merupakan kepentingan bersama antara kesehatan dan pertanian. Tantangannya adalah dapatkah dikembangkan inovasi untuk membantu peningkatan cakupan air bersih di pedesaan bagi para petani?

Sebagai dampak dari keberhasilan pembangunan pertanian, ketersediaan pangan sebenarnya sudah lebih baik. Namun tersedia saja belum cukup, sebab apakah masyarakat mampu membeli, dan setelah sampai ke rumah tangga apakah di konsumsi dan siapa yang terbanyak mengkonsumsi makanan tersebut? Serangkaian pertanyaan inilah yang bila terjawab dengan positif, baru menjamin peningkatan gizi dan kesehatan masyarakat.

Keterkaitan pertanian dan kesehatan pada dasarnya dapat ditelusuri melalui 3 jalur yaitu :

1. Pembangunan pertanian berhasil. status ekonomi meningkat, kemiskinan dientaskan, kesehatan membaik.
2. Pembangunan pertanian berhasil, ketersediaan pangan membaik, makanan terjangkau oleh keluarga, gizi meningkat dan kesehatan membaik.
3. Pembangunan pertanian berhasil ada pula yang berdampak negatif pada kesehatan.

Peningkatan income terbukti diikuti oleh pergeseran kontribusi kalori dari berbagai sumber. Kontribusi lemak makin tinggi, yang pada gilirannya akan

berdampak kurang baik. Kita akan menghadapi masalah gizi ganda : ada yang gizi buruk, tetapi ada yang gizi salah.

Dampak pembangunan pertanian pada kesehatan masyarakat belum banyak digarap. Dari kumpulan data yang ada, proposi mereka yang keracunan pestisida mengalami kenaikan. Kecenderungan peningkatan masalah ini perlu kita waspadai.

Tantangan lain bagi bentuk kerjasama pertanian-kesehatan adalah dapatkan pembangunan pertanian melakukan rekayasa untuk mengatasi masalah mikronutrien ini, seperti misalnya GAKI atau masalah Kekurangan Vitamin A?

Penyaji ke tiga, Dr. Ascobat Gani dengan penuh daya tarik mengungkapkan perubahan pendekatan pembangunan, yang harapan kita kelak akan sampai pada pandangan bahwa pembangunan kesehatan merupakan investasi, yang berdaya ungkit besar untuk meningkatkan pertumbuhan ekonomi. Ini bisa terjadi bila falsafahnya tetap bertumpu pada : equity, people oriented and growth. Sifat hubungan juga timbal balik, artinya pembangunan sosial ekonomi akan meningkatkan derajat kesehatan dan pembangunan kesehatan merupakan investasi sumberdaya manusia yang berpengaruh pada produktivitas dan pertumbuhan.

Pembicara ini juga mengungkap analisis situasi yang digambarkan sebagai berikut :

Situasi I : menggambarkan kondisi kesehatan masyarakat kita lengkap dengan berbagai problematiknya.

Situasi II : mengungkap kemampuan kita untuk mengatasi hal ini dengan berbagai keterbatasannya.

Situasi III : menampilkan pengaruh luar khususnya pada era globalisasi sekarang ini. Mekanisme pasar terbukti dapat memacu pertumbuhan ekonomi. Namun apakah hal ini berlaku untuk kesehatan dan gizi? Kenyataannya ternyata tidak demikian. Peran swasta bukan sebagai komplement dari Pemerintah, tetapi malah menjadi competitor? Swasta ternyata juga tidak menjamin terjadinya efisiensi, pemerataan dan peningkatan kualitas pelayanan. Peningkatan mutu pelayanan terutama pada segmen non-medisnya, bukan aspek medis-teknisnya.

Dengan menelaah ke 3 situasi itulah, ada "policy issues" yang layak untuk diperhatikan yaitu :

1. Kesehatan dan gizi merupakan "entry point" strategis untuk perwujudan pemerataan, item pertama dalam trilogi pembangunan yang sekarang sudah terbalik. (Pemerataan yang dulu nomer tiga, sekarang menjadi nomer satu).
2. Kesehatan dan gizi adalah "human capital approach". Implikasinya adalah dikembangkannya : New paradigma in public health development. Artinya sasaran akhir bukan sekedar masyarakat yang sehat, tetapi juga kreatif dan produktif.
3. Peran pemerintah tetap penting khususnya untuk kelompok "vulnerable group"

Diskusi

Setelah ke tiga penyaji menyampaikan makalahnya, moderator membuka termin tanya jawab. Ada 5 orang penanya yang pertanyaan dan jawabannya adalah sebagai berikut :

1. Pertanyaan dari Bapak Untung Widodo

- a. Bila sekarang baru melangkah pada tahap partisipasi sektor yang terkait, apakah tidak terlambat? Perlukah kita menentukan strategi yang bisa meningkatkan "speed" nya?

Menanggapi pertanyaan ini Dr. Widyastuti Wibisana menyatakan bahwa memang diakui agak terlambat, salah satu sebabnya adalah dominasi kedokteran yang demikian besar pada bidang kesehatan. Perubahan strategi terjadi pada dekade 70-an, melalui Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa. Secara formal dituangkan dalam SKN baru pada tahun 1982.

Dibandingkan pilar lain misalnya perluasan upaya kesehatan dasar dan peningkatan peran serta masyarakat, kerja sama lintas sektor memang paling terlambat. Kita sekarang menciptakan banyak instrumen untuk menggalakkan kerjasama lintas sektor.

- b. Data susenas selalu dengan catatan. Apakah tidak perlu mengadakan survey pangan dari sudut pandang gizi?

Dr. Fasli Djalal menjawab bahwa bila dikembangkan metode lain yang lebih teliti, toh tetap ada masalah. Kenyataan membuktikan bahwa fluktuasi konsumsi sehari-hari cukup besar pada tiap keluarga. Untuk konsumsi keluarga data susenas sudah cukup, tetapi untuk gizi dan kesehatan memang belum cukup karena harus per individu.

2. Pertanyaan Ibu Nurleila

- a. Adakah semacam sasaran prioritas untuk pengembangan Kepemimpinan Kesuma? Di Ujung Pandang, petani dengan sadarnya menyemprot sayuran dengan pestisida, supaya tidak dikerumuni lalat. Para pelaku ekonomipun melakukannya. Ada kesalahan teknologi disana.

Dr. Widyastuti menjawab yang dikemukakan tersebut merupakan salah satu contoh penyalahgunaan teknologi. Sekarang kita masih terbatas pada Posyandu, tetapi belum meluas misalnya dari pestisida. Ini lahan baru yang harus digarap pada kerjasama ini.

Sasaran prioritas tentu saja ada, dan ini dapat dilihat pada makalah.

- b. Adakah korelasi antara penyakit pada anak SD dengan jajanan "modern" sekarang seperti "Chiki", dll. Tidakkah lebih baik bila dikembalikan ke makanan alami?

Menanggapi hal ini, Dr. Fasli menyampaikan bahwa sekarang sedang dilakukan studi tentang makanan jajanan di Bogor. Di IBT dilakukan studi "school feeding" dengan makanan yang berasal dari bahan setempat. Hasil-hasil studi inilah yang akan kita kaji lebih lanjut untuk pengambilan kebijaksanaan lebih lanjut.

3. Pertanyaan Bapak Sam Sumarsono

- a. Peranan Perguruan Tinggi, misalnya dibidang kebiasaan merokok. Ada kontradiksi antara Depkes yang melarang rokok dan Deptan dalam meningkatkan produksi tembakau. Bagaimana pendapat Bapak?

Dr. Widyastuti menjawab bahwa Depkes memang tidak secara frontal melakukan kampanye anti rokok, karena komoditi tembakau cukup besar perannya di sektor ekonomi. Pendekatan yang dilakukan cukup fleksibel, sambil menunggu penggantian dari tembakau ke komoditi yang lain.

- b. Hubungan kesehatan dan pertanian. kadang-kadang kurang koordinasi, terbukti ada pembangunan pertanian yang berdampak negatif bagi sektor kesehatan.

Dr. Fasli mengakui bahwa memang ada kontradiksi karena adanya egoisme sektoral. Di negara majupun egoisme sektoral sangat tinggi sehingga sektor prioritas selalu mememangkan argumentasi.

Kesehatan terkadang kurang peka dalam melakukan prediksi ke depan. Kemampuan prediksi sektor kesehatan biasanya lemah, sehingga lemah argumentasinya.

- c. Pertumbuhan ekonomi yang besar bakal meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Untuk perkotaan ada kecenderungan penyebab kematian yang berbeda dengan kota. Bagaimana kaitannya bahwa ekonomi meningkatkan kesehatan perkotaan?

Menanggapi pertanyaan ini, Dr. Ascobat Gani menandakan bahwa sekarang sedang terjadi transisi epidemiologis terutama di perkotaan. Ekonomi yang membaik membuat pola penyakit berubah dari penyakit infeksi ke penyakit yang lebih canggih. Di negara berkembang proses ini tidak cepat, sehingga terjadi dilema, mana yang harus diprioritaskan? Penyakit infeksi yang diderita oleh sebagian besar penduduk yang diam, atau penyakit "canggih" yang diderita oleh sekelompok kecil masyarakat yang vokal?. Diperkirakan transisi ini akan terus terjadi selama PJB II.

4. Pertanyaan Bapak Wahyu

Bapak Wahyu menanyakan hal yang sama dengan penanya pertama, yaitu tentang keterlambatan bertindak dalam pengembangan jaringan kepemimpinan berwawasan Kesuma.

5. Pertanyaan Bapak Haryoto

- a. Sarjana pertanian sebaiknya juga "turun" ke desa dengan membentuk semacam "Pusat Pertanian Masyarakat" di tiap kecamatan. Bagaimana pendapat Bapak ?

Menanggapi hal ini Dr. Fasli menjawab bahwa Dokter adalah sarjana yang kesepian di desa. Bila sarjana pertanian mau, dan IPB bisa menyampaikan konsep yang matang, akan sangat positif. Sekarang sudah dimulai dalam bentuk uji coba, misalnya di Sumbar yang dibiayai oleh APBD.

- b. Sumbangan pertanian pada PDB makin lama akan turun terus atau tidak
Menanggapi hal ini Dr. Fasli berpendapat bahwa menurunnya proporsi "share" pertanian pada PDB bukan berarti menurunkan peran pertanian, tetapi sebaliknya, pertanian malah meningkatkan daya saing industri sehingga dapat menggait devisa yang selama ini diambil oleh negara lain.

Jadi peran pertanian justru menjadi tulang punggung peningkatan kemampuan sumber daya manusia untuk meningkatkan devisa melalui komoditi lain.

- c. Partisipasi : saya merencanakan, anda ikut. Apakah demikian, karena ini berbau top down. Mengapa tidak silahkan merencanakan, nanti saya bantu.

Dr. Ascobat Gani menjelaskan bahwa tadi dikeukakan secara bercanda. Namun memang terjadi pergeseran pemikiran, dulu adalah growth, kemudian equity, yang masih top-down. Kemudian muncul konsep partisipasi yang "masih berbau dari atas", dan kini bergeser menjadi "people centered development".

Sidang Ke dua

Moderator: DR. Ir. Hidayat Syarif

Sekretaris: Drs. Dachroni MPH

Pembicara: Dr. Brahim

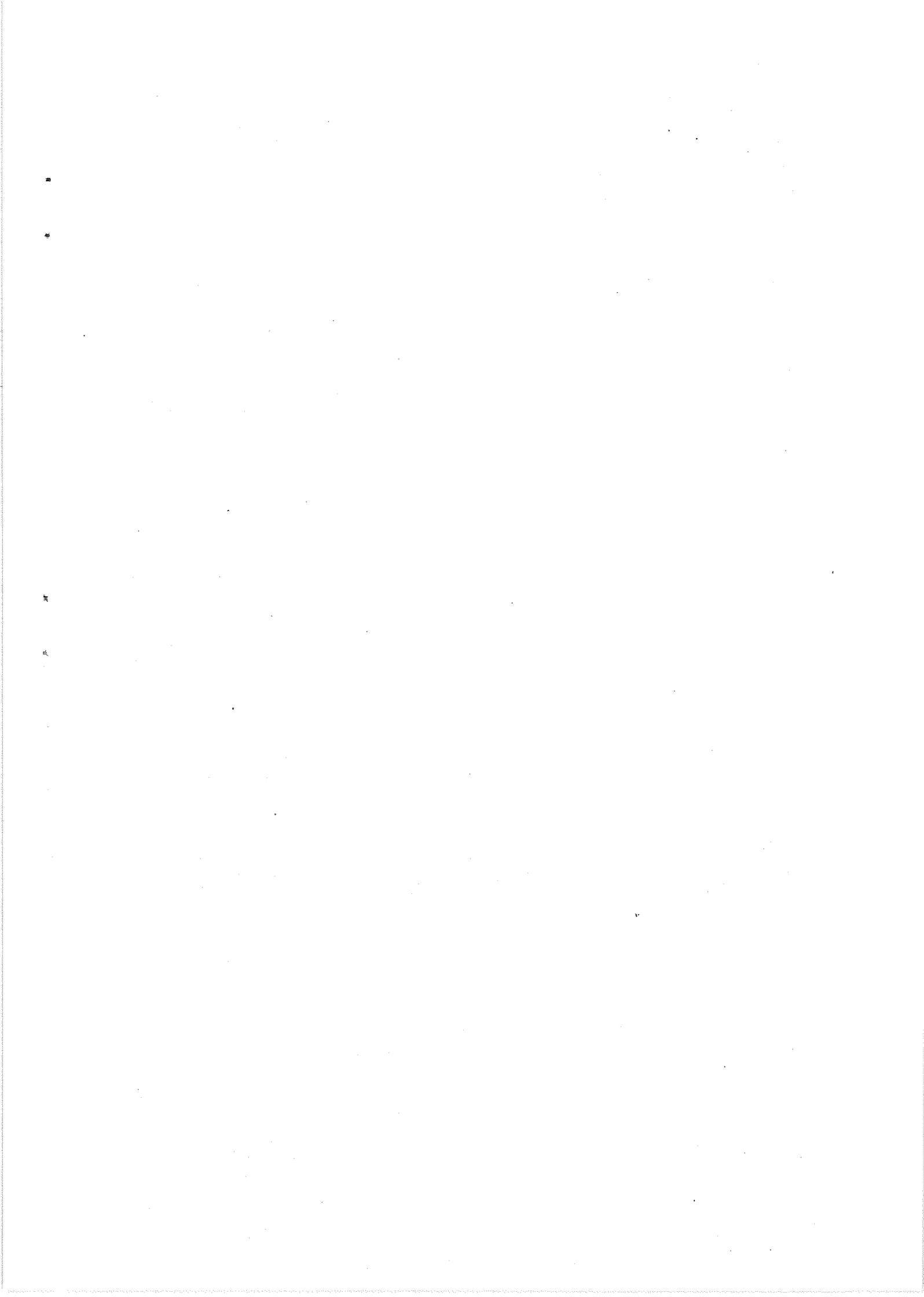
DR. Ir. Syafrida Manuwoto

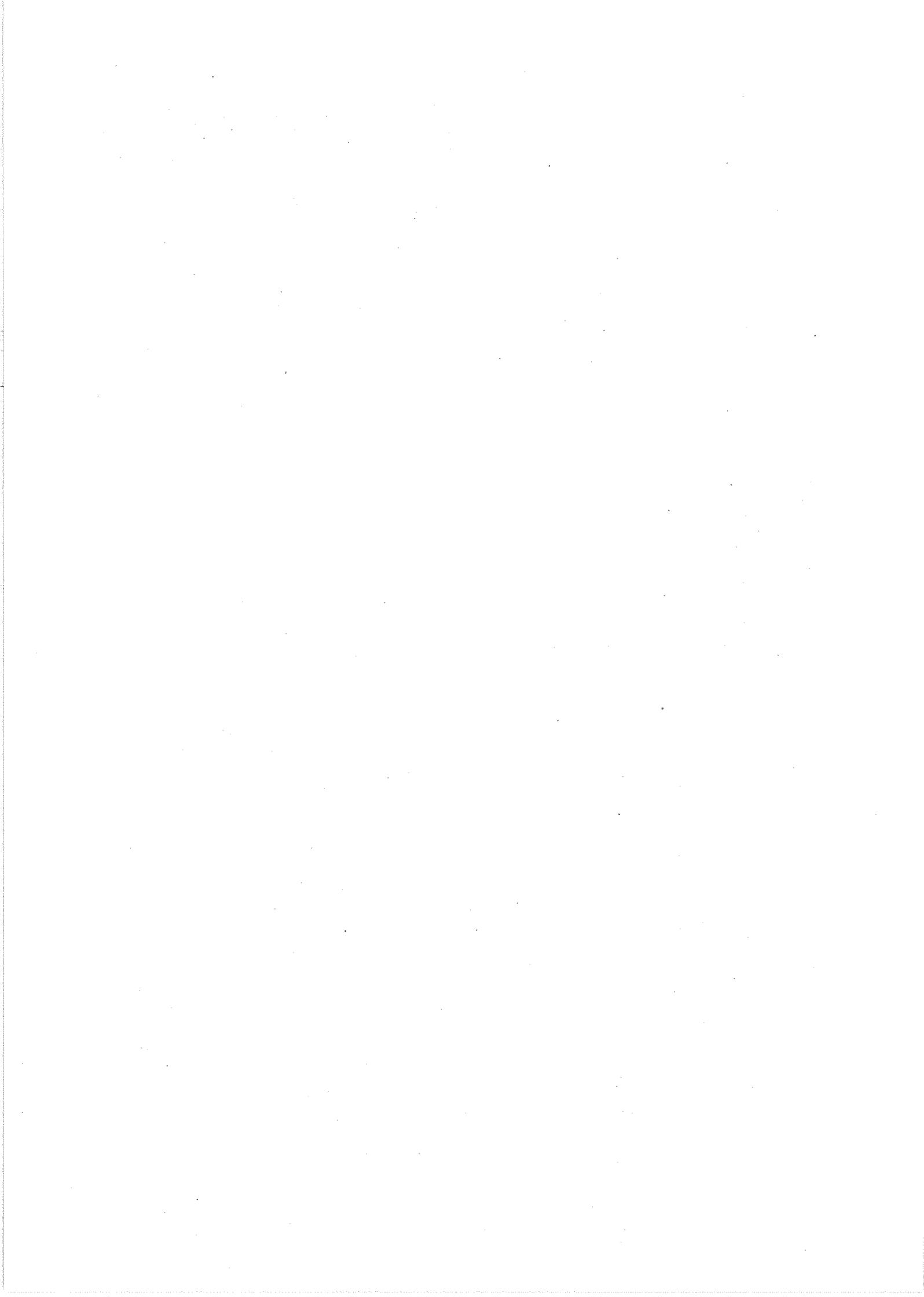
DR. Ir. H. Syafri Mangkuprawira.

Jam 13.45 sidang ke dua semiloka memasuki tahap lokakarya. Sidang ini hanya berisi penyajian yang bersifat se arah. Semua makalah ke tiga penyaji sudah dibagikan kepada peserta.

Selesai penyajian dari ke 3 pembicara, moderator tidak membuka ruang tanya jawab, tetapi langsung mengajak untuk masuk dalam diskusi kelompok.

Jam 15.00 sidang ke dua ditutup, dilanjutkan dengan dikusi kelompok.





LAPORAN KETUA PANITIA

Yth. Bapak Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Depkes R.I.

Yth. Bapak Deputi Bidang Sosial Budaya Bappenas

Yth. Bapak Rektor Institut Pertanian Bogor

Yth. Bapak dan Ibu Pimpinan Fakultas, Jurusan dan Lembaga di lingkungan Institut Pertanian Bogor.

Yth. Bapak dan Ibu anggota Tim Pengembangan Kepemimpinan KESUMA, Depkes R.I.

Yth. Bapak, Ibu, Hadirin peserta Seminar dan Lokakarya yang saya hormati.

Selamat pagi dan Selamat datang di Jurusan GMSK, Faperta, Kampus - IPB, Dermaga.

Dengan penuh rasa syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, perkenankanlah saya atas nama panitia mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Bapak, Ibu undangan dan peserta yang telah berkenan untuk hadir pada acara seminar dan lokakarya hari ini yang bertema : "Pembangunan Pertanian Berwawasan Kesuma". Tema ini kami rasa sesuai dengan acara Dies ke XXIX - Institut Pertanian Bogor.

Pembangunan Pertanian berwawasan Kesuma adalah upaya dibidang pertanian yang bertujuan untuk meningkatkan produksi dan pendapatan petani secara berkesinambungan yang ditunjang dengan upaya peningkatan kesehatan agar dapat mencapai kondisi hidup yang lebih sehat untuk mampu hidup lebih produktif di bidang sosial maupun ekonomi. Tema ini sejalan dengan tujuan pembangunan nasional sebagaimana yang tercantum dalam GBHN yaitu meningkatkan kualitas manusia Indonesia dalam rangka pemantapan landasan pembangunan memasuki era tinggal landas dan program jangka panjang tahap kedua.

Kegiatan Semiloka ini merupakan salah satu kegiatan awal sebagai realisasi kerjasama antara Fakultas Pertanian, IPB dan Tim Pengembangan Kepemimpinan Kesuma, Depkes R.I. yang mempunyai tekad yang sama yaitu ikut membantu mempercepat tercapainya kesehatan untuk semua tahun 2000. Mengingat masalah kesehatan tidak hanya terkait dalam bidang pertanian secara sempit (pangan dan gizi) maka melalui semiloka ini ingin digali potensi yang ada di lingkungan IPB untuk akhirnya dapat membentuk suatu jaringan yang dapat mempercepat tercapainya Kesuma.

Perlu kami sampaikan bahwa kegiatan Semiloka ini merupakan realisasi peran serta IPB untuk ikut mengembangkan jaringan kepemimpinan KESUMA. Untuk itu kami memerlukan sumbang saran dari peserta semiloka agar kegiatan ini dapat benar-benar berhasi l guna dan memperoleh keluaran seperti yang diharapkan.

Semiloka ini dihadiri oleh peserta dari berbagai kalangan dan instansi, seperti pimpinan Fakultas, Jurusan serta Lembaga yang ada di lingkungan IPB maupun Perguruan Tinggi Pertanian lingkup Jakarta-Tangerang-Bogor-Bekasi (Jabotabek) dan

beberapa Perguruan Tinggi kerjasama IPB di Indonesia Timur serta undangan lainnya dari Depkes dan instansi lain, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) serta dosen dan senat serta himpunan mahasiswa di lingkungan IPB. Berkenaan dengan acara Dies Natalis kamipun mengundang alumni kami yang saat ini telah bekerja dan diharapkan dalam waktu dekat akan menjadi pemimpin yang berwawasan KESUMA. Sungguh suatu kebanggaan bagi kami bahwa pada acara hari ini akan disampaikan pula sambutan dari Dirjen Binkesmas Departemen Kesehatan R.I. dan pidato pengarahan yang akan disampaikan oleh Bapak Deputi Bidang Sosial Budaya Bappenas, Prof. Dr. Soekirman. Beliau juga sebagai Guru Besar Luar Biasa Fakultas Pertanian IPB. Dari sambutan dan pidato pengarahan tersebut kami berharap dapat memperoleh berbagai masukan mengenai kebijakan yang dapat menjadi pedoman bagi Perguruan Tinggi untuk membantu Pemerintah mengentaskan kemiskinan melalui pencapaian kesehatan untuk semua. Selain itu ada enam makalah lain yang akan disampaikan dalam dua sidang paripurna yang dapat lebih menambah wawasan untuk implementasi program Kesuma di IPB khususnya dan Perguruan Tinggi Pertanian pada umumnya.

Bapak, Ibu, Hadirin peserta Semiloka yang saya hormati,

Perkenankanlah saya pada kesempatan ini menyampaikan rasa terima kasih kepada Tim pengarah yang telah menyumbangkan pikiran sehingga acara Semiloka ini dapat berlangsung seperti yang diharapkan, dan terima kasih pula kepada para penyaji makalah atau pembicara yang telah menyumbangkan pikiran dalam bentuk tulisan yang tentu amat berguna bagi kami. Tak lupa pula saya ucapkan terima kasih kepada rekan-rekan panitia pelaksana yang telah berpartisipasi aktif dan atas dukungan morilnya sejak persiapan hingga terselenggaranya acara Semiloka pada hari ini. Mohon maaf yang sebesar-besarnya apabila dalam penyelenggaraan acara seminar dan lokakarya ini terdapat kekurangan serta kekhilafan yang mungkin tidak kami sadari.

Sekali lagi atas nama panitia saya ucapkan terima kasih kepada semua pihak atas bantuan dana, kehadiran dan pertisipasinya.

"Selamat mengikuti acara Seminar dan Lokakarya."

Bogor, 12 September 1992

Ketua Panitia Pelaksana

Dr. Clara M. Kusharto MSc.



DEPARTEMEN KESEHATAN R.I.
DIREKTORAT JENDERAL PEMBINAAN KESEHATAN MASYARAKAT

**Sambutan Dirjen Binkesmas Depkes
Pada Semiloka Pengembangan Jaringan Kepemimpinan Kesuma
Di Perguruan Tinggi Pertanian
Bogor, 12 September 1992**

Para peserta Semiloka,

Hadirin sekalian yang terhormat,

Assalamu'alaikum Warohmatullahi Wabarokatuh.

Puji syukur kita panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan ridho-Nya bagi kita semua pada acara pembukaan Semiloka Pengembangan Jaringan Kepemimpinan Kesehatan Untuk Semua (KESUMA) di Perguruan Tinggi Pertanian yang diselenggarakan di kampus Institut Pertanian Bogor ini.

Hadirin sekalian,

Seperti Saudara-saudara ketahui, pembangunan pertanian mencakup pelbagai upaya di bidang pertanian yang bertujuan untuk meningkatkan produksi secara berkesinambungan, dalam rangka meningkatkan pendapatan petani serta tersedianya kecukupan pangan dalam jumlah dan keragamannya pada tingkat masyarakat, untuk memenuhi kebutuhan pangan dan gizi penduduk. Peran pembangunan pertanian yang begitu strategis untuk mendukung tercapainya pemerataan ketersediaan pangan dengan mutu gizi yang tinggi, tentunya menuntut sumberdaya tenaga pengolah yang tangguh. Ketangguhannya paling tidak mencakup 3 segi, yaitu : penguasaan teknologi tepatguna pertanian; penghayatan mendalam akan misi pembangunan pertanian; dan komitmen tinggi untuk melakukan upaya nyata memeratakan pangan dan gizi untuk semua.

Selanjutnya untuk mendapatkan produksi pertanian yang optimal, diperlukan antara lain tenaga kerja yang lebih produktif, yang dapat dicapai melalui upaya pemeliharaan maupun peningkatan kesehatan. Upaya peningkatan kesehatan mempunyai pengaruh timbal balik dengan upaya peningkatan pangan dan gizi. Keduanya juga saling mendukung untuk tercapainya pemerataan keterjangkauan oleh semua penduduk. Di bidang kesehatan, pemerataan kesehatan bagi semua penduduk dikenal dengan Kesehatan Untuk Semua. Kesehatan Untuk Semua yang disingkat Kesuma adalah tujuan pembangunan kesehatan sedunia pada tahun 2000, berupa suatu kondisi dimana setiap insan mampu meraih hidup sehat yang optimal, sehingga dapat hidup produktif di bidang sosial maupun ekonomi.

**SAMBUTAN REKTOR INSTITUT PERTANIAN BOGOR
PADA SEMILOKA PENGEMBANGAN JARINGAN KEPEMIMPINAN
KESEHATAN UNTUK SEMUA (KESUMA)
DI PERGURUAN TINGGI PERTANIAN**

Yth. Saudara Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan R.I.,

Yth. Saudara-saudara Pimpinan/wakil Lembaga, Kepala Pusat, Pimpinan Fakultas dan Jurusan di lingkungan Institut Pertanian Bogor,

Yth. Saudara-saudara Pimpinan/wakil Universitas kerjasama IPB di Indonesia Timur dan Perguruan Tinggi Pertanian lingkup Jabotabek,

Yth. Saudara-saudara Pemrasaran dan undangan serta seluruh peserta Seminar dan Lokakarya yang saya hormati.

Assalamu'alaikum wr. wb.

Puji syukur kita panjatkan ke Hadirat Allah Subhanahuwataa'la yang atas RahmatNya jualah kita dapat berkumpul pada hari ini pada acara pembukaan Seminar dan Lokakarya Pengembangan Jaringan Kepemimpinan Kesehatan Untuk Semua (KESUMA) dengan tema: "Pembangunan Pertanian Berwawasan KESUMA" pada hari ini tanggal 12 September 1992 yang diselenggarakan dalam rangka Dies Natalis XXIX IPB.

Merupakan suatu kebahagiaan bagi saya pada hari ini melihat bahwa komitmen IPB untuk ikut membantu mengembangkan jaringan kepemimpinan KESUMA sesuai dengan isi surat Rektor No. 185/PT 39.H/I/92 tertanggal 27 Desember 1991 kepada Menteri Kesehatan R.I. dapat terealisasi. Komitmen IPB ini didasari atas pertimbangan bahwa sasaran akhir pembangunan pertanian adalah peningkatan kualitas hidup manusia yang sebagian besar tinggal didesa dan bermata pencaharian di sektor pertanian. Peningkatan kualitas hidup tidak mungkin tercapai tanpa upaya yang menyeluruh. Ini berarti peningkatan pendapatan melalui peningkatan produksi pertanian saja belumlah cukup; oleh karena itu berbagai upaya lain termasuk peningkatan keadaan kesehatan merupakan suatu keharusan. Saya mempunyai keyakinan bahwa perbaikan kesehatan yang diiringi dengan perbaikan teknologi pertanian dengan dukungan institusi yang diperlukan akan berpengaruh positif bagi peningkatan produktivitas pertanian dan kesejahteraan masyarakat desa di Indonesia.

Upaya meningkatkan kualitas manusia, khususnya masyarakat petani yang menjadi komitmen IPB diatas sejalan dengan tujuan pembangunan Nasional seperti yang diamanatkan dalam Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN) yaitu membentuk manusia Indonesia yang seutuhnya. Manusia Indonesia yang diharapkan adalah yang sehat jasmani dan rohani serta berkualitas tinggi dan produktif dalam bidang sosial maupun ekonomi. Kegiatan Semiloka yang hari ini diselenggarakan merupakan tahap awal dari peran serta IPB untuk ikut mengembangkan jaringan Kepemimpinan KESUMA tersebut, sekali gus sebagai wujud nyata kepekaan IPB untuk ikut berpartisipasi aktif menunjang pembangunan Nasional.

Saya sangat setuju bahwa kesehatan adalah kebutuhan dasar dan modal utama untuk hidup yang harus dimiliki oleh setiap manusia Indonesia. Beranjak dari isi Undang-Undang Pokok Kesehatan tahun 1960 bahwatiap warga negara berhak mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dan wajib diikuti serta kan dalam kegiatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah. Maka IPB sebagai salah satu

Perguruan Tinggi yang mengembangkan bi dang-bidang ilmu antara lain pangan dan gizi maupun bidang ilmu pertanian lainnya yang berkaitan dengan kesehatan merasa terpeng gil untuk dapat berperan aktif dalam pencapaian KESUMA.

Wujud nyata kegiatan diharapkan dapat dikembangkan melalui kegiatan Tridharma jurusan di berbagai Fakultas di lingkungan IPB serta Pusat-pusat studi maupun lembaga yang mengemban tugas pembangunan pertanian dalam arti luas menyangkut pembangunan kualitas hidup masyarakat.

Saya harapkan semoga semiloka ini dapat membuahkan kesepakatan mengenai bentuk simpul jaringan di lingkungan Perguruan Tinggi dan model implementasi kegiatannya dalam simpul jaringan. Tindak lanjut pertemuan hari ini perlu pula dipikirkan atau dimantapkan kegiatannya sehingga kegiatan hari ini akan tetap berkesinambungan dengan kegiatan lain dan benar-benar bermanfaat sesuai dengan harapan. Kepada Tim Inti Pengembangan Kepemimpinan KESUMA Departemen Kesehatan yang tentunya sudah amat berpengalaman dalam mengembangkan jaringan ini, sumbangan pikiran Saudara-Saudara tentu akan sangat berharga untuk mengembangkan model jaringan kepemimpinan KESUMA di IPB yang dikemudian hari diharapkan dapat dikembangkan pula di lingkup Perguruan Tinggi Agro-Komplek Negeri maupun Swasta lainnya di Indonesia. Dukungan- dukungan dari badan kesehatan terutama Departemen Kesehatan R.I. dan WHO sangat penting dan diharapkan bagi kesinambungan upaya-upaya yang akan dikembangkan.

Kepada Saudara peserta yang ikut berpartisipasi aktif dalam semiloka ini saya berharap juga dapat menyumbangkan gagasannya sebagai masukan kemungkinan inisiasi/pengisian wawasan KESUMA ini dalam kegiatan akademik, misalnya kegiatan Kuliah Kerja Nyata mahasiswa yang sudah diuji cobakan pada mahasiswa KKN-IPB tahap II tahun akademik 1991-1992.

Akhirnya dengan mengucapkan **Bismillahirrohmanirrahim**, Seminar dan Lokakarya Pengembangan Jaringan Kepemimpinan KESUMA bertema "Pembangunan Pertanian Berwawasan Kesehatan Untuk Semua", pada hari ini tanggal 12 September, saya nyatakan dibuka dengan resmi.

Selamat mengikuti Seminar dan Lokakarya.

Wassalamu'alaikum wr. wb.

Bogor, 12 September 1992

Rektor IPB

Prof. Dr. Ir. Sitanala Arsjad

SUMBERDAYA MANUSIA DALAM PEMBANGUNAN TERPADU PERTANIAN DAN KESEHATAN

Prof.DR. Soekirman

PENDAHULUAN

1. Lebih separuh dari penduduk dunia hidup dari pertanian, perikanan, kehutanan dan perburuhan. Demikian juga penduduk Indonesia. Meskipun cenderung menurun dari Repelita dalam PJP I, angkatan kerja di pertanian pada tahun 1990 (sensus 1990) masih 49,9 %. Sumbangan sektor pertanian pada perekonomian nasional juga masih bermakna, yaitu 20 % dari GDP (diluar minyak dan gas bumi). Dalam tahun 2000 sumbangan tersebut diperkirakan menurun menjadi 14,5 % dengan pertumbuhan rata-rata 3 % pertahun. Penurunan ini sesuai dengan arah pembangunan kita yang makin menuju masyarakat Industri maju yang didukung oleh pertanian tangguh, yaitu pertanian yang makin produktif dan efisien. Dengan kata lain dalam PJP II sektor pertanian diharapkan masih berperan penting. Untuk itu antara lain diperlukan sumberdaya manusia yang trampil, produktif dan makin dapat memanfaatkan perkembangan IPTEK.
2. Pembangunan kesehatan masyarakat merupakan salah satu sarana untuk meningkatkan mutu sumberdaya manusia dalam wujud manusia yang sehat jasmani dan rohani, sehingga mampu menjadi modal pembangunan, termasuk pembangunan pertanian. Sebaliknya pembangunan pertanian akan meningkatkan pendapatan dan penyediaan pangan bagi sebagian besar penduduk. Peningkatan ini merupakan salah satu prasyarat penting untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Dalam makalah ini akan diuraikan kemungkinan mekanisme hubungan timbal balik antara kedua sektor ini dan permasalahannya.

HUBUNGAN PERTANIAN DENGAN KESEHATAN

3. Tingkat kesehatan masyarakat ditentukan antara lain oleh keadaan lingkungan baik lingkungan fisik, ekonomi, sosial dan budaya. Faktor-faktor lingkungan tersebut dapat berkorelasi positif dan negatif pada kesehatan. Faktor kemiskinan misalnya, merupakan faktor lingkungan sosial ekonomi yang berkorelasi positif. Tingkat kesehatan keluarga miskin pada umumnya lebih buruk daripada kesehatan keluarga mampu. Oleh karena itu salah satu persyaratan penting untuk meningkatkan dengan lestari derajat kesehatan masyarakat adalah dengan meningkatkan pendapatannya.
4. Pembangunan sosial ekonomi selama PJP I telah berhasil menurunkan angka kemiskinan dari 54 juta orang (44 %) tahun 1976 menjadi 27,2 juta

orang (15,2 %) atau rata-rata turun 3,3 % pertahun atau hampir 2 juta orang dientaskan dari kemiskinan absolut. Menurut laporan Bank Dunia, penurunan angka kemiskinan rata-rata di Indonesia merupakan angka yang terbesar (tercepat) diantara negara-negara lain yang diterliti Bank Dunia.

5. Peranan sektor pertanian dalam penurunan angka kemiskinan dapat dijelaskan sebagai berikut. Pertama, masalah kemiskinan sebagian besar masih terdapat di pedesaan, yaitu; 17,8 juta (65 %) dari seluruh penduduk miskin (27,2 juta). Kurang lebih 75 % dari penduduk pedesaan yang miskin itu menggantungkan pendapatannya dari pertanian. Kedua beberapa kebijaksanaan pembangunan pertanian selama PJP I telah meningkatkan pendapatan petani. Rumah tangga petani termasuk buruh tani merupakan dua pertiga dari seluruh penduduk yang dientaskan dari garis kemiskinan selama periode tahun 1980 an. nampaknya teknologi yang diterapkan dalam BIMAS dan INMAS telah meningkatkan pendapatan nyata petani dari Rp 34.000 per ha padi menjadi Rp 82.000,- per ha (harga tahun 1968). Disamping itu, pendapatan rata-rata petani perkebunan karet, kelapa dan kelapa sawit di luar Jawa juga meningkat.
6. Peranan berikutnya adalah dalam penyediaan pangan untuk perbaikan gizi masyarakat. Keberhasilan swasembada beras dan upaya diversifikasi dan menjaga stabilisasi harga pangan yang ditempuh selama PJP I memberikan andil besar dalam mempertahankan keamanan pangan (food security) dan perbaikan gizi penduduk.

Ada perdebatan tentang pengaruh pertanian perdagangan (cash cropping) dan peningkatan keadaan gizi. Ada petani bukan pangan tidak banyak pengaruhnya terhadap perbaikan gizi. Penelitian tentang masalah ini menghasilkan dua pendapat yang bertentangan. Sekelompok peneliti mengatakan bahwa cash cropping telah memberikan dampak positif terhadap perbaikan gizi. Kelompok lain sebaliknya. Perbedaan ini disebabkan memang karena situasi masyarakat dan komoditi yang diteliti oleh masing-masing kelompok berbeda. Demikian juga metode penelitiannya. Yang jelas baik pertanian pangan maupun pertanian perdagangan dapat meningkatkan pendapatan keluarga. Masalahnya bagaimana tambahan pendapatan ini dimanfaatkan dan siapa yang mengambil keputusan untuk memanfaatkannya. Apakah ibu atau ayah. Suatu model hubungan antara produksi pertanian dan perbaikan gizi digambarkan oleh Braun dan Kennedy (thn 1986) seperti terlihat pada lampiran.

7. Pembangunan pertanian yang dikelola dengan memperhatikan kelestarian lingkungan memberikan dukungan kepada kesehatan dan kebersihan lingkungan. Oleh beberapa ahli lingkungan hidup, diversifikasi pertanian secara tradisional di negara-negara berkembang pada umumnya sudah berwawasan lingkungan. Beberapa penelitian pada petani/pedagang berpindah-pindah di beberapa negara tersebut ternyata menunjukkan adanya dampak pelestarian lingkungan, karena mendorong diversifikasi biologik atau biodiversity. Sebaliknya pertanian modern dan komersial tidak selalu menjamin kelestarian lingkungan. namin dalam World Development Report 1992 dari bank Dunia diingatkan bahwa sistem pertanian berpindah-pindah hanya cocok untuk teknologi tradisional selama lahan pertanian masih luas dan penduduk belum padat. Dalam keadaan penduduk makin padat, lahan makin sempit seperti yang terjadi di banyak negara Afrika, maka sistem pertanian berpindah membahayakan kesuburan lahan yang berdampak pada kerusakan pada lahan pertanian. Apa bila keadaan yang demikian ini ditambah dengan bencana kekeringan yang panjang maka berbagai teknologi pertanian tradisional menyebabkan malapetaka kemiskinan dan kelaparan serta kematian. Dengan demikian, pembangunan pertanian yang tidak berwawasan kelestarian lingkungan dapat menimbulkan malapetaka, tidak hanya gangguan kesehatan tetapi kematian.
8. Hubungan negatif antara pembagunan pertanian dan dampaknya kepada kesehatan dapat terjadi karena banyak hal. Dua hal penting diantaranya adalah dampak pembangunan irigasi dan pembangunan pestisida. Pembangunan pengarian dan irigasi pertanian dalam bentuk bendungan/dam dan embung-embung sudah sejak dulu dikenal dapat menjadi sumber vektor penyakit dan penyakit-penyakit yang menular melalui air lainnya. Salah satu penyakit yang terkenal adalah penyakit demam keong atau Schistozomiasis yang sangat mengganggu dan menurunkan produktifitas petani. Di Indonesia penyakit ini terdapat di sekitar danau Lindu dan Napu di Sulawesi Tengah. Di Afrika penyakit ini dikenal di Ghana yang berjangkit dan menyebar setelah pembangunan dam-dam pertanian. Meskipun akhir-akhir ini banyak dibangun bendungan besar dan sedang, setahu saya belum ada masalah penyakit demam keong ini timbul ditempat lain di luar Sulawesi tengah.
9. Penyakit lain yang erat kaitannya dengan irigasi adalah malaria dan beberapa penyakit "cacing" darah (diantaranya penyakit kaki gajah/filariasis) dan penyakit diare/kolera.

10. Hubungan negatif lainnya adalah dampak pestisida pada kesehatan. Penggunaan pestisida yang tidak terkendali menyebabkan ketidakseimbangan ekosistem karena timbulnya kematian dari spesies yang sebenarnya bukan makhluk sasaran untuk dibunuh seperti ular sawah, katak, burung dan berbagai jenis serangga. Disamping itu bahaya akumulasi residu pestisida pada makanan (buah dan sayuran) dan air minum sangat membahayakan kesehatan. Menurut catatan WHO antara tahun 1966-1986 di 10 negara berkembang di Afrika, Timur Tengah dan Asia (termasuk Indonesia telah dilaporkan terjadi lebih dari 9000 kejadian keracunan makanan akibat makanan yang tercemar pestisida.

Sekitar 3 juta orang menderita akibat keracunan pestisida atau insektisida dalam waktu pendek, 220.000 diantaranya meninggal. Kemudian 37.000 orang lainnya keracunan yang tidak spesifik (seperti kanker) untuk waktu lama (lihat lampiran).

11. Pengaruh negatif lain dari pembangunan pertanian adalah tercemarnya air minum di pedesaan oleh pupuk, pestisida dan kotoran hewan. Selain itu berbagai bahan-bahan kimia dari unsur-unsur logam seperti tembaga, seng dan logam berat lainnya juga sering mencemari air minum. Selain menyebabkan keracunan berbagai kontaminasi tersebut dapat menyebabkan penyakit kanker.

12. Masih ada masalah-masalah kesehatan lain yang diakibatkan secara langsung maupun tidak langsung karena pembangunan pertanian. Salah satu yang belum disebut adalah kecelakaan kerja di pertanian karena keracunan seperti diuraikan di atas, dipagut ular berbisa dsb. Dengan akan makin digunakannya mesin-mesin pertanian dalam rangka mekanisasi pertanian, maka bahaya kecelakaan karena alat-alat "modern" seperti yang sering terjadi di negara maju, juga mungkin mulai perlu diwaspadai.

APA YANG PERLU DILAKUKAN ?

- (1) Memperkelas ruang lingkup kerjasama dan keterpaduan antar sektor pertanian dan kesehatan; apa tujuan dan apa yang mau dikerjakan serta bagaimana, oleh siapa dan kapan.
- (2) Mendorong penelitian terpadu untuk mengetahui masalah kesehatan yang diakibatkan oleh pembangunan pertanian diberbagai wilayah Indonesia; apa masalahnya, berapa luas, siapa penderitanya, dimana, kapan dan apa sebab-sebab masalah itu. Keterpaduan antara kesehatan dan pertanian

diperlukan karena penelitian ini tidak terbatas pada masalah penyakit tetapi juga dengan belakang usaha taninya.

- (3) Dari hasil penelitian disusun strategi dan kebijaksanaan pencegahan dan penanggulangan masalah baik dari segi kesehatan maupun dari segi teknologi pertaniannya.
- (4) Agar kebijaksanaan dan kegiatan-kegiatan yang disusun dapat operasional dilapangan, perlu diadakan penataran pada PPL dan PPS atau petugas pertanian lapangan lainnya mengenai berbagai masalah di atas. Sebaliknya pada lokasi-lokasi tertentu pada petugas Puskesmas perlu diberikan tambahan pengetahuan tentang kemungkinan bahaya pencemaran yang terjadi akibat adanya pembangunan pertanian setempat terutama yang berskala besar.
- (5) menyusun program penyulhan kesehatan terpadu antara petugas Puskesmas dan PPL/PPS terutama di daerah-daerah pembangunan pertanian yang rawan pencemaran.
- (6) Menyusun program penyuluhan gizi terpadu dan kewaspadaan pangan dalam rangka "food security" dan perbaikan gizi penduduk pedesaan yang miskin.

KEPUSTAKAAN

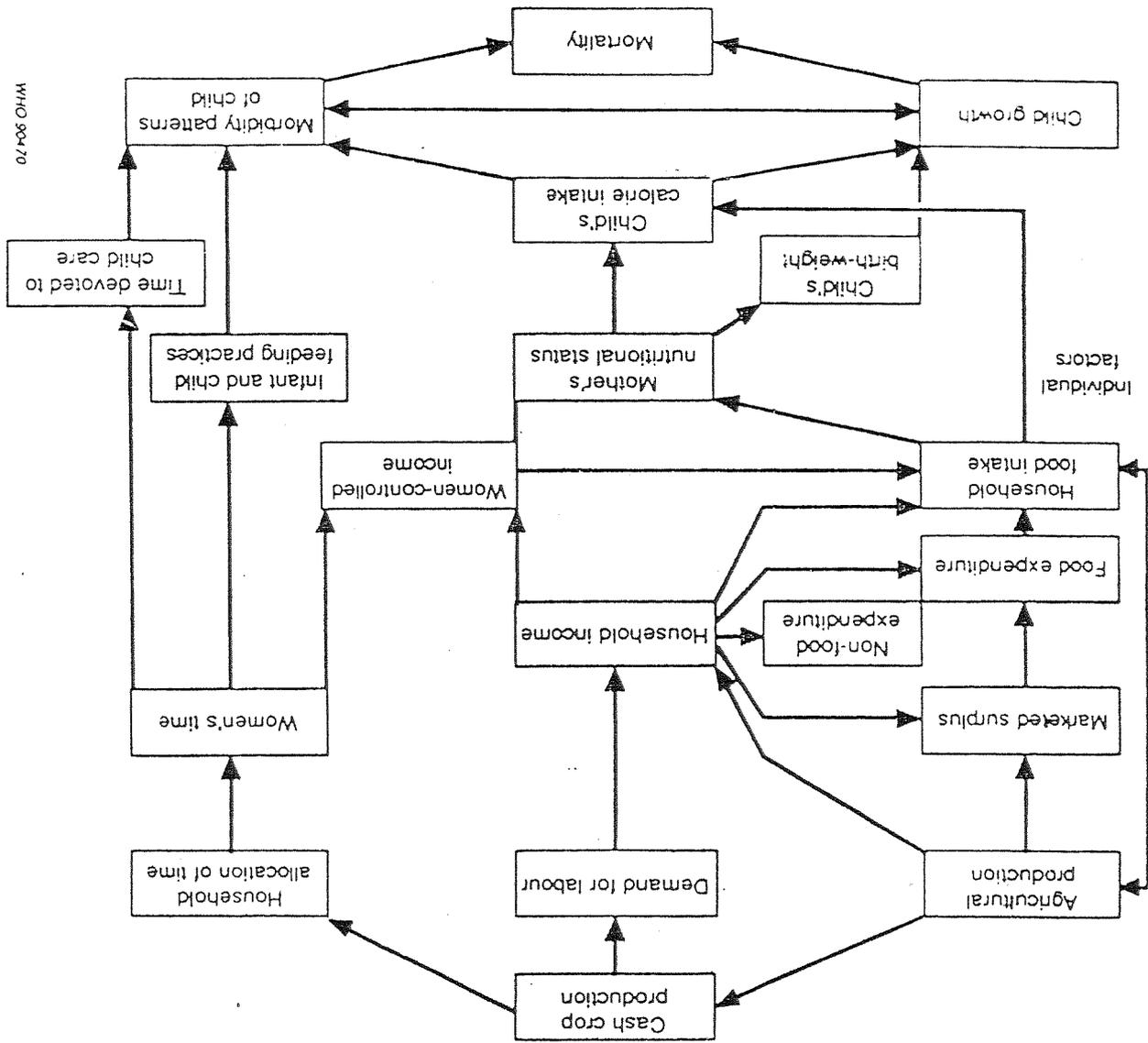
1. World Bank (1990).Indonesia, Poverty Assesment and Strategy Report.Report No.8034-IND, May 11, 1990.
2. World Bank (1992), Indonesia, Growth Infrastructure and Human Resources, Report No.1047-IND, May 11, 1992.
3. J.V. Braun (1992) Agriculture Commercialization and Diversification For Food Security and Nutritional Improvement, IFFRI, Washington.
4. BPS (1992) Kemiskinan dan Pemerataan Pendapatan di Indonesia (1976-1990), Jakarta.
5. WHO (1990) The Impact of Development Polices on Health, Geneva.
6. WHO (1992) Our planet, Our Health, Geneva.
7. J.V. Braun and E Kennedy (1988). Commercialization of Substence Agriculture;Income and nutrition effect in developing countries, In WHO (1990),op.cit.
8. Gene Wilbur (1992). Traditional Agriculture's Contribution to Biodiversity. In;Sustainable Development and Biodiversity, Conflics and Complementarities. Proceeding from Workshop at cornell University, Sept. 19-22, 1991.
9. World Bank (1992). World Development Report 1992. IBRD, Washington.

Tabel . Batas Garis kemiskinan, Jumlah dan Persentase Penduduk Miskin
Tahun 1976-1990

Tahun	Batas garis kemiskinan (Rp/kapita/bulan)		Persentase Penduduk Miskin (%)		Jumlah Penduduk Miskin (Juta)			
	Kota	Desa	Kota	Desa	Kota	Desa		
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1976	4 522	2 849	38,79	40,37	40,08	10,0	44,2	54,2
1978	4 969	2 981	30,84	33,38	33,31	8,3	38,9	47,2
1980	6 831	4 449	29,04	28,42	28,56	9,5	32,8	42,3
1981	9 777	5 877	28,06	26,49	26,85	9,3	31,3	40,6
1984	13 731	7 746	23,14	21,18	21,64	9,3	25,7	35,0
1987	17 381	10 294	20,14	16,44	17,42	9,7	20,3	30,0
1990	20 614	13 295	16,75	14,33	15,08	9,4	17,8	27,2

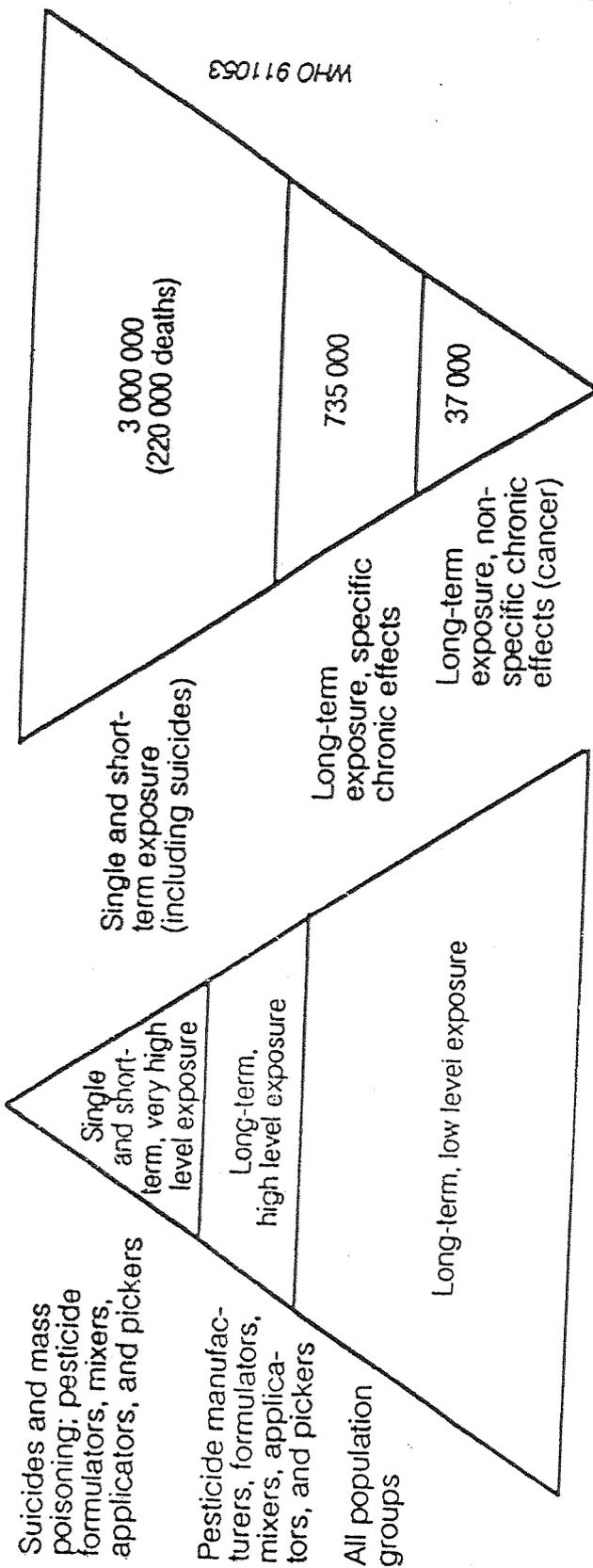
Diolah dari data SUSENAS

Fig. Some linkages between cash crop production and nutritional status at household and intrahousehold level



Source: Braun & Kennedy, 1986.

Box 24. Population groups at risk from pesticides and the overall annual public health impact



Source: *Public health impact of pesticides used in agriculture*. Geneva, World Health Organization, 1990.

KETERLIBATAN LEMBAGA NON-KESEHATAN DAN PERGURUAN TINGGI DALAM KESUMA

APA YANG DIMAKSUD DENGAN KESUMA?

Kesuma atau Kesehatan Untuk Semua adalah tujuan pembangunan kesehatan sedunia pada tahun 2000, berupa suatu kondisi di mana **setiap** insan mampu mencapai hidup sehat, sehingga dapat hidup produktif di bidang sosial maupun ekonomi. Tujuan ini serupa dengan tujuan pembangunan kesehatan di Indonesia, yakni tercapainya kemampuan hidup sehat **setiap penduduk** agar mampu mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dalam tujuan nasional.

Hal-hal yang terkandung dalam pengertian Kesuma mencakup:

1. terpenuhinya hak setiap orang untuk hidup sehat
2. terwujudnya keadilan sosial di bidang kesehatan
3. terwujudnya pemerataan kesehatan sebagai salah satu unsur kesejahteraan masyarakat
4. pentingnya upaya promotif dan preventif
5. hanya dapat dicapai dengan upaya Kesehatan Oleh Semua
6. menuntut kerjasama, kontribusi dan partisipasi semua pihak, baik sektor kesehatan, sektor non-kesehatan maupun masyarakat. Dengan perkataan lain menuntut pendekatan kesisteman.

Indikator tercapainya Kesuma:

1. Indikator Kebijakan:

- ditetapkan tujuan mencapai Kesuma dan pemerataan kesehatan sebagai kebijakan pembangunan kesehatan
- meningkatnya peranserta masyarakat dalam pembangunan kesehatan
- Minimal 5% GNP untuk pembiayaan pembangunan kesehatan
- Tersedianya dana lokal untuk upaya kesehatan
- Meratanya penyebaran sumberdaya kesehatan

2. Indikator Upaya Kesehatan:

Tersedianya kebutuhan dasar untuk hidup sehat, yang meliputi: air bersih, sanitasi dasar, imunisasi, obat esensial dan KIA-KB.

3. Indikator Status Kesehatan:

- Angka Kematian Bayi di bawah 50 per 1000 kelahiran hidup
- Umur harapan hidup di atas 60 tahun

4. Indikator Sosio-ekonomi:

- Angka melek huruf orang dewasa diatas 70%
- Pendapatan per kapita di atas USD 500,-

Identitas Kesuma adalah logo berupa lingkaran yang bertuliskan Kesehatan Untuk Semua, dikelilingi oleh orang bergandengan.



MENGAPA PERLU MENCAPAI KESUMA?

Kesuma perlu dicapai karena hal hal berikut:

1. Kesehatan amat berarti bagi kehidupan manusia, karena memberi modal bagi produktivitas manusia, baik di bidang sosial maupun ekonomi; sehingga dapat menjamin hidup yang bermartabat dan bahagia.
2. Kesehatan sudah dinyatakan sebagai hak setiap insan dalam Undang-Undang yangt tentang Kesehatan 1992. Dengan demikian misi pembangunan kesehatan bangsa Indonesia adalah memenuhi hak setiap orang untuk hidup sehat, dalam kondisi Kesuma tersebut; di mana siapa saja, kapan saja dan di mana saja mampu meraih hidup sehat.
3. Dewasa ini, perkembangan kehidupan manusia telah sampai pada kemajuan teknologi, pendayagunaan sumberdaya alam dan industrialisasi yang dapat merugikan manusia dan lingkungan kehidupannya. Untuk mencegahnya, diperlukan pembangunan yang berwawasan Kesuma, sehingga dapat senantiasa dicegah terjadinya efek pembangunan yang merugikan kesehatan dan menghancurkan kehidupan manusia.

DIMANA PERLU DIWUJUDKAN KESUMA?

Kesuma perlu diwujudkan di seluruh dunia, karena gangguan kesehatan di satu wilayah dapat mempengaruhi kondisi kesehatan di wilayah lainnya, mengingat manusia hidup bersama dalam satu lingkungan dunia.

Di samping itu, kesehatan dibutuhkan oleh setiap orang, agar dapat menjalani hidup produktif yang bermartabat di bidang sosial maupun ekonomi, menuju hidup bahagia. Tidak adil rasanya bila hanya mereka yang tinggal di daerah tertentu saja yang dapat hidup sehat. Dengan kata lain, Kesuma adalah wujud kesehatan global.

KAPAN HARUS DIWUJUDKAN KESUMA?

Sebagai suatu tujuan global di bidang kesehatan dan kesejahteraan sosial, dalam Musyawarah Kesehatan Sedunia tahun 1977, Kesuma telah ditetapkan untuk dicapai oleh seluruh negara bersama-sama pada tahun 2000. Indonesia sebagai anggota Organisasi Kesehatan Sedunia yang terikat dengan pencapaian tujuan tersebut bersama dengan negara lain di dunia.

Kesuma bagi Indonesia mempunyai makna yang khusus. GBHN 1988 mengisyaratkan bahwa dalam Pelita VI, pembangunan nasional akan memasuki tahap **tinggal landas**, dimana pembangunan akan dipacu dengan kemampuan dan kekuatan sendiri. Kesuma dapat diartikan sama dengan keadaan yang harus dimiliki bidang kesehatan saat pembangunan memasuki tahapan tinggal landas. Waktunya kira-kira sekitar awal periode pembangunan jangka panjang kedua (Pelita VI dstnya).

SIAPA SAJA YANG TERLIBAT DALAM UPAYA MENCAPAI KESUMA?

Kesuma hanya dapat dicapai dengan upaya kesehatan oleh semua orang, tak mungkin oleh sebagian orang saja. Hal ini mengingat kesehatan dipengaruhi oleh kondisi lingkungan antar wilayah, perilaku orang ke orang, ketersediaan dan kemampuan pelayanan kesehatan dan faktor-faktor genetika/kependudukan.

Dengan skema Blum, jelas digambarkan interaksi antara 4 faktor utama yang mempengaruhi derajat kesehatan; yakni faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan faktor keturunan.

BAGAIMANA MENCAPAI KESUMA?

Untuk meningkatkan derajat kesehatan, diperlukan pengendalian terhadap keempat faktor tersebut. Jelas bahwa untuk pengendalian faktor lingkungan diperlukan kerjasama lintas sektor pembangunan. Pengendalian faktor perilaku memerlukan keterlibatan atau peranserta aktif yang bersangkutan, baik sebagai individu, keluarga maupun masyarakat secara keseluruhan.

Pengendalian pelayanan kesehatan harus dilakukan dengan mengarahkan pelayanan kepada pemerataan dan perluasan jangkauan serta menjamin mutu yang adekuat. Untuk ini perlu dikembangkan banyak teknologi tepatguna kesehatan, yakni teknologi efektif yang dapat digunakan semua orang dengan memanfaatkan sumberdaya setempat, sehingga dapat berdampak luas dalam waktu yang singkat. Di samping itu, upaya kesehatannyapun harus dipilih yang efisien; artinya bukan upaya kuratif atau rehabilitatif yang umumnya lebih mahal, namun lebih baik suatu upaya paripurna dengan penekanan pada upaya promotif-preventif yang simbang dan serasi dengan upaya kuratif-rehabilitatif. Upaya promotif-preventif dipandang lebih baik, karena berlangsung sebelum suatu peristiwa gangguan kesehatan terjadi. Sedangkan upaya kuratif-rehabilitatif biasanya dilakukan sesudah terjadi masalah kesehatan, sehingga sudah berhadapan dengan keadaan yang lebih parah dan lebih sulit untuk dikembalikan pada status kesehatan sebelum terganggu.

Pengendalian terhadap faktor keturunan umumnya dilakukan dengan pengembangan teknologi kedokteran dan kesehatan. Dibandingkan faktor lingkungan, perilaku dan pelayanan kesehatan, faktor keturunan merupakan yang terkecil pengaruhnya terhadap derajat kesehatan penduduk.

Dengan demikian, jelas bahwa untuk mencapai Kesuma diperlukan pemanfaatan semua potensi yang dimiliki, baik potensi sektor pembangunan non kesehatan guna mengatasi pengaruh faktor lingkungan yang demikian luasnya; potensi masyarakat guna mengatasi faktor perilaku yang mempengaruhi kesehatan; maupun potensi sektor kesehatan sendiri guna mengarahkan pelayanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan masyarakat luas dengan seadil-adilnya. Pendekatan ini, yang ingin mengatasi masalah kesehatan dengan memanfaatkan semua potensi dikenal sebagai pendekatan kesisteman; yang kemudian melandasi Sistem Kesehatan Nasional.

Dalam konteks dunia, pendekatan kesisteman ini dirumuskan dengan istilah PHC atau strategi Primary Health Care untuk mencapai Kesuma. PHC sebagai strategi global yang disepakati untuk mencapai Kesuma bercirikan sebagai berikut:

- a. Perluasan upaya kesehatan dasar
- b. Penerapan teknologi tepatguna
- c. Prioritas pada upaya preventif dan promotif
- d. Peningkatan peranserta masyarakat yang berazaskan kemandirian dan keswadayaan
- e. Kerjasama lintas sektoral

Bentuk-bentuk PHC di Indonesia a.l. dikenal sebagai Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD), yaitu Dana Sehat/JPKM, Posyandu, Pos Obat Desa, Pondok Bersalin Desa, dan sebagainya.

Untuk konteks Indonesia, ada **9 prakondisi** penting yang harus dicapai saat memasuki tahap tinggal landas sebagai wujud Kesuma, yang mencakup:

1. Dihayati dan diterimanya pendekatan PHC (Primary Health Care) sebagai pendekatan utama dalam pembangunan kesehatan oleh setiap tenaga kesehatan.
2. Dihayatinya wawasan kesehatan masyarakat oleh setiap pengambil keputusan, perumus kebijakan maupun perencana program kesehatan.

3. Tercapainya pemerataan pelayanan kesehatan dasar di seluruh Indonesia.
4. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan yang nyata.
5. Mulai berkembangnya dana upaya kesehatan masyarakat di daerah pedesaan.
6. Mulai berfungsinya sistim rujukan medik dan rujukan kesehatan.
7. Makin meningkatnya efisiensi dan efektivitas manajemen kesehatan.
8. Telah berkembangnya mekanisme kerjasama lintas sektoral maupun kerjasama dengan lembaga-lembaga swadaya masyarakat, termasuk perhimpunan profesi dalam pembangunan kesehatan.
9. Makin meningkatnya keterlibatan masyarakat dalam mengatur kesehatannya sendiri, baik dalam pengambilan keputusan, perencanaan maupun pelaksanaannya.

Jelas bahwa dari uraian tersebut, pencapaian Kesuma hanya dimungkinkan bila dilakukan pendekatan kesisteman, melibatkan semua potensi bangsa, yang dalam garis besarnya dapat dibagi dalam potensi sektor pembangunan non-kesehatan, potensi masyarakat serta potensi sektor pembangunan kesehatan sendiri.

BAGAIMANAKAH KETERLIBATAN LEMBAGA NON-KESEHATAN DALAM KESUMA?

Pendekatan kesisteman seperti diuraikan diatas, menuntut agar kesehatan merasuk kedalam kegiatan segala pihak dan di segala bidang kehidupan, karena posisinya yang hakiki sebagai hak setiap orang dan karena kehendak hati nurani kemanusiaan untuk melestarikan kehidupan manusia, bukan menghancurkannya.

Dengan sendirinya, setiap lembaga sebagai suatu bentuk organisasi sekelompok orang yang biasanya terikat untuk memperjuangkan salah satu segi kehidupan manusia, akan selalu mempunyai kaitan dan kepentingan dengan kesehatan. Walaupun lembaga tersebut bukan lembaga kesehatan, seyogyanya tetap memberikan perhatian dalam membina kesehatan di lembaganya. Bila perlu dengan membentuk unit khusus yang menangani kesehatan; sehingga segala upaya spesifik lembaga itu akan selalu berwawasan kesehatan, mengingat kesehatan menjadi juga salah satu kebutuhan dasar dalam kehidupan orang-orang yang menjalankan lembaga tersebut.

Peranan utama lembaga non-kesehatan dalam pencapaian Kesuma adalah untuk senantiasa mengisi dan mewarnai setiap kegiatan lembaganya dengan warna kesehatan. Hal ini misalnya akan sangat bermakna bagi lembaga non-kesehatan seperti pertambangan dan energi (ingat kasus pemukiman di bawah tegangan listrik tinggi), dan industri barang maupun jasa. Makin dalam taraf kerasukan lembaga ini terhadap kesehatan, makin amanlah kegiatan-kegiatannya dari efek yang merugikan kesehatan dan menghancurkan kehidupan manusia.

BAGAIMANA KETERLIBATAN PERGURUAN TINGGI DALAM KESUMA?

Perguruan tinggi merupakan arena pendidikan yang diharapkan menghasilkan tenaga ahli di pelbagai bidang kehidupan, yang bila terjun ke masyarakat nanti akan menjadi sumber pendapat atau panutan msyarakat. Bila selama pendidikannya, para ahli ini memperoleh pelbagai wawasan untuk membina kehidupan yang sarat nilai-nilai keadilan dan kemanusiaan, niscaya dapat dihasilkan para panutan atau pemimpin yang membela hak-hak manusia, termasuk hak hidup sehat setiap insan. Hal ini amat sejalan dengan nilai-nilai ketuhanan, kemanusiaan, keadilan sosial, persatuan dan kesatuan dalam dasar negara Pancasila. Dengan sendirinya, diperlukan suatu upaya yang sungguh-sungguh untuk mengembangkan kepedulian sosial dan wawasan Kesuma selama pendidikan. Hal ini tidak dapat dihasilkan dengan pendidikan di kelas saja, namun harus dengan pemberian pengalaman sejati yang akan memperdalam

penghayatan terhadap masalah dan mengembangkan suatu sikap hidup yang sesuai sesudahnya.

Perguruan tinggi juga memiliki beberapa fungsi yang amat bermakna bagi pencapaian Kesuma sebagai berikut:

- a. Mempersiapkan pemimpin masa depan. Ini akan sangat membantu pengembangan, penggerakan dan penyebarluasan wawasan Kesuma yang pada gilirannya akan membawa segenap bangsa pada tercapainya Kesuma.
- b. Mendidik tenaga ahli di pelbagai bidang kehidupan. Wawasan Kesuma yang ditanamkan selama pendidikan tenaga ahli ini, akan membantu menghasilkan ahli berwawasan Kesuma, sehingga dapat dicegah proses produksi atau produk bidang keahliannya yang merugikan kesehatan.
- c. Mengembangkan teknologi, termasuk teknologi tepatguna di bidang keilmuan yang bersangkutan yang berwawasan Kesuma sehingga terhindar dari efek yang dapat merupakan bencana bagi kesehatan dan kehidupan umat manusia.
- d. Mengabdikan ilmu bagi kebutuhan masyarakat, antara lain melalui pemberian pengalaman bakti sosial kepada mahasiswa, sebagai sarana ampuh untuk mengembangkan sifat-sifat kepemimpinan yang diperlukan bagi kehidupannya bila terjun di masyarakat kelak. Pengalaman berinteraksi dengan masyarakat memberi kesempatan ybs. mempelajari realita kehidupan, ketimpangan sosial dan cara-cara mengatasinya, sehingga dalam diri peserta didik dapat berkembang kemampuan manajemen maupun sikap hidup berwawasan keadilan sosial termasuk wawasan Kesuma.

Khusus untuk perguruan tinggi bidang pertanian, amat diperlukan pengembangan pembangunan pertanian yang berwawasan Kesuma, karena beberapa alasan sebagaimana diuraikan di bawah ini.

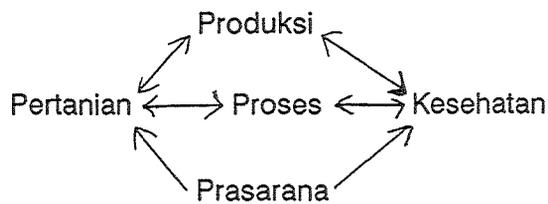
MENGAPA DIPERLUKAN PEMBANGUNAN PERTANIAN YANG BERWAWASAN KESUMA?

Dalam pembangunan pertanian dijumpai berbagai kendala baik dari aspek sumberdaya manusia maupun fisik dan teknologi yang dapat menghambat tercapainya tujuan pembangunan pertanian.

- a. Kendala sumberdaya manusia, seperti: kondisi kesehatan yang kurang baik dan produktivitas kerja yang rendah.
- b. Kendala alam/fisik yang kurang menunjang seperti: ketersediaan serta kualitas air yang rendah; kandungan zat hara yang rendah; pemiskinan lahan akibat penebangan hutan yang tidak bertanggungjawab hingga dapat menimbulkan kerugian berupa a.l.:
 1. perubahan ekologi
 2. air tanah berkurang
 3. meledaknya malaria sebagai akibat pembabatan hutan bakau yg tak terkendali.
 4. tingkat kesuburan tanah menurun
- c. Kendala penerapan teknologi, seperti:
 1. praktek pertanian yang merugikan kesehatan petani dan lingkungan, a.l. penggunaan pestisida yang kurang aman, pola tanah yang tak sesuai
 2. penanganan pasca panen, a.l. penggunaan pestisida, antibiotik atau bahan pengawet pada makanan.

Melihat masalah-masalah tersebut, maka dalam pembangunan pertanian selain meningkatkan produksi, juga perlu memperhatikan dampak dari kegiatan peningkatan produksi terhadap aspek aspek yang merugikan kesehatan.

Hubungan antara pembangunan pertanian dengan kesehatan:



Dengan melihat hubungan tersebut, jelas bahwa pembangunan pertanian yang berwawasan Kesuma amat diperlukan, mengingat pula hal-hal berikut untuk Indonesia:

- a. Sektor pertanian merupakan mata pencaharian sebagian besar penduduk
- b. Hasil pertanian dinikmati oleh semua penduduk
- c. Produk (ganja, tembakau, ternak sakit, hasil perikanan tercemar dsbnya) dan proses pertanian (penggunaan pestisida dll) dapat berpengaruh positif dan negatif terhadap kesehatan masyarakat.
- d. Prasarana pertanian (seperti bendungan di daerah endemik penyakit parasit malaria, schistosomiasis) dapat merugikan kesehatan masyarakat.
- e. Upaya kesehatan dapat meningkatkan hasil pertanian dan melindungi tenaga kerja sektor pertanian.

Guna mengembangkan pembangunan pertanian yang berwawasan Kesuma, disadari peranan pengembangan kepemimpinan sektor pertanian yang berwawasan Kesuma. Upaya dasarnya merupakan upaya edukatif ini, perlu mendapat tempat yang wajar, karena sangat sesuai dengan wahana perguruan tinggi dimana dipersiapkan para pemimpin masa depan.

PENGERTIAN KEPEMIMPINAN KESUMA

Kepemimpinan Kesuma atau kepemimpinan yang berwawasan Kesuma (Kesehatan Untuk Semua) adalah kepemimpinan yang mampu memperjuangkan dan menggerakkan lingkungannya untuk mewujudkan Kesuma.

Sejarah perkembangan masyarakat maupun bangsa-bangsa, mencatat bahwa setiap perubahan sosial yang besar di masyarakat atau bangsa, selalu dapat dihubungkan dengan adanya kepemimpinan yang kuat, dari seorang tokoh masyarakat atau negarawan. Jelas bahwa kepemimpinan atau kemampuan memimpin tersebut, merupakan suatu faktor yang sangat penting, bahkan mungkin terpenting dalam setiap perubahan yang besar.

Hal-hal yang terkandung dalam pengertian Kepemimpinan Kesuma meliputi:

1. Kepemimpinan yang menghayati dan menerapkan strategi PHC/PKMD
2. Kepemimpinan yang mampu:
 - a. memperluas pemerataan kesehatan,
 - b. mendorong penerapan teknologi tepat guna,
 - c. memberikan prioritas pada upaya prevensi dan promosi,
 - d. meningkatkan peranserta masyarakat, dan
 - e. meningkatkan kerjasama lintas sektoral.
3. Kepemimpinan yang dedikatif, penuh inisiatif dan kreatif, serta berani mengambil resiko sehingga mampu menghasilkan perubahan positif berupa terwujudnya Kesuma.

4. Kepemimpinan yang memiliki persepsi jelas tentang konsep Kesuma atau keadilan sosial di bidang kesehatan; kompetensi profesional yang mantap; serta komitmen yang tinggi untuk memperjuangkan terwujudnya Kesuma.

Pengembangan kemampuan dan sikap kepemimpinan tersebut tidak saja perlu dilakukan dalam kalangan para pemegang posisi pimpinan pada saat ini, tetapi terlebih lagi pada mereka yang menjadi calon pemimpin masa depan (future leaders).

Untuk pengembangan kepemimpinan masa depan ini, jalur pendidikan memegang peranan penting, disamping penciptaan lingkungan (tantangan dan peluang) yang kondusif bagi terwujudnya hal tersebut.

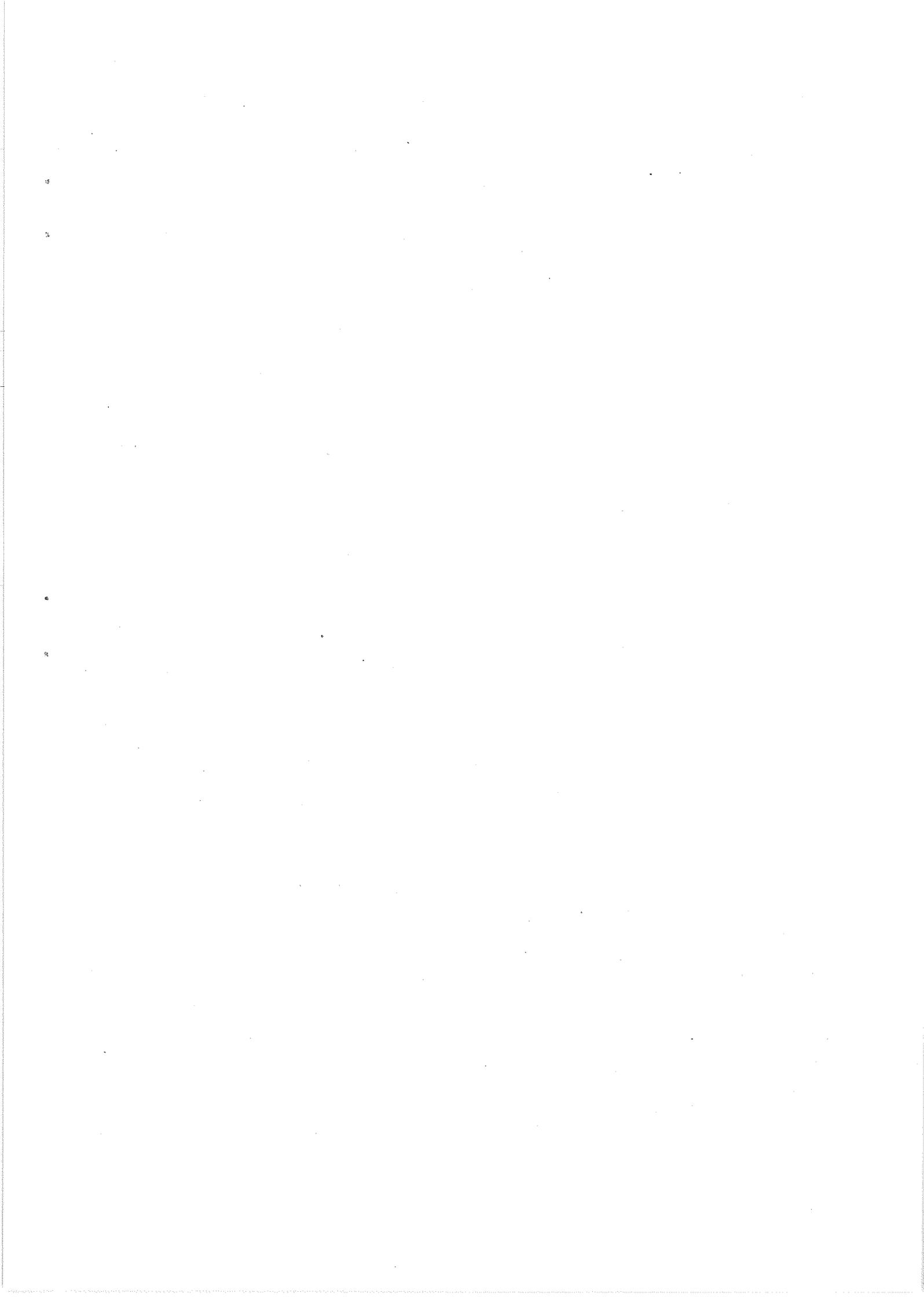
5. Pengembangan Kepemimpinan Kesuma merupakan suatu inisiatif dari Direktur Jenderal WHO pada tahun 1985, untuk mendukung negara-negara anggota guna mengambil langkah-langkah dari perumusan kebijaksanaan hingga pelaksanaan kegiatan, dalam rangka mencapai tujuan Kesuma pada tahun 2000 yang akan datang. Tujuan utama dari inisiatif pengembangan kepemimpinan tersebut adalah untuk mendapatkan critical mass dari orang-orang yang mampu memimpin dalam gerakan Kesuma di setiap negara.

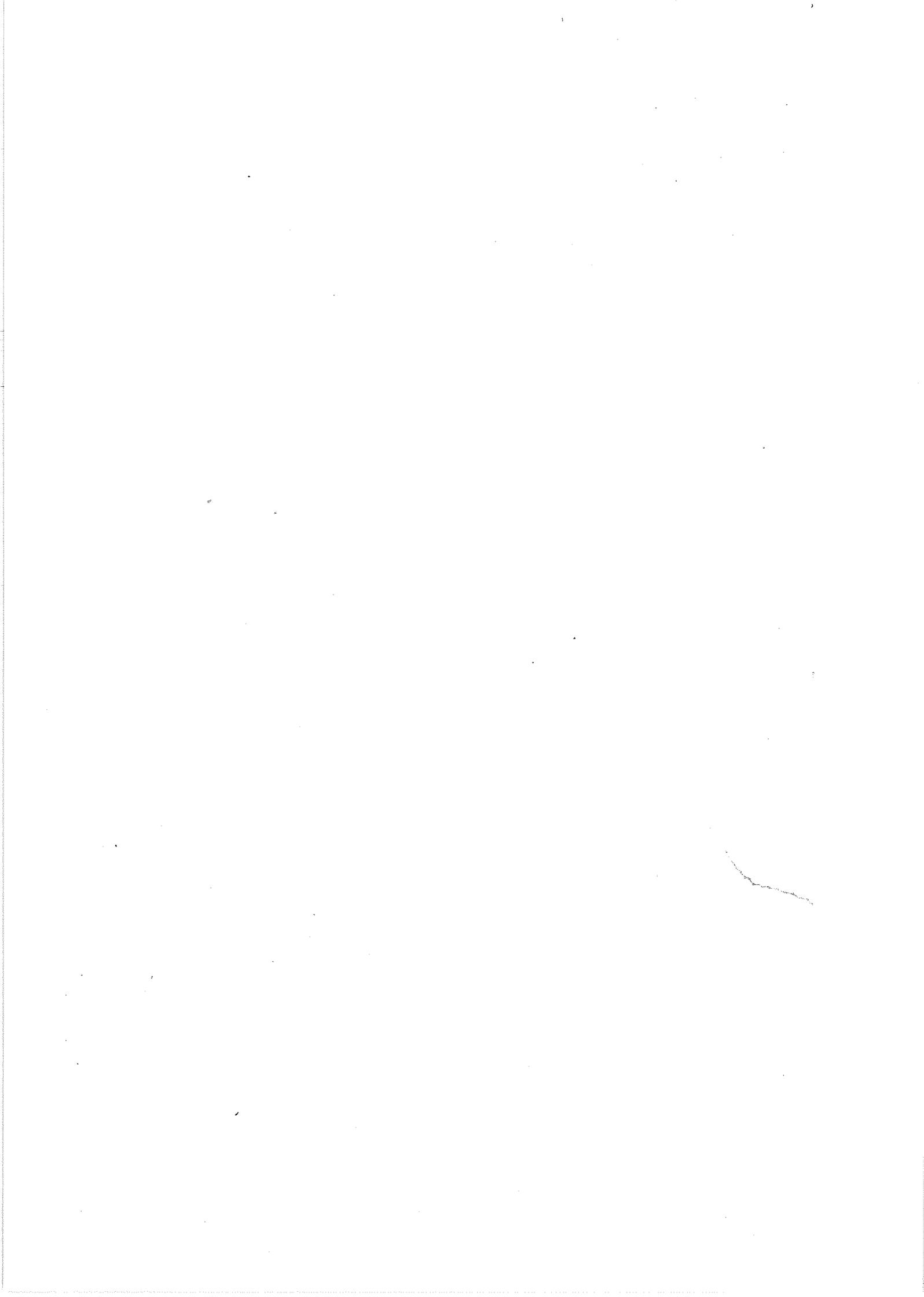
Keberhasilan seorang pemimpin tidak diukur dengan kharisma yang dipunyainya, juga tidak dari penampilannya maupun kekuasaan yang ada padanya; tetapi diukur dengan perubahan sosial yang nyata yang diciptakannya, diukur dengan sejauh mana kebutuhan dan harapan masyarakat dapat dipenuhinya. Itulah kepemimpinan yang bermoral, dimana nilai-nilai moral mempunyai tempat yang penting, dimana pemimpin mempertanggung-jawabkan komitmennya dengan menciptakan perubahan-perubahan sosial, yang relevan dengan kebutuhan dan aspirasi masyarakat yang dipimpinnya.

6. Kepemimpinan Kesuma adalah kepemimpinan yang mampu memimpin gerakan Kesuma atau memperjuangkan tercapainya Kesuma baik yang berkarya di sektor kesehatan, non kesehatan maupun masyarakat.

Mengingat kesehatan tidak merupakan tanggungjawab sektor kesehatan saja, tetapi juga masyarakat dan sektor-sektor lain yang terkait, maka sasaran pengembangan kepemimpinan Kesuma tidaklah hanya para pejabat dalam posisi puncak sektor kesehatan saja, tetapi juga para pengambil keputusan di setiap tingkat pemerintahan, di sektor-sektor yang terkait dengan kesehatan, para pendidik baik di sektor kesehatan maupun non kesehatan, para tokoh masyarakat maupun lembaga swadaya masyarakat.

7. Kepemimpinan Kesuma merupakan salah satu unsur kepemimpinan berwawasan kesejahteraan di Indonesia, yang bersama dengan unsur kepemimpinan lainnya, mengamalkan nilai-nilai dasar yang terkandung dalam kepemimpinan Pancasila.





KETERPADUAN PANGAN DAN GIZI DENGAN KESEHATAN DALAM MENCAPAI KESEHATAN UNTUK SEMUA ¹⁾

Oleh:

DR. Fasli Jalal ²⁾

Pendahuluan

Masyarakat Indonesia yang sehat selain menjadi salah satu tujuan pembangunan sekaligus juga merupakan sarana untuk mencapai tujuan pembangunan. Karena itu dalam rangka pengembangan mutu sumber daya manusia, maka taraf kesehatan rakyat perlu makin ditingkatkan. Dalam Garis-garis Besar Haluan Negara (GBHN) tahun 1988, pembangunan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan termasuk keadaan gizi masyarakat. Sejalan dengan arahan tersebut, dalam Repelita V prioritas pembangunan kesehatan ditekankan pada upaya peningkatan kesehatan masyarakat dan pencegahan penyakit, tanpa mengabaikan upaya penyembuhan dan pemulihan penyakit. Sasaran pokok pembangunan kesehatan dalam Repelita V diarahkan untuk menurunkan Angka Kematian Bayi (AKB), Angka Kematian Anak Balita (AKABA), Angka Kematian Ibu Hamil, dan peningkatan umur harapan hidup, serta peningkatan status gizi masyarakat.

Tingkat kesehatan yang layak bagi semua di tahun 2000 tidak dapat dicapai oleh sektor kesehatan sendiri, tetapi hanya dapat dicapai melalui kemauan politik nasional dan koordinasi upaya-upaya sektor kesehatan dengan kegiatan-kegiatan yang relevan dari sektor-sektor pembangunan sosial dan ekonomi lainnya. Karena pembangunan kesehatan selain menyumbang pada, juga merupakan hasil dari, pembangunan sosial dan ekonomi, maka idealnya kebijaksanaan kesehatan harus merupakan bagian dari kebijaksanaan pembangunan keseluruhannya, dan dengan demikian mencerminkan tujuan sosial dan ekonomi pemerintah dan rakyat. Dengan cara demikian strategi sektor kesehatan dan sektor-sektor sosial ekonomi termasuk sektor pertanian, akan saling mendukung, dan bersama-sama membantu tercapainya tujuan akhir masyarakat.

1) Disampaikan pada Semiloka Pengembangan Jaringan Kepemimpinan KESUMA di IPB, 12 September 1992, Bogor.

2) Kepala Biro Kesehatan dan Gizi, Bappenas

Dalam makalah ini akan dibahas upaya-upaya yang sudah, sedang dan akan dilakukan Pemerintah dalam mencapai Kesehatan Untuk Semua (KESUMA) pada tahun 2000, serta dampak, baik yang direncanakan maupun yang tidak, dari pembangunan pertanian terhadap pembangunan kesehatan.

Pembangunan Kesehatan di Indonesia Sampai Akhir Repelita V

Pembangunan kesehatan dalam Repelita V pada dasarnya merupakan kelanjutan dan peningkatan dari hasil-hasil yang dicapai sejak Repelita I sampai dengan akhir Repelita IV. Oleh karena itu pada tahun ketiga Repelita V (1991/92) pembangunan kesehatan lebih diarahkan pada pemantapan program-program tahun 1990/91.

Hal ini meliputi, pertama, memperluas jangkauan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dasar melalui Puskesmas. Kedua, meningkatkan upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular. Dan ketiga, meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Ketiga program tersebut ditunjang oleh program-program lain seperti Perbaikan gizi, Kesehatan Ibu dan Anak, Penyediaan Air Bersih, Penyehatan Lingkungan dan Pemukiman, Penyuluhan Kesehatan, Pengembangan Laboratorium Kesehatan, serta Pengendalian, Pengadaan dan Pengawasan Obat dan Makanan. Di samping itu ditingkatkan pula Pelatihan dan Pendidikan Tenaga Kesehatan, serta Penelitian Kesehatan untuk mendukung peningkatan berbagai program di atas.

Di bidang pelayanan kesehatan masyarakat upaya terutama diarahkan untuk memperluas jangkauan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dasar. Wahana utama untuk upaya ini adalah perluasan jaringan dan peningkatan mutu pelayanan Puskesmas. Pada tahun 1991/92 telah berhasil disediakan sarana kesehatan bagi penduduk sampai ke pelosok tanah air dengan rata-rata 1 Puskesmas (termasuk Puskesmas Pembantu) bagi 6.500 penduduk, 1 dokter untuk 6.500 penduduk, dan 1 tenaga perawat/bidan untuk 1.700 penduduk, semuanya dengan penyebaran yang hampir merata. Sedangkan dalam Repelita I, rasio tersebut berturut-turut baru 1:52.000, 1:20.000, dan 1:7.000, dengan penyebaran yang tidak merata dan condong berkumpul di kota. Mulai tahun 1991/92 juga telah dilaksanakan paket pelayanan Puskesmas Jalan Kaki di Propinsi Irian Jaya dan Pelayanan

Kesehatan Masyarakat Gugus Pulau di Propinsi Maluku. Paket pelayanan tersebut memungkinkan petugas Puskesmas berkeliling dari satu desa ke desa lainnya di daerah terpencil dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Penurunan angka kesakitan dan kematian bayi dan anak balita dipercepat dengan dilakukannya upaya pencegahan penyakit melalui imunisasi. Pada tahun ketiga Repelita V secara nasional Indonesia telah mencapai Universal Child Immunization (UCI) dengan cakupan sebesar 88,6%. Artinya sebanyak 88,6% dari jumlah bayi yang ada telah mendapat imunisasi lengkap yang meliputi vaksinasi BCG, DPT, Polio dan Campak. Dua puluh dua dari seluruh propinsi sudah mencapai UCI dengan cakupan berkisar antara 81% sampai 100%. Sementara itu cakupan vaksinasi ibu hamil telah mencapai 59,9%.

Untuk meningkatkan mutu pelayanan rujukan dan lebih mempercepat peningkatan jumlah sarana pelayanan kesehatan, maka peran serta swasta makin ditingkatkan. Pada tahun 1991/92 telah terdapat sebanyak 997 buah rumah sakit swasta dengan 43.600 tempat tidur, sehingga secara keseluruhan jumlah rumah sakit yang ada adalah 1.633 buah dengan 122.721 tempat tidur.

Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK) telah dilaksanakan di semua propinsi yang mencakup 60.798 desa binaan. Sementara itu dalam upaya penanggulangan gangguan akibat kekurangan zat gizi mikro (kekurangan vitamin A, anemia gizi, dan gangguan akibat kekurangan iodium) telah dibagikan kapsul vitamin A dosis tinggi kepada lebih dari 11 juta anak, tablet besi kepada 2,5 juta ibu hamil tiap tahunnya dan iodisasi garam dan penyuntikan lipiodol kepada 1,9 juta orang melalui dasawisma PKK, Posyandu dan Puskesmas. Hasilnya antara lain ditandai dengan makin baiknya keadaan gizi masyarakat khususnya balita, yaitu dengan makin menurunnya angka prevalensi gizi kurang dari 15,9% pada tahun 1978 menjadi 10,5% pada tahun 1989 atau menurun dengan 30% dalam satu dasawarsa. Demikian pula angka prevalensi Kurang Energi Protein (KEP) berat juga turun dari sekitar 3% menjadi 1,4% dalam waktu yang sama. Sementara itu masalah kekurangan vitamin A sudah mulai dapat di atasi, sehingga bukan lagi menjadi masalah kesehatan masyarakat.

Di samping itu untuk mengembangkan potensi swadaya masyarakat dibidang kesehatan, penyuluhan kesehatan masyarakat dilaksanakan melalui

mampu untuk memelihara dan mengembangkan apa yang telah dicapai, dan mampu untuk meningkatkan kemandirian.

Tujuan dari *Kesehatan untuk Semua pada tahun 2000* serupa dengan tujuan pembangunan kesehatan di Indonesia yang dirumuskan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN). SKN adalah tatanan yang mencerminkan upaya bangsa Indonesia untuk meningkatkan kemampuan mencapai derajat kesehatan yang optimal sebagai salah satu perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam Pembukaan Undang-undang Dasar 1945.

Pada dasarnya SKN juga adalah penjabaran dari pola atau arah dan strategi pembangunan kesehatan yang ditetapkan dalam Garis-garis Besar Haluan Negara (GBHN).

GBHN 1988 mengisyaratkan bahwa dalam Pelita VI, pembangunan nasional akan memasuki tahap tinggal landas, dimana pembangunan akan dipacu dengan kemampuan dan kekuatan sendiri. KESUMA pada tahun 2000 dapat diartikan sama dengan keadaan yang harus dimiliki bidang kesehatan pada saat pembangunan kesehatan memasuki tahap tinggal landas.

Keadaan atau kondisi penting yang harus dicapai pada saat itu antara lain adalah :

1. Dihayati dan diterimanya pendekatan PHC (Primary Health Care) sebagai pendekatan utama dalam pembangunan kesehatan oleh setiap tenaga kesehatan.
2. Dihayatinya wawasan kesehatan masyarakat oleh setiap pengambil keputusan, perumus kebijaksanaan maupun perencana program kesehatan.
3. Tercapainya pemerataan pelayanan kesehatandasar di seluruh Indonesia.
4. Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan yang nyata.
5. Mulai berkembangnya Dana Upaya Kesehatan Masyarakat di daerah pedesaan.
6. Mulai berfungsinya sistim rujukan medik dan rujukan kesehatan.
7. Makin meningkatnya efisiensi dan efektivitas, manajemen kesehatan.
8. Telah berkembangnya mekanisme kerjasama lintas sektoral maupun kerjasama dengan lembaga-lembaga swadaya masyarakat, termasuk perhimpunan profesi dalam pembangunan kesehatan.

9. Makin meningkatnya ketertiban masyarakat dalam mengatur kesehatannya sendiri, baik dalam pengambilan keputusan, perencanaan maupun pelaksanaannya.

Hubungan antara Kebijakan di Bidang Pertanian dengan Kesehatan

Kebijakan pembangunan di bidang pertanian dan semua proses serta hasilnya merupakan faktor yang dapat mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Terlebih lagi di negara berkembang seperti Indonesia dimana sebagian besar dari penduduk masih bergantung pada bidang pertanian dalam upaya peningkatan kesejahteraan mereka. Sayangnya tidak semua kebijakan di bidang pembangunan pertanian yang memperhitungkan dampak, baik yang direncanakan maupun yang tidak, dari pembangunan pertanian tersebut terhadap status kesehatan masyarakat.

Ada beberapa kemungkinan hubungan antara pembangunan pertanian dengan status kesehatan masyarakat.

- a. Pembangunan pertanian dapat meningkatkan pendapatan penduduk dan berperan dalam pengentasan kemiskinan. Hal ini akan meningkatkan akses dan penggunaan dari pelayanan kesehatan, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
- b. Pembangunan pertanian amat berperan dalam meningkatkan produksi dan ketersediaan pangan serta dapat memenuhi kebutuhan gizi masyarakat.
- c. Penggunaan berbagai teknologi di bidang pertanian dapat menyebabkan pengaruh negatif pada derajat kesehatan.

Pada dasarnya, derajat kesehatan seseorang dapat ditentukan oleh keadaan gizi dan ada tidaknya penyakit yang diderita. Terciptanya kedua kondisi di atas, sangat tergantung pada tiga aspek, yaitu ketersediaan pangan, pelayanan kesehatan dan peran serta aktif kaum ibu dalam pengasuhan anak. Upaya pemenuhan gizi sangat dipengaruhi oleh ketersediaan pangan, yang meliputi kuantitas, kualitas dan aksesibilitas (distribusi dan harga). Sedangkan upaya pencegahan dan pengobatan penyakit dapat dilakukan dengan peningkatan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan. Di samping itu, peran ibu sangat besar dalam upaya meningkatkan derajat kesehatan keluarga. Ibu tidak saja berperan dalam pengaturan gizi keluarga, yang

tercermin dari upaya pemilihan menu makanan yang sesuai dengan kemampuan, tetapi juga berperan dalam mengambil tindakan pengobatan apabila ada anggota keluarga yang terserang penyakit.

Walaupun ketiga aspek di atas merupakan faktor-faktor penting dalam menjaga kondisi kesehatan dan gizi keluarga, namun keberadaannya tidak akan berarti tanpa ditunjang oleh ketahanan pangan dan ekonomi keluarga. Kemampuan ibu menyediakan makanan yang bergizi dan mengobati anggota keluarga bila terserang penyakit, sangat tergantung pada kondisi pangan dan ekonomi keluarga.

Apabila dilihat secara makro, dalam lingkup nasional, maka ketahanan ekonomi dan pangan keluarga sangat ditentukan oleh keberhasilan pembangunan, terutama pembangunan pertanian. Keberhasilan Indonesia dalam pemenuhan kebutuhan pangan melalui swasembada beras merupakan salah satu contoh keberhasilan pembangunan pertanian. Di satu pihak keberhasilan ini membawa implikasi peningkatan pendapatan masyarakat Indonesia, yang nota-bene sebagian besar masih bergerak di sektor pertanian. Di lain pihak, keberhasilan ini juga merupakan salah satu indikator pemenuhan kebutuhan pangan penduduk.

Namun demikian, upaya pembangunan, khususnya pembangunan pertanian sendiri, tentu saja tidak hanya dilaksanakan hanya semata-mata untuk kepentingan ekonomi belaka. Pembangunan pada dasarnya ditujukan untuk kesejahteraan masyarakat. Oleh karena itu kebijaksanaan pembangunan pertanian juga harus memperhatikan dampaknya bagi (kesehatan) manusia.

Sebagai mata rantai terakhir dari rangkaian hubungan pembangunan pertanian dengan kesehatan adalah perlunya stabilitas nasional, baik di bidang ekonomi, politik, pertahanan dan keamanan. Tanpa kondisi tersebut, sulit bagi suatu negara dalam melaksanakan pembangunan. Permasalahan-permasalahan di Somalia, Ethiopia, Yugoslavia, Irak, dan Afganistan adalah beberapa contoh yang dapat dikemukakan. Apabila dikaji lebih dalam lagi, munculnya permasalahan-permasalahan di negara-negara tersebut disebabkan oleh dua hal pokok, yaitu karakteristik sumber daya alam dan adanya pergolakan politik - yang pada akhirnya berdampak pada masalah kemiskinan, pangan dan kesehatan.

Seluruh pola keterkaitan pembangunan pertanian dan peningkatan derajat kesehatan berikut berbagai aspek yang terkait sebagaimana

dikemukakan diatas secara diagramatis dapat dilihat dalam bagan alir pada halaman berikut.

Perkembangan Ketersediaan Pangan, dan Pola Keseimbangan Konsumsi di Indonesia

Peningkatan produksi pangan yang telah kita capai dewasa ini amat ditentukan oleh para petani di seluruh Indonesia. Beberapa upaya telah dilaksanakan oleh pemerintah dalam meningkatkan produksi pangan, antara lain melalui intensifikasi dan ekstensifikasi pertanian. Mutu intensifikasi selalu ditingkatkan, baik kualitas maupun kuantitasnya antara lain melalui penggunaan benih bersertifikat dan pupuk secara efisien, pengendalian hama terpadu, irigasi dan penggunaan teknologi pasca panen untuk mengurangi kehilangan hasil. Sedangkan upaya ekstensifikasi antara lain dilakukan melalui perluasan irigasi, pencetakan sawah baru dan pengembangan padi gogo rancah.

Beberapa hasil yang telah dicapai dari upaya-upaya di atas antara lain adalah peningkatan hasil rata-rata padi per ha per tahun sebesar 1.9 % selama awal Repelita V. Peningkatan produksi pangan ini perlu diikuti pula dengan peningkatan kualitasnya, antara lain berupa peningkatan ketersediaan kalori dan protein. Pada tabel I dapat dilihat ketersediaan kalori dan protein yang selalu meningkat dari tahun ke tahun. Jika pada tahun 1984 tersedia 2.459 kalori per kapita, maka pada tahun 1990 besarnya ketersediaan kalori ini meningkat menjadi 2.701 kalori. Kenaikan ini juga terlihat pada ketersediaan protein yang meningkat dari 52,5 gram tahun 1984 menjadi 57,8 gram pada tahun 1990.

Peningkatan jumlah kalori dan protein yang tersedia ini diikuti juga oleh peningkatan konsumsi per kapita sebagaimana terlihat pada Tabel 2. Di sini terlihat jumlah peningkatan konsumsi kalori dari 1.798 pada tahun 1984 menjadi 1.920 pada tahun 1990. Walaupun begitu, dibandingkan dengan nilai kecukupan gizi yang dianjurkan, maka terlihat bahwa konsumsi rata-rata ini masih lebih kurang 90 % dari yang dianjurkan.

Bila tahun 1987 tingkat konsumsi pangan antar propinsi diperbandingkan, maka terlihat bahwa terdapat variasi yang cukup besar berkisar antara 1.665 kalori di DI Yogyakarta sampai pada 2.041 kalori di Sulawesi Tenggara. Karena perbedaan antar propinsi yang cukup besar ini,

maka agregat data di tingkat nasional saja sudah tidak lagi memadai untuk dipakai sebagai dasar perencanaan yang baik.

Sebagaimana dikemukakan di muka, selain menilai ketersediaan dan tingkat konsumsi pangan per-kapita, komposisi dari sumber kalori dan pangan yang dikonsumsi juga perlu diperhatikan. Komposisi yang ideal disebut Pola Makanan yang Seimbang dan Pola Pangan harapan. Menurut anjuran FAO, maka makanan yang seimbang adalah makanan yang mempunyai komposisi dengan skor 100.

Seperti terlihat pada Tabel 3, ternyata pola konsumsi penduduk di Indonesia masih belum sesuai dengan yang diharapkan. Di sini terlihat bahwa sumber terbesar dari kalori masih berasal dari padi-padian, terutama beras, sedangkan sumber yang berasal dari pangan hewani dan sayur serta buah masih dibawah yang diharapkan. Karena skor pada pola harapan ini amat ditentukan oleh kontribusi kalori dari padi-padian, pangan hewani, sayur dan buah, maka setiap upaya menurunkan konsumsi padi-padian dan peningkatan konsumsi pangan hewani, sayur dan buah akan meningkatkan skor dari pangan yang dikonsumsi yang sekaligus menunjukkan makin meningkatnya zat-zat gizi yang dimakan.

Bila dibandingkan kecukupan kalori dan protein antar propinsi dengan perbedaan skor pola pangan dari propinsi tersebut terlihat bahwa pemenuhan kecukupan kalori saja belum menjamin pola konsumsi pangan yang seimbang. Pada Tabel 5 terlihat bahwa walaupun Sulawesi Tenggara mempunyai tingkat kecukupan konsumsi tertinggi (102 %), tetapi ternyata skor pola pangannya adalah terendah (65). Sementara DI Yogyakarta tingkat kecukupan konsumsi terendah (80 %) mempunyai skor pola pangan tertinggi (72 %). Hal ini berarti pola makanan penduduk DI Yogyakarta jauh lebih seimbang dan lebih mendekati pola pangan harapan dibandingkan pola makanan penduduk Sulawesi Tenggara.

Pengaruh teknologi di bidang pertanian terhadap kesehatan masyarakat sudah lama diketahui. Hal ini meliputi dampak dari pembuatan bendungan beserta saluran irigasi, kesakitan dan kematian karena keracunan akibat penggunaan pestisida, insektisida dan bahan-bahan kimia lainnya, kecelakaan kerja yang terjadi akibat penggunaan alat-alat atau mesin-mesin pertanian.

Dalam upaya memperluas lahan pertanian sering penduduk dipindahkan melalui berbagai program transmigrasi. Perubahan fungsi hutan

menjadi lahan pertanian diikuti oleh penduduk yang tersebar dengan densitas rendah telah menyebabkan mudahnya timbul serangan penyakit malaria dan penyakit-penyakit yang ditularkan melalui air dan makanan yang seringkali meminta korban.

Selain itu akibat negatif dari pembangunan bendungan adalah berkembangnya penyakit-penyakit seperti schistosomiasis yang ditularkan oleh keong yang suka hidup di pinggir bendungan seperti bendungan Aswan di Mesir. Penyakit ini walaupun tidak menyebabkan angka kematian yang tinggi, tetapi amat mengganggu pertumbuhan, kecerdasan dan produktivitas anak-anak serta orang dewasa yang dijangkiti karena si penderita akan mengeluarkan darah secara kronis melalui air kencingnya.

Masalah kesehatan masyarakat yang disebabkan oleh penggunaan pestisida di bidang pertanian merupakan masalah yang relatif baru. Data mengenai besaran (magnitude) dari masalah ini yang merupakan hasil dari survai masyarakat belum begitu banyak. Berdasarkan hasil pemeriksaan kadar dari enzim cholin esterase dalam darah dari berbagai petani/penyemprot hama dari seluruh Indonesia, Direktorat Penyehatan Lingkungan Pemukiman, Departemen Kesehatan menemukan bahwa jumlah petani yang menderita keracunan cukup memprihatinkan. Dari 3.375 petani yang diperiksa pada tahun 1989/90 ditemukan sebanyak 40% mengalami berbagai tingkat keracunan dari pestisida, 5% diantaranya mengalami keracunan berat dan sedang mengharuskan mereka untuk istirahat dari pekerjaan. Pengamatan tahun 1990/91 menunjukkan hasil yang makin mengkhawatirkan karena dari 6.765 yang diperiksa hampir 50% menderita berbagai tingkat keracunan dan jumlah yang menderita keracunan sedang dan berat meningkat dua kali lipat. Karena pengaruhnya yang cukup besar terhadap kesakitan, kematian (sering tidak tercatat dengan baik) serta produktivitas petani, maka upaya pengamanan pestisida yang meliputi pengawasan terhadap jalur distribusi, pengendalian terhadap pencemaran dan keracunan pestisida memerlukan dukungan kerjasama lintas sektor, terutama sektor pertanian. Dengan upaya terobosan seperti pengembangan sistem yang dikenal dengan nama Pengendalian Hama Terpadu yang bertujuan untuk menurunkan jumlah pemakaian pestisida, diharapkan keracunan akibat pemakaian pestisida bisa dikurangi.

Penggunaan alat-alat mekanik/mesin dalam bidang pertanian ternyata dapat juga menimbulkan masalah kesehatan. Seringnya terjadi kecelakaan

dalam bidang pertanian mengharuskan kita untuk lebih berhati-hati memilih alat /mesin yang dibutuhkan dan menyiapkan serta melatih petani dalam mengoperasikan alat tersebut secara benar dan melengkapi peralatan sesuai dengan persyaratan yang diperlukan. Kalau tidak diwaspadai dari sekarang, mengingat besarnya jumlah petani yang terlibat dalam sektor ini, kecelakaan kerja karena memakai peralatan/mesin pertanian dapat menjadi masalah kesehatan masyarakat yang akan mempengaruhi perekonomian keluarga petani dan keuangan negara.

PENUTUP

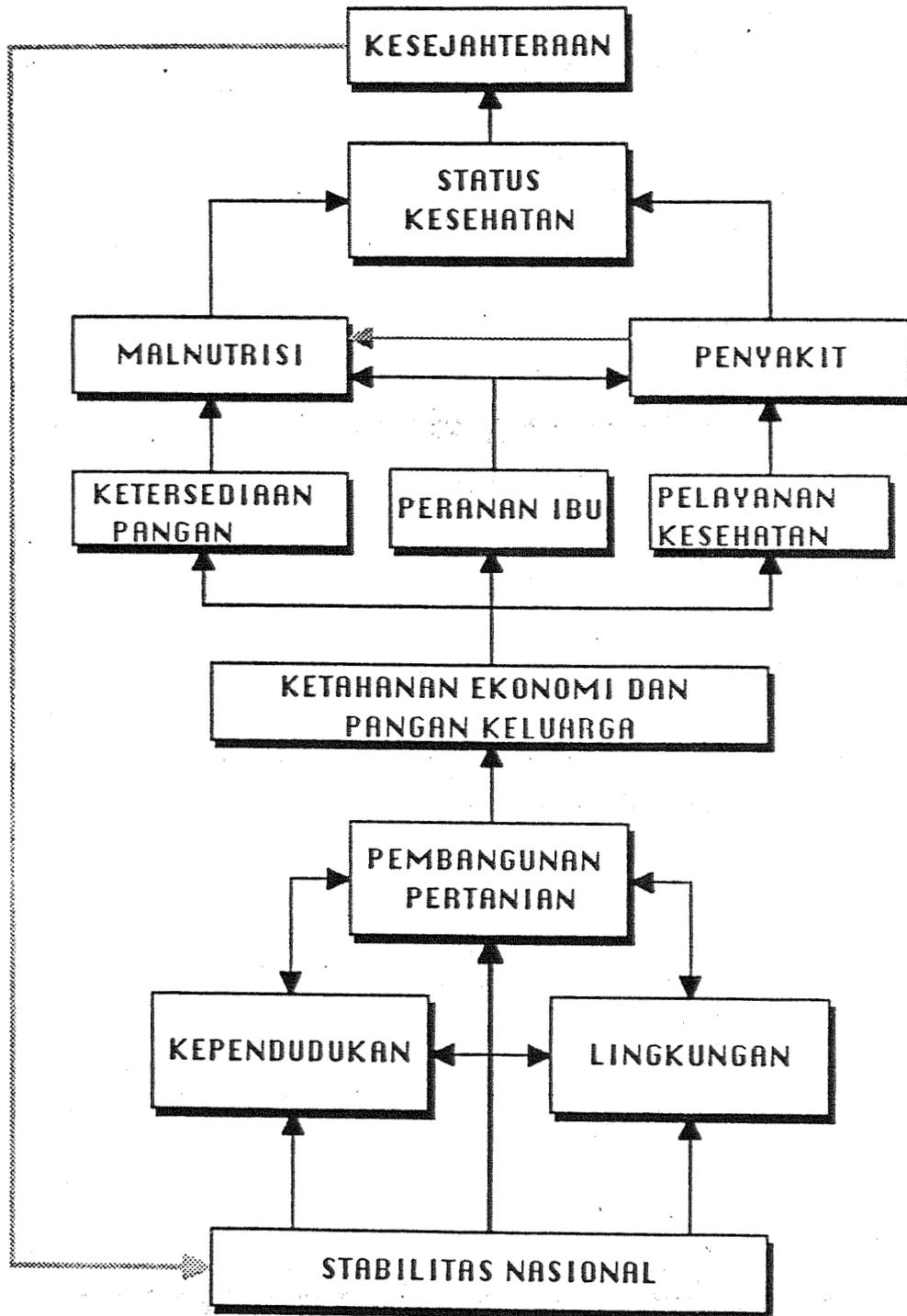
Derajat kesehatan masyarakat ditentukan oleh berbagai faktor. Di tingkat individu derajat kesehatan ini dipengaruhi oleh keadaan gizi dan ada atau tidaknya penyakit yang diderita. Hal ini dipengaruhi juga oleh peran ibu dalam pengasuhan anak. Di tingkat keluarga, faktor ketahanan ekonomi dan pangan keluarga akan menentukan kemampuan keluarga untuk mencukupi kebutuhan pangan dan gizi. Serta Selain memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan yang diperlukan oleh anggota keluarga. Keberhasilan keluarga untuk mendapatkan ketahanan ekonomi dan pangan, secara makro akan dipengaruhi oleh pembangunan sosial ekonomi nasional, terutama pembangunan sektor pertanian tempat dimana sebagian besar rakyat Indonesia menggantungkan hidup. Karena itu peranan sektor pertanian dalam mewujudkan KESUMA adalah sangatlah besar.

Selain memberikan dampak yang positif terhadap derajat kesehatan masyarakat, pembangunan pertanian dapat pula menimbulkan dampak yang tidak diharapkan. Ini terjadi pada pembukaan lahan baru oleh penduduk yang ditransmigrasikan akan menyebabkan meningkatnya angka kesakitan akibat penyakit malaria. Di samping itu pembuatan bendungan untuk irigasi dan penggunaan yang salah dari pestisida dapat menimbulkan masalah kesehatan masyarakat yang tidak diinginkan seperti penyakit Schistosomiasis dan keracunan akibat pestisida.

Tak lain harapan kita semoga kehendak dan ketulusan untuk bekerja sama secara lintas sektor, masalah-masalah kesehatan dapat diatasi dalam mencapai Kesehatan Untuk Semua. Dari semua sektor yang ada, sektor pertanian adalah sektor yang terpenting yang menentukan bisa atau tidaknya,

cepat atau lambatnya KESUMA bisa dinikmati oleh bangsa Indonesia. Apa yang kita kerjakan hari ini merupakan langkah besar untuk menuju KESUMA. Langkah selanjutnya terpulang pada kita semua.

PEMBANGUNAN PERTANIAN DALAM MENINGKATKAN DERAJAT KESEHATAN BANGSA



**JUMLAH PENDERITA KERACUNAN PESTISIDA
PETANI/PETUGAS PENYEMPROT HAMA
DI INDONESIA**

Tahun	Berat	Sedang	Ringan	Normal	Total
1989/90	5 (0,1%)	139 (4,1%)	1.340 (39,8%)	1.891 (56,0%)	3.375 (100%)
1990/91	27 (0,4%)	720 (10,6%)	2.586 (38,3%)	3.432 (50,7)	6.765 (100%)

Tabel 1 : Rata-rata Ketersediaan Pangan Per kapita Per hari Penduduk Indonesia

Item	T a h u n		
	1984	1987	1990
Energi (Kalori)	2.459	2.580	2.701
Protein (Gram)	52,67	55,26	57,85

Data diolah dari Neraca Bahan Makanan Indonesia 1984,1987 dan 1990

Tabel 2 : Rata-rata Konsumsi Pangan Per kapita Per hari Penduduk Indonesia

Item	T a h u n		
	1984	1987	1990*
Energi (Kalori)	1.798	1.859	1.920
Protein (Gram)	43,30	44,10	45,10

Data diolah dari Data Susenas 1984 dan 1987

Tabel 3. Perkembangan Skor Penyediaan Pangan Menurut Pola Pangan Harapan di Indonesia

Bahan Pangan	1987	1990	Anjuran FAO-RAPA
	% Kalori	% Kalori	% Kalori
Padi-padian	66	66	40-50
Makanan Berpati	8	6	5
Pangan Hewani	3	3	15-20
Minyak dan Lemak	7	8	10-15
Buah dan Biji Berminyak	5	5	3
Kacang-kacangan	5	6	6
Gula	5	6	8
Sayur dan Buah	2	2	5
Total	100	100	100
Total Kalori	2580	2701	
Skor	68	70	100

Catatan : Data diolah dari Neraca Bahan Makanan Indonesia 1987 dan 1990

Tabel 5. Konsumsi Pangan Penduduk dan Skor Pangan di 4 Propinsi, 19

Propinsi	Konsumsi (Kalori)	NKE (Kalori)	% NKE	Score Pangan
Sultra	2041	2007	102	65
Jatim	1708	2080	82	68
DIY	1665	2094	80	72
Sumsel	1886	2035	93	69
Indonesia	1858	2058	90	69

Data diolah dari Print-Out SUSENAS 1987

Note : NKE = Norma Kecukupan Energi

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) menggambarkannya 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	Tuberculosis	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

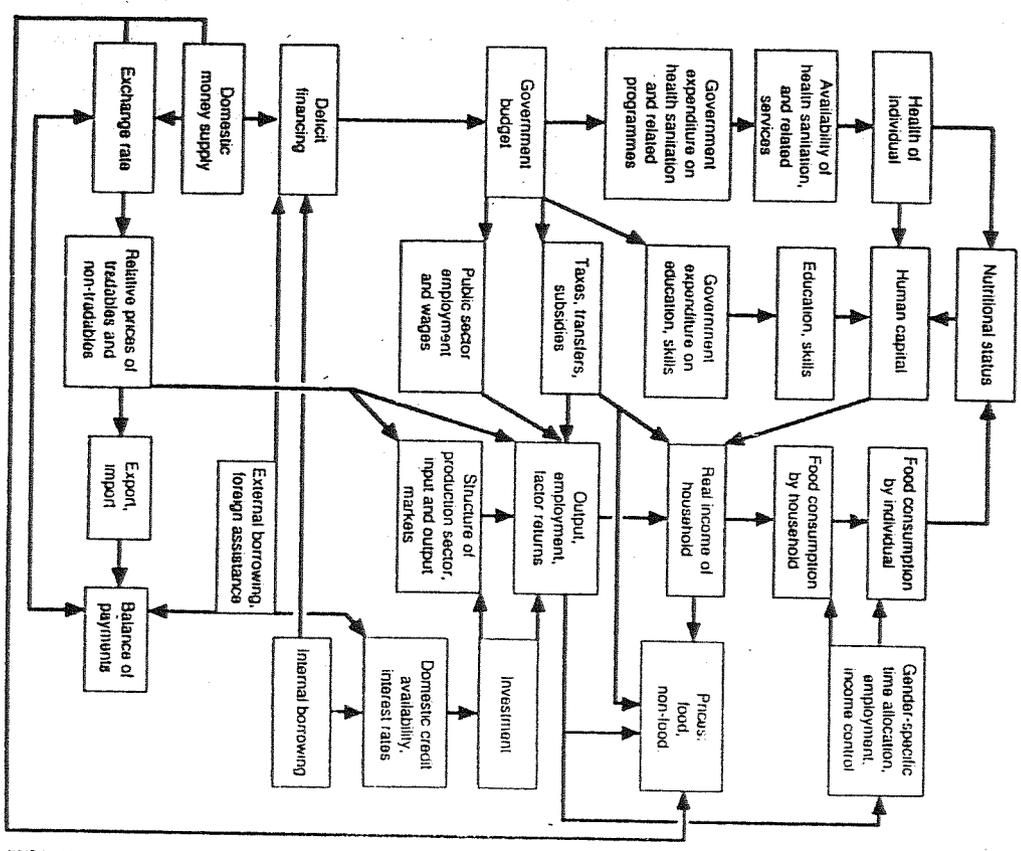
masyarakat banyak yang kemampuan ekonominya terbatas, hendaknya tidak secara "buru-buru" mendapat perlakuan "cost recovery". Misalnya adalah pelayanan kesehatan melalui Puskesmas atau RS Pemerintah yang jelas-jelas berada di suatu daerah kurang mampu.

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

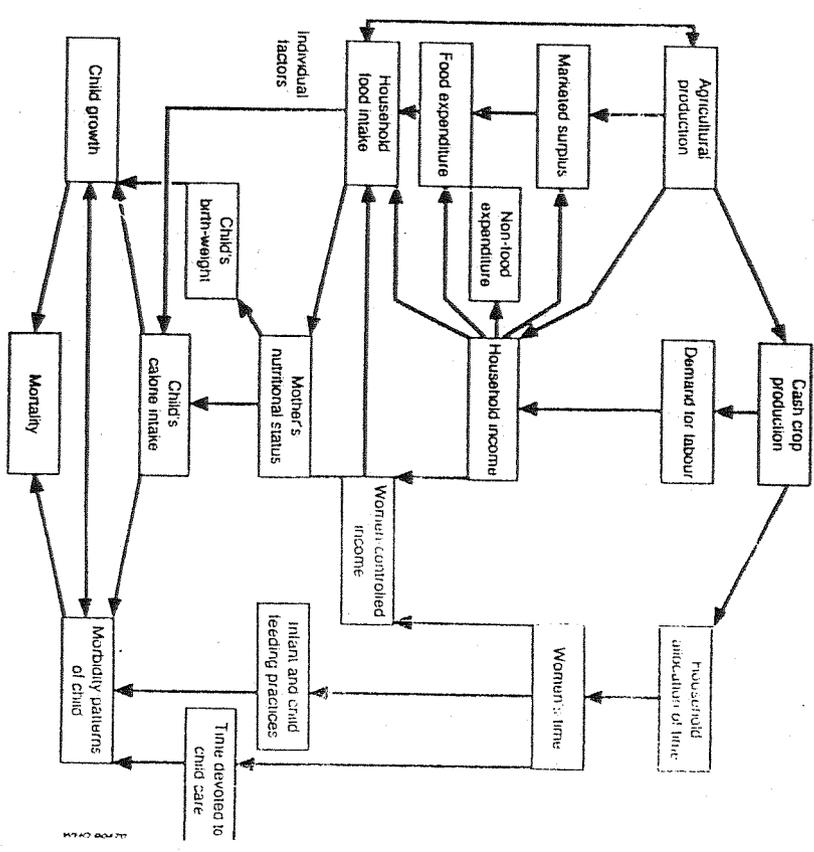
1. Weil, Cooper et al: *The Impact of Development Policies on Health*. WHO, Geneva, 1990.
2. Anwar, Arsyad: *Pertumbuhan dan pemerataan ekonomi di Indonesia selama Pelita IV dan V*. Semiloka Pembangunan dan Kesehatan, Perhimpunan Peminat Ekonomi Kesehatan Indonesia, Jakarta April 1992.
3. Ascobat, G: *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.

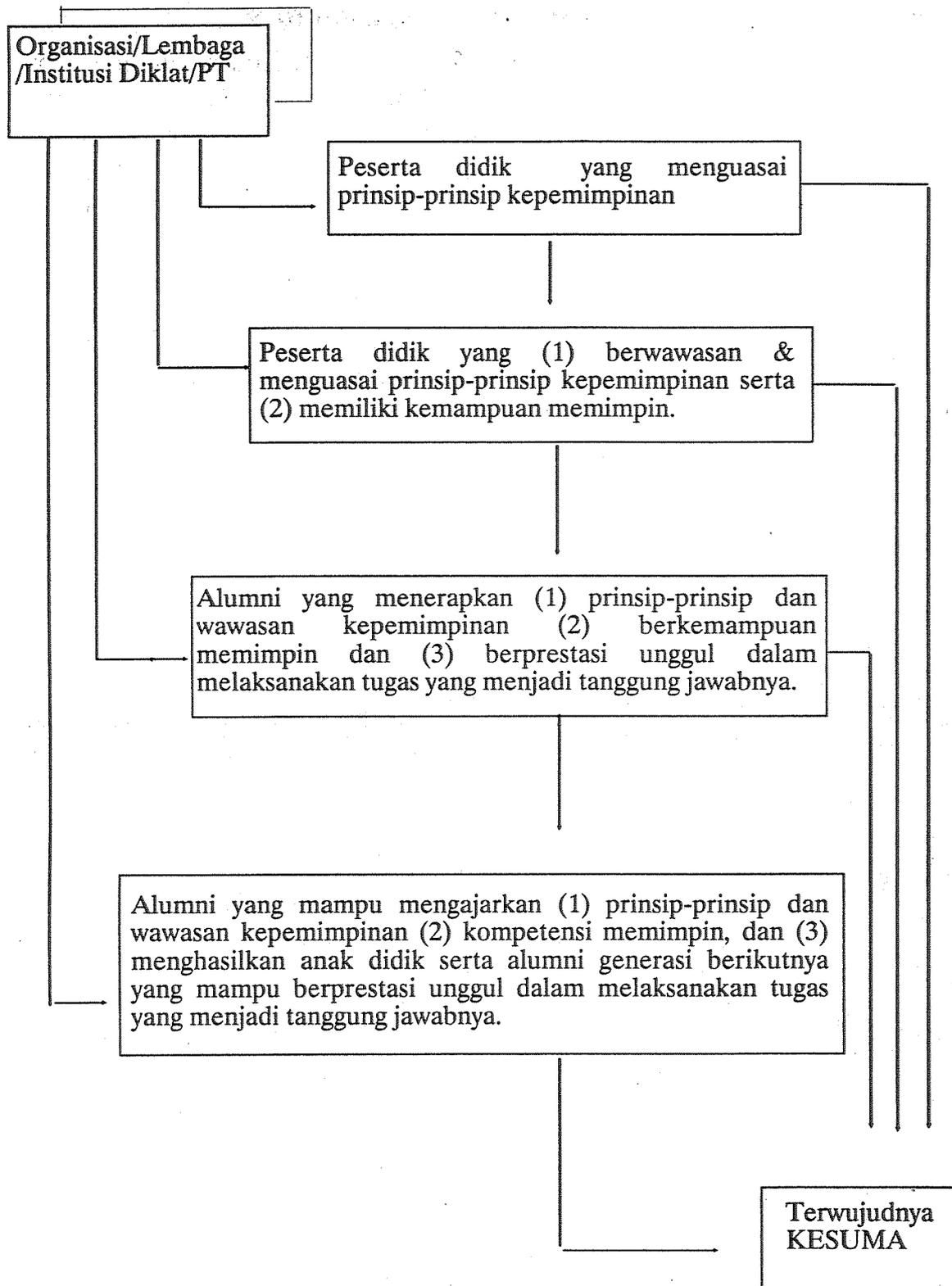
- c. Melakukan kegiatan bersama, misalnya : penyelenggaraan pelatihan bersama, pengembangan pendekatan-pendekatan, metode-metode dan bahan-bahan baru, dan lain-lain.
 - d. Kerjasama dengan cara pembagian peran dalam rangka pencapaian tujuan bersama
 - e. Mengidentifikasi perorangan dan lembaga-lembaga 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



**IPB SEBAGAI SIMPUL JARINGAN KEPEMIMPINAN
KESEHATAN UNTUK SEMUA
Oleh FAKULTAS PERTANIAN, IPB**

**PERANAN IPB SEBAGAI LEMBAGA PENDIDIKAN TINGGI DALAM
PENGEMBANGAN KEPEMIMPINAN KESUMA**

Kesehatan untuk semua (KESUMA) adalah tujuan pembangunan mencapai kesehatan sedunia pada tahun 2000 berupa suatu kondisi dimana setiap insan diharapkan dapat menikmati hidup sehat se hingga dapat hidup produktif di bidang sosial dan ekonomi. Tujuan ini sejalan dengan tujuan pembangunan kesehatan yang dirumuskan dalam sistem kesehatan nasional (SKN). Berdasarkan hasil evaluasi WHO (1984) diperlukan lebih banyak pemimpin peng gerak pembangunan yang mempunyai wawasan KESUMA agar memperoleh Critical Mass Leadership agar dapat menentukan langkah-langkah yang lebih baik untuk mempercepat tercapainya kesehatan untuk semua tahun 2000.

Inisiatif dalam komitmen Departemen Kesehatan RI yang secara konsisten dan terus menerus dalam pengembangan Kepemimpinan Kesehatan untuk Semua (KESUMA) patut mendapat dukungan. Pengembangan kepemimpinan KESUMA telah diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan di sektor kesehatan dan mengikut sertakan sektor non kesehatan dan masyarakat. Dengan demikian secara Nasional telah ada jaringan Kepemimpinan KESUMA ini dengan simpul-simpulnya di sektor-sektor tersebut.

Harapan untuk mencapai Kesehatan untuk Semua (KESUMA) pada tahun 2000 melalui pengembangan kepemimpinan KESUMA menuntut kerjasama lintas sektoral yang lebih intensif termasuk sektor pendidikan. Lembaga pendidikan tinggi merupakan salah satu potensi sektor non kesehatan yang diharapkan partisipasinya dalam pengembangan KEPEMIMPINAN KESUMA dan dapat menjadi simpul-simpul baru sebagai ekstensifikasi dan intensifikasi dari jaringan yang telah ada..

Seperti telah diketahui bersama bahwa lembaga pendidikan tinggi termasuk IPB mempunyai tujuan pendidikan sesuai dengan PP 30 Pasal 2 yaitu:

(1) menyiapkan peserta didik menjadi anggota masyarakat yang mampu memiliki kemampuan akademik dan/atau profesional yang dapat menerapkan, mengembangkan dan/atau menciptakan ilmu pengetahuan, teknologi dan/atau kesenian;

(2) mengembangkan dan menyebarluaskan ilmu pengetahuan dan/atau kesenian serta mengupayakan penggunaannya untuk meningkatkan taraf kehidupan masyarakat dan memperkaya kebudayaan Nasional.

Dengan demikian lulusan pendidikan tinggi merupakan tenaga-tenaga yang sangat potensial dalam pengembangan Kepemimpinan Kesehatan untuk Semua.

Perguruan tinggi sebagai satuan pendidikan yang menyelenggarakan pendidikan tinggi juga mempunyai tugas penyelenggaraan penelitian dan pengabdian pada masyarakat. Karena itu potensi lembaga pendidikan tinggi hendaknya dapat bermanfaat secara optimal dalam pengembangan Kepemimpinan KESUMA.

Institut Pertanian Bogor (IPB) adalah satu Perguruan Tinggi yang menyelenggarakan pendidikan tinggi pertanian, penelitian dan pengabdian pada masyarakat. Unit-unit penyelenggara dalam lingkungan IPB ditata dalam suatu tatanan organisasi sebagaimana tertera pada gambar 1.

Saat ini IPB terdiri dari Fakultas, Lembaga Penelitian (LP) dan Lembaga Pengabdian Pada Masyarakat (LPM), mempunyai tujuh Fakultas yaitu Fakultas Pertanian, Fakultas Kedokteran Hewan, Fakultas Perikanan, Fakultas Peternakan, Fakultas Kehutanan, Fakultas Teknologi Pertanian serta Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam. Selanjutnya akan kami ajak Saudara-Saudara menyoroti potensi Fakultas dan Lembaga yang ada di lingkungan IPB untuk pengembangan jaringan Kepemimpinan KESUMA.

POTENSI IPB DALAM PENGEMBANGAN JARINGAN KEPEMIMPINAN KESUMA

Institut Pertanian Bogor yang mengelola program pendidikan sarjana pertanian bertujuan menghasilkan tenaga pelaksana pembangunan yang mahir terampil, mandiri dan peka terhadap perkembangan ilmu dan teknologi (SK Dirjen Dikti No. 28/DJ/kep/1983). Untuk mencapai tujuan tersebut di setiap Fakultas disusun kurikulum yaitu seperangkat kegiatan akademik yang perlu dipenuhi oleh peserta didik untuk mendapatkan pengalaman dalam bidang dan strata tertentu. Kurikulum terdiri dari mata kuliah, praktikum, kuliah lapang, KKN, penelitian dan penulisan karya ilmiah. Ditinjau dari mata kuliah yang ada di IPB ada beberapa mata ajaran yang sebenarnya telah berwawasan KESUMA atau yang potensial untuk dikembangkan menjadi berwawasan KESUMA.

Di Fakultas Pertanian mata ajaran yang sangat erat kaitannya dengan kesehatan adalah mata ajaran Gizi dan Pangan yang diberikan kepada

semua mahasiswa Fakultas Pertanian. Mata kuliah ini membahas a.l. permasalahan di bidang Pangan dan Gizi serta keterkaitan Pertanian, Gizi dan Kesehatan.

Keterkaitan Pertanian dan Kesehatan ini merupakan suatu sistem yang terdiri dari sub-sub sistem yang meliputi produksi, pasca panen, distribusi dan konsumsi. Pada praktek kegiatan pertanian di lapangan dapat dijumpai hal-hal yang dapat berakibat positif maupun negatif terhadap kesehatan, misalnya dalam bercocok tanam posisi tubuh tertentu akan mengakibatkan kelainan postur tubuh yang akan mengganggu kesehatan yang akhirnya dapat menurunkan produktifitas kerja. Contoh lain, dalam pemeliharaan tanaman penggunaan pupuk, pestisida yang tidak memperhatikan syarat-syarat kesehatan akan berakibat merugikan bagi petani. Produk-produk yang dihasilkan juga ada kalanya dapat berpengaruh negatif terhadap kesehatan. Prasarana pertanian seperti bendungan di daerah endemik parasit malaria, dan schistosomiasis dapat merugikan kesehatan masyarakat.

Melihat pada kurikulum yang ada di Fakultas Pertanian hal-hal yang telah saya uraikan di atas dapat terkait pada mata ajaran yang diajarkan di Jurusan-jurusan di lingkungan Fakultas Pertanian maupun di luar Fakultas Pertanian. Dalam kaitannya dengan pengembangan jaringan Kepemimpinan KESUMA, maka di Fakultas Pertanian dapat dimungkinkan terjadinya lebih dari satu simpul jaringan. Seperti halnya di Fakultas Pertanian saya berharap Fakultas lain dapat mengidentifikasi mata kuliah yang berwawasan KESUMA dan yang mempunyai potensi untuk dikembangkan sebagai mata kuliah yang berwawasan KESUMA.

Pengalaman Fakultas Pertanian selain dalam kegiatan kurikuler melalui mata ajaran yang sudah berwawasan KESUMA juga telah memperluas wawasan KESUMA ini dalam kegiatan KKN melalui koordinasi Lembaga Pengabdian Masyarakat-IPB yang diikuti oleh seluruh mahasiswa dari berbagai Fakultas di IPB. Keuntungan dari perluasan wawasan KESUMA dalam kegiatan KKN ini adalah setiap tahun akan ada 1500 mahasiswa sebagai calon pemimpin yang diterjunkan ke masyarakat pedesaan dan diharapkan dapat mempercepat tercapainya KESUMA pada tahun 2000. Melihat substansi program KKN IPB yang sangat erat kaitannya dengan KESUMA, saya harapkan dapat lebih dikembangkan untuk mempercepat tercapainya KESUMA.

Selain itu, dalam program pengabdian pada masyarakat telah dirintis dan dikembangkan desa binaan di wilayah Kabupaten Bogor. Partisipasi aktif merupakan dasar pijakan yang harus diletakkan secara kokoh ke arah pewujudan masyarakat pedesaan yang berkualitas yang juga merupakan tujuan KESUMA.

Dalam pelaksanaannya, kerjasama tersebut dilakukan dengan Direktorat Jenderal Pembangunan Pedesaan dan dengan berbagai Instansi

dan Institusi lain, misalnya bekerjasama dengan Departemen Transmigrasi berupa Program Peningkatan Peranan Wanita dan Perbaikan Gizi di wilayah Transmigrasi.

Sebagai Perguruan Tinggi yang menyelenggarakan pendidikan tinggi yang berorientasi di bidang pertanian, penelitian mahasiswa pertanian IPB dalam meneliti sistem pertanian dapat diklasifikasikan ke dalam berbagai aspek penelitian a.l. produksi pertanian, sarana produksi, pengolahan hasil pertanian, pemasaran, program/ kelembagaan, lingkungan serta meneliti aspek pelestarian pertanian (sustainable agriculture) seperti tercantum pada Lampiran 1.

Lain-lain

Kegiatan penelitian dan pengabdian pada masyarakat yang terkait dengan Kepemimpinan KESUMA juga dilakukan oleh Lembaga Penelitian IPB, Lembaga Pengabdian Pada Masyarakat IPB. Perlu dikemukakan pula bahwa Lembaga Penelitian IPB mempunyai beberapa pusat studi, antara lain Pusat Studi Kebijakan Pangan dan Gizi, Pusat Penelitian Lingkungan Hidup, Pusat Studi Peranan Wanita, serta Pusat Studi Pembangunan, yang semuanya dapat berperan dalam pengembangan KESUMA.

Pada tahun 1989/1990 Pusat Studi Kebijakan Pangan Dan Gizi (PSKPG) melakukan dua penelitian kebijakan, yaitu : Studi Evaluasi Sistem Isyarat Dini dan Intervensi dan, (2) Studi Analisa Data Food Security. Kedua penelitian tersebut merupakan kerjasama IPB dengan Direktorat Bina Gizi Masyarakat, Departemen Kesehatan RI. "Street food project" merupakan penelitian IPB yang memperhatikan keamanan pangan yang banyak dikonsumsi masyarakat ke bawah di Jakarta.

Sebagaimana layaknya lembaga pendidikan tinggi, IPB telah menyelenggarakan berbagai kegiatan seminar dan lokakarya dalam berbagai aspek menyangkut pengembangan kualitas dan peningkatan mutu sumberdaya manusia. Secara langsung atau tidak langsung diharapkan memberikan kontribusinya dalam pengembangan Kepemimpinan KESUMA. Melihat potensi yang dimiliki IPB seperti diuraikan di atas maka perlu dipikirkan akan adanya kepanitiaan pengembangan KESUMA yang melibatkan berbagai unsur di lingkungan IPB termasuk di dalamnya Jurusan/Fakultas, Lembaga Penelitian, Lembaga Pengabdian Masyarakat, Pusat Pengelola KKN, Himpunan Profesi, dan Dharma Wanita IPB.

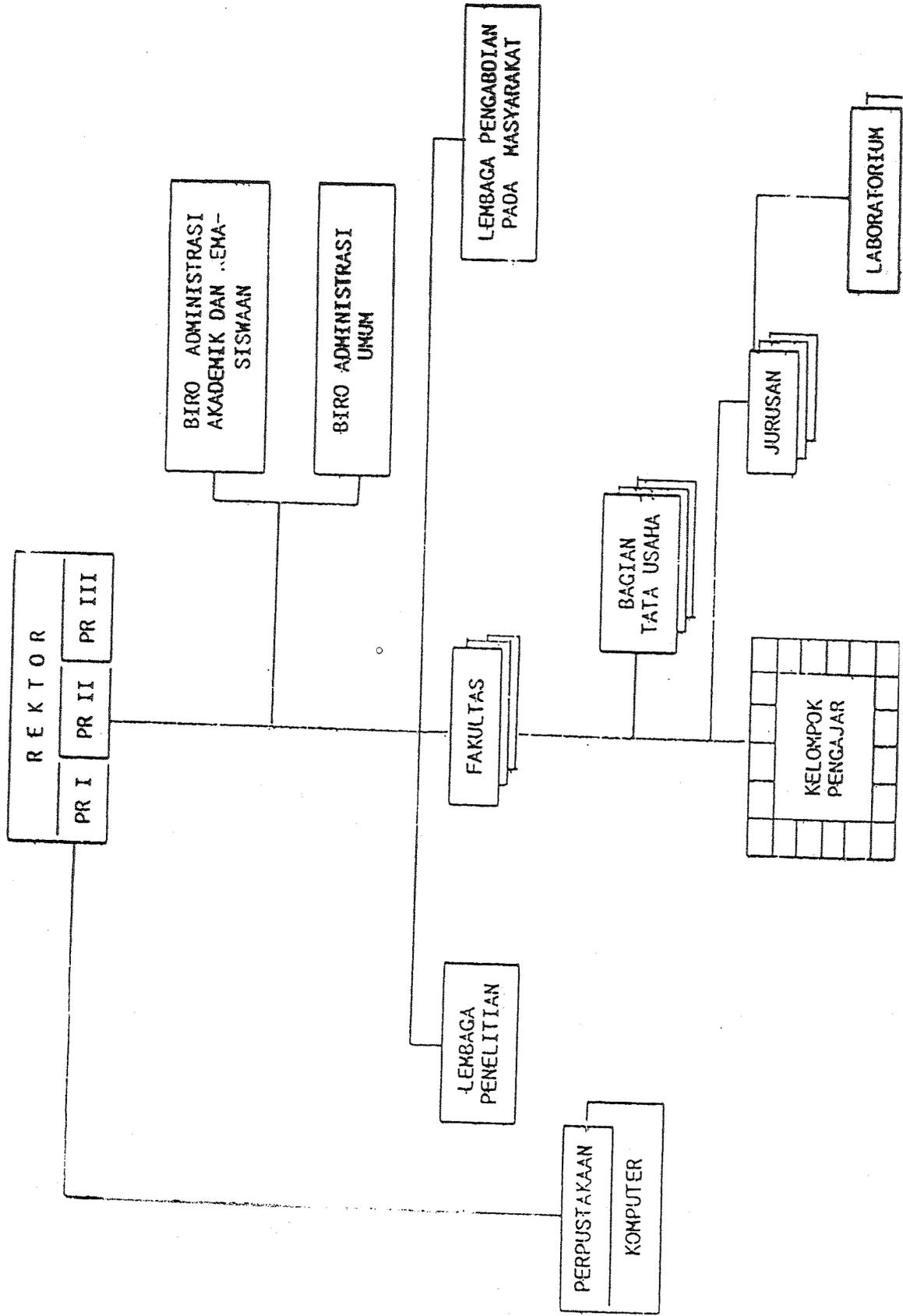
KESIMPULAN

1. Institut Pertanian Bogor sebagai lembaga pendidikan tinggi akan terus mendukung upaya pengembangan jaringan Kepemimpinan PPKESUMA melalui kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi (pendidikan, penelitian dan pengabdian pada masyarakat).
2. Sebagai jaringan Kepemimpinan KESUMA, IPB perlu mengintensifikan kegiatan melalui program kerjasama dengan pihak lain yang terkait (Depkes maupun Perguruan Tinggi atau intan Ppsi lain) untuk dapat membantu mempercepat tercapainya KESUMA Pptahun 2000.

Gambar 1. Bagan Susunan Organisasi Institut Pertanian Bogor

LAMPIRAN KEPUTUSAN MENDIKBUD

NOMOR : 0132/0/1983; TANGGAL : 5 MARET 1983





Lampiran 1.

REKAPITULASI PENGGOLONGAN SISTEM PERTANIAN SKRIPSI MAHASISWA
FAKULTAS PERTANIAN IPB PERIODE 1991/1992

SISTIM PERT.	TNH	HPT	GMK	AGB	EPS	PKP	AGR	IKB	ARS	JML
Prod. Pert.	39 23;5	31 18;4	0 0;0	0 0;0	0 0;0	0 0;0	84 50;12	12 7;2	2 1;0.2	168 23
Sarana Prod.	39 30;5	55 42;8	1 0.7;0.1	0 0;0	3 2;0.4	2 2;0.3	27 21;4	3 2;0.4	0 0;0	130 17
Pengolahan Hasil Pert.	0 0;0	0 0;0	33 100;5	0 0;0	0 0;0	0 0;0	0 0;0	0 0;0	0 0;0	33 5
Pemasaran	0 0;0	0 0;0	2 2;0.3	64 76;9	18 21;3	0 0;0	0 0;0	0 0;0	0 0;0	84 12
Program/ke- lembagaan	0 0;0	0 0;0	24 21;3	20 17;3	24 21;3	44 38;6	1 0.8;0.1	0 0;0	2 2;0.3	115 16
Lingkungan (Fis/Bio/Sos)	23 17;3	1 0.7;0.1	42 31;6	2 2;0.3	14 10;2	35 26;5	6 5;0.8	0 0;0	11 8;2	134 19
Sustainable Agric.	24 40;3	2 3;0.3	0 0;0	1 2;0.1	11 18;2	5 8;0.7	15 25;2	0 0;0	2 3;0.3	60 8
Jumlah	125 17	89 13	102 14	87 12	70 10	86 12	133 18	15 2	17 2	724 100



PENGINTEGRASIAN WAWASAN KESUMA KE DALAM KKN IPB

Oleh

Sjafri Mangkuprawira **)

DASAR PEMIKIRAN

KESUMA merupakan tujuan pembangunan kesehatan sedunia pada tahun 2000; berupa suatu kondisi di mana setiap insan mampu meraih hidup sehat, sehingga dapat hidup produktif dibidang sosial maupun ekonomi. Tujuan ini serupa dengan tujuan pembangunan kesehatan di Indonesia yakni tercapainya kemampuan hidup sehat setiap penduduk agar mampu mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, sebagai salah satu unsur kesejahteraan dalam tujuan nasional.

Hal-hal yang terkandung dalam KESUMA antara lain terpenuhinya hak setiap orang untuk hidup sehat; terwujudnya keadilan sosial; pemerataan kesehatan; kemandirian/keswadayaan masyarakat; pentingnya upaya promotif-preventif; hanya tercapai dengan upaya kesehatan; oleh semua; dan perlu kerjasama, kontribusi dan partisipasi semua pihak.

Strategi global dari KESUMA adalah PHC (primary health care). Di Indonesia, strategi PHC dikenal sebagai pendekatan kesisteman dalam SKN (Sistem Kesehatan Nasional) dengan bentuk operasional berupa pendekatan PKMD (Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa).

Strategi ini mencakup: perluasan upaya kesehatan dasar, penerapan teknologi tepatguna, prioritas pada prevensi dan promosi, peningkatan peran-serta masyarakat yang berasaskan kemandirian dan kerjasama lintas sektoral. Bentuk-bentuk PHC/PKMD di Indonesia antara lain: Posyandu, Pos Obat Desa, Pondok Bersalin Desa, Dana Sehat dan sebagainya. Dalam beberapa hal strategi tersebut agaknya sama dengan yang diterapkan IPB dalam melaksanakan pengabdian pada masyarakat dan KKN.

*) Makalah Disampaikan Pada Semiloka Pengembangan Jaringan Kepemimpinan KESUMA Di Perguruan Tinggi, 12 September 1992 Di Kampus IPB Darmaga, Bogor.

**) Ketua Lembaga Pengabdian pada masyarakat IPB dan Lektor Kepala Pada Fakultas Pertanian IPB Bogor.

Kuliah Kerja Nyata (KKN) merupakan bentuk kegiatan yang memadukan tridarma perguruan tinggi. Sebagai kegiatan pendidikan dan pengajaran, KKN antara lain merupakan pengalaman belajar yang menghubungkan konsep-konsep akademis dengan realita kehidupan dalam masyarakat. Selain itu melalui KKN, pengetahuan teori mahasiswa dapat diperkaya melalui pengalaman praktis di lapangan dan pada gilirannya akan memantapkan kepribadian mahasiswa serta menumbuhkan rasa percaya diri sebagai calon pemimpin yang handal bagi pembangunan bangsa.

Dari segi penelitian, dengan KKN mahasiswa dapat mengamati, menelaah/menganalisis situasi dan masalah serta mengambil keputusan pendekatan masalah dari berbagai pilihan yang ada sesuai dengan kondisi wilayah kerja dan kemampuannya. Sebagai kegiatan pengabdian pada masyarakat, mahasiswa dapat mengamalkan ilmu pengetahuan, teknologi dan seni (IPTEKS) yang dikuasainya secara ilmiah; melembaga dan langsung ke masyarakat.

Pelaksanaan kegiatan Kuliah Kerja Nyata Institut Pertanian Bogor (KKN IPB) bertitik tolak pada landasan pemikiran bahwa Institut Pertanian Bogor merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari masyarakat. Sejalan dengan adanya dinamika masyarakat dan perubahan-perubahan dalam pembangunan maka pelaksanaan KKN seyogyanya selalu disesuaikan dengan kebutuhan dalam era pembangunan tersebut.

KKN adalah salah satu bentuk kegiatan pengabdian pada masyarakat yang di dalamnya telah terintegrasi dengan unsur-unsur Tridarma Perguruan Tinggi lainnya yaitu pendidikan dan penelitian. KKN sebagai kegiatan intrakurikuler dilaksanakan oleh setiap mahasiswa IPB bersama-sama pejabat instansi daerah kerja KKN.

Program KKN yang dipersiapkan Institut Pertanian Bogor yang sesuai dan relevan dengan pembangunan serta bermanfaat bagi masyarakat menuntut adanya peningkatan bobot profesi pertanian dan dalam pelaksanaannya dilakukan secara interdisipliner.

Tujuan KKN yang ingin dicapai mencakup kepentingan seluruh unsur yang terlibat, yaitu mahasiswa dan perguruan tinggi, masyarakat, dan pemerintah daerah. Tujuan tersebut adalah:

- a. Mempersiapkan mahasiswa menjadi sarjana penerus pembangunan yang mampu menghayati permasalahan kompleks yang dihadapi masyarakat dan belajar menanggulangi permasalahan tersebut secara pragmatis dan terpadu;

- b. Mengembangkan pengetahuan, sikap dan keterampilan mahasiswa melalui penerapan ilmu, teknologi, dan seni dibidang pertanian arti luas yang dimiliki secara langsung di masyarakat serta melatih mahasiswa untuk bekerjasama antarbidang keahlian secara terpadu;
- c. Mendekatkan perguruan tinggi kepada masyarakat, pemerintah daerah, dan instansi lainnya yang terkait sehingga pelaksanaan Tridarma Perguruan Tinggi dapat disesuaikan dengan tuntutan pembangunan.

Sasaran pelaksanaan KKN untuk mahasiswa, masyarakat, pemerintah daerah, dan perguruan tinggi adalah sebagai berikut:

Mahasiswa

- a. Mendewasakan cara berpikir, bersikap dan bertindak serta meningkatkan daya penalaran mahasiswa dalam melakukan pengkajian, perumusan, dan pemecahan masalah secara pragmatis dan terpadu;
- b. Melatih dan membiasakan mahasiswa menghadapi dan menyelesaikan permasalahan melalui kerjasama antarbidang keahlian (interdisipliner);
- c. Memperdalam penghayatan dan pengertian mahasiswa terhadap berbagai masalah dalam masyarakat yang sedang melaksanakan pembangunan khususnya dalam pembangunan pertanian;
- d. Membina mahasiswa menjadi motivator, dinamisator, fasilitator, dan problem solver dalam rangka membentuk kader-kader pembangunan yang memiliki sikap dan rasa cinta terhadap kemajuan masyarakat.

Masyarakat

- a. Masyarakat memperoleh bantuan tenaga dan pikiran untuk meningkatkan cara berpikir, pengetahuan dan keterampilannya sehingga dapat menumbuhkan potensi swadaya serta selanjutnya berkembang secara mandiri;
- b. Terbentuknya kader-kader penerus pembangunan dalam masyarakat sehingga upaya kelanjutan pembangunan khususnya dalam pembangunan pertanian dapat terjamin.

Pemerintah Daerah

- a. Mendapatkan informasi baru sebagai umpan balik yang berharga guna mengevaluasi pelaksanaan program/proyek pembangunan khususnya pembangunan pertanian yang sedang atau telah dilaksanakan serta menyusun perencanaan pembinaan dan pengembangan wilayah untuk masa yang akan datang;
- b. Membantu Pemerintah Daerah dalam mempercepat proses pembangunan dan mempersiapkan kader-kader pembangunan wilayahnya.

Perguruan Tinggi

- a. Mendapatkan masukan untuk perubahan kurikulum, penyusunan kegiatan penelitian dan pengabdian pada masyarakat, serta pengembangan institusi yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan tuntutan pembangunan;
- b. Meningkatkan partisipasi dan peranan Institut Pertanian Bogor dalam pelaksanaan pembangunan, khususnya pembangunan pertanian;
- c. Meningkatkan kerjasama Institut Pertanian Bogor dengan Pemerintah Daerah serta instansi lainnya yang terkait. Dengan demikian apabila wawasan KESUMA akan diintegrasikan dalam KKN IPB maka sebagian program yang dilaksanakan mahasiswa KKN IPB langsung maupun tidak langsung ada yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan penduduk. Untuk itu beberapa pertanyaan pokok yang perlu dicari jawabannya adalah bagaimana mengintegrasikan wawasan KESUMA dalam KKN IPB; apa saja peran mahasiswa KKN IPB dan program-program apa saja yang perlu diterapkan khususnya yang menyangkut pasca KKN.

MENGAPA PERLU INTEGRASI

Pengintegrasian wawasan KESUMA kedalam KKN dapat ditinjau dari sisi pemahaman gagasan dan sisi proses terhadap pengertian wawasan KESUMA dan KKN. Pemahaman gagasan tentang pengertian KESUMA dan KKN serta perlunya pengintegrasian merupakan syarat pokok keberhasilan proses integrasi. Kemudian ditinjau dari sisi proses, pengintegrasian baru akan berhasil dengan baik jika terjadinya keterkaitan fungsional antara fungsi- fungsi perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengendalian, dan penilaian terhadap program KESUMA dan KKN.

Dalam prakteknya selama ini pengintegrasian wawasan KESUMA dalam KKN IPB belum sepenuhnya terjadi, walaupun program KKN IPB selama ini lebih banyak pada kegiatan pembangunan pertanian arti luas. Di dalamnya terdapat berbagai jenis kegiatan dibidang pertanian yang bertujuan untuk membantu meningkatkan produksi dan pendapatan petani termasuk tersedianya kecukupan pangan dan gizi penduduk. Selain itu para mahasiswa pun terlibat dalam program pemeliharaan lingkungan. Dari gambaran tersebut tampak bahwa sebenarnya langsung dan tidak langsung para mahasiswa IPB selalu melaksanakan KKN dengan wawasan KESUMA. Namun masalahnya karena penerapan secara fungsional masih lemah maka hal itu belum terintegrasi dengan efektif. Dapat diperkirakan jika sejak awal sebelum ke lapangan para mahasiswa dan pembimbing dibekali dengan gagasan KESUMA maka proses pengintegrasian akan berjalan jauh lebih baik. Dengan pengintegrasian maka diharapkan terjadinya proses konvergensi dan sinergi dengan efektif. Dengan perkataan lain proses konvergensi mencirikan adanya upaya mengarahkan berbagai program pada arah dan tujuan yang sama. Sedangkan dengan proses sinergi berarti adanya upaya saling memperkuat/memperkuat dari berbagai program dan unsur organisasi untuk mencapai tujuan tertentu.

Karena itulah sangat beralasan jika wawasan KESUMA dapat diintegrasikan kedalam KKN IPB. Hal demikian dapat ditinjau dari berbagai segi yaitu (1) tujuan KESUMA dan tujuan KKN IPB adalah cenderung sama yaitu meningkatkan kesejahteraan masyarakat; (2) arah atau orientasinya cenderung juga sama yaitu berorientasi pada program- program nyata untuk masyarakat tertinggal (miskin); (3) program KESUMA dan KKN saling melengkapi; dan (4) bahwa setiap program terpadu memerlukan keterkaitan fungsional.

PROGRAM KESUMA DAN KKN IPB

KKN merupakan pengamalan IPTEKS yang menuntun mahasiswa kearah terwujudnya pola berfikir interdisiplin dan komprehensif. Disisi lain usaha pemecahan berbagai masalah nyata yang timbul dalam pembangunan masyarakat dengan pendekatan monodisiplin tidak akan efektif. Mengapa? Karena setiap masalah kehidupan dalam masyarakat selalu mempunyai kaitan satu dengan yang lainnya dan kompleks. Karena itulah pengintegrasian wawasan KESUMA kedalam KKN IPB adalah menciptakan suatu bentuk pola berfikir dari para mahasiswa untuk bekerja secara interdisipliner. Para mahasiswa KKN IPB diharapkan memperoleh pengalaman baru. Selain hal di atas maka melalui KKN pola berfikir secara sektoral ditinggalkan oleh mahasiswa. Hal ini terkait dengan kompleksnya permasalahan serta

pendekatan-pendekatan masalah yang diterapkannya. Disinilah kerjasama mahasiswa KKN IPB dengan berbagai sektor (pejabat-pejabat kelembagaan) harus dijalin dengan baik.

Dalam melaksanakan KKN, mahasiswa harus terlibat aktif dan bekerjasama secara erat dengan masyarakat mulai dari proses pengumpulan data/informasi, analisis situasi, identifikasi dan perumusan masalah, perumusan program dan rencana kerja serta pelaksanaan dan evaluasi hasilnya. Aspek keterlibatan masyarakat secara aktif ini sangat diperlukan karena kegiatan KKN ini dianggap sebagai milik masyarakat. Dengan demikian pada gilirannya masyarakat mampu memecahkan masalah-masalahnya tersebut secara mandiri. Dan bagi mahasiswa kegiatan KKN haruslah dimulai sebagai pengalaman belajar yang baru yang tidak akan diperoleh di dalam kampus. Dengan selesainya ber-KKN, mahasiswa diharapkan dapat mengetahui lebih banyak lagi bagaimana wawasan KESUMA dapat diterapkan di lapangan serta masalah-masalah apa yang ditemukan.

Sehubungan dengan hal di atas maka beberapa program terpadu antara wawasan KESUMA dan KKN IPB yang dapat diterapkan adalah:

1. Peningkatan Mutu Sumberdaya Manusia
 - 1.1 Mengadakan kursus-pelatihan keterampilan yang bersifat ekonomi produktif di bidang pertanian, khususnya yang berwawasan KESUMA;
 - 1.2 Meningkatkan dan menggalakkan pengertian masyarakat tentang wawasan KESUMA dan hubungannya dengan pembangunan pertanian;
 - 1.3 Mengadakan dan meningkatkan mutu perpustakaan setempat khususnya yang terkait dengan wawasan KESUMA.
2. Peningkatan Kegiatan Ekonomi Produktif Yang Berwawasan KESUMA
 - 2.1 Memperkenalkan dan memasyarakatkan cara bercocoktanam yang lebih baik, seperti pengelolalan usahatani, penggunaan benih bersertifikat, pemupukan seimbang, pemberantasan hama penyakit secara terpadu, dan sebagainya;
 - 2.2 Memperkenalkan atau mengadakan percontohan/demplot tanaman jenis baru untuk daerah yang bersangkutan; baik untuk perdagangan, konsumsi, obat-obatan, maupun tanaman hias;
 - 2.3 Mengembangkan dan meningkatkan usaha ternak setempat (vaksinasi, kawin silang dengan jenis yang baik, sistem pengandangan dan pemeliharaan, serta inseminasi buatan);
 - 2.4 Mengembangkan kehidupan masyarakat melalui berbagai macam kegiatan yang produktif, misalnya penggunaan teknologi baru yang lebih baik, penggalakan koperasi dan pembinaan pemasaran hasil produksi;
 - 2.5 Motivasi penanganan pascapanen.

3. Kesehatan dan Kebersihan Lingkungan

- 3.1. Penerangan tentang hidup sehat, seperti makanan sehat, perumahan, pembuangan kotoran dan limbah, pembuatan dan pemanfaatan MKC, dan sebagainya;
- 3.2 Penerapan Keluarga Berencana dan Kesehatan (KB-KES) termasuk KB-Mandiri dan sebagainya, dengan mempertimbangkan budaya, adat istiadat setempat;
- 3.3 Penerapan tentang gizi, cara pengolahan makanan yang tetap bergizi, penyediaan makanan pola empat sehat lima sempurna, serta diversifikasi pangan;
- 3.4 Motivasi pemanfaatan, pengaktifan, dan memfungsikan sarana dan prasarana serta lembaga-lembaga kesehatan yang ada, seperti Balai Pengobatan, Puskesmas, Pos Kesehatan;
- 3.5 Kebersihan lingkungan, pertamanan dan pemagaran pembuangan sampah, serta pemanfaatan tanah pekarangan.

4. Peningkatkan Kelembagaan Pembangunan

- 4.1 Meningkatkan dan menggalakkan pengertian masyarakat tentang kegiatan berbagai program pembangunan yang sudah ada melalui kelembagaan seperti Posyandu, PKK, LSM dan sebagainya;
- 4.2 Meningkatkan jumlah dan mutu kader pembangunan khususnya yang berwawasan KESUMA.

HARAPAN

Mantapnya pengintegrasian wawasan KESUMA kedalam KKN IPB secara efektif baru akan terwujud jika berbagai pihak yang terkait itu sendiri sudah memahami dengan baik tentang pengertian KESUMA dan KKN. Karena aspek-aspek pembangunan pertanian meliputi berbagai komoditi dan spektrum proses, maka pengintegrasian wawasan KESUMA kedalam KKN IPB seharusnya tidak dalam pengertian pertanian arti sempit saja.

Pengintegrasian wawasan KESUMA kedalam KKN IPB seharusnya berlangsung secara bersinambung. Karena itu baik Departemen Kesehatan maupun IPB seharusnya memiliki agenda program bersama sebagai payungnya program KKN IPB yang berwawasan KESUMA. Untuk itu dukungan dana dan sumberdaya manusia yang bersinambung sangat diperlukan.

Dalam upaya pengembangan dan pembinaan integrasi wawasan KESUMA- KKN IPB maka diperlukan desa-desa binaan/mitra kerja KKN yang akan dilaksanakan secara terus menerus. Di samping dilaksanakan oleh mahasiswa KKN angkatan berikutnya maka pembinaan desa mitra kerja

tersebut dapat pula dilakukan oleh organisasi mahasiswa profesi IPB sebagai ajang pelaksanaan tridarma perguruan tinggi.

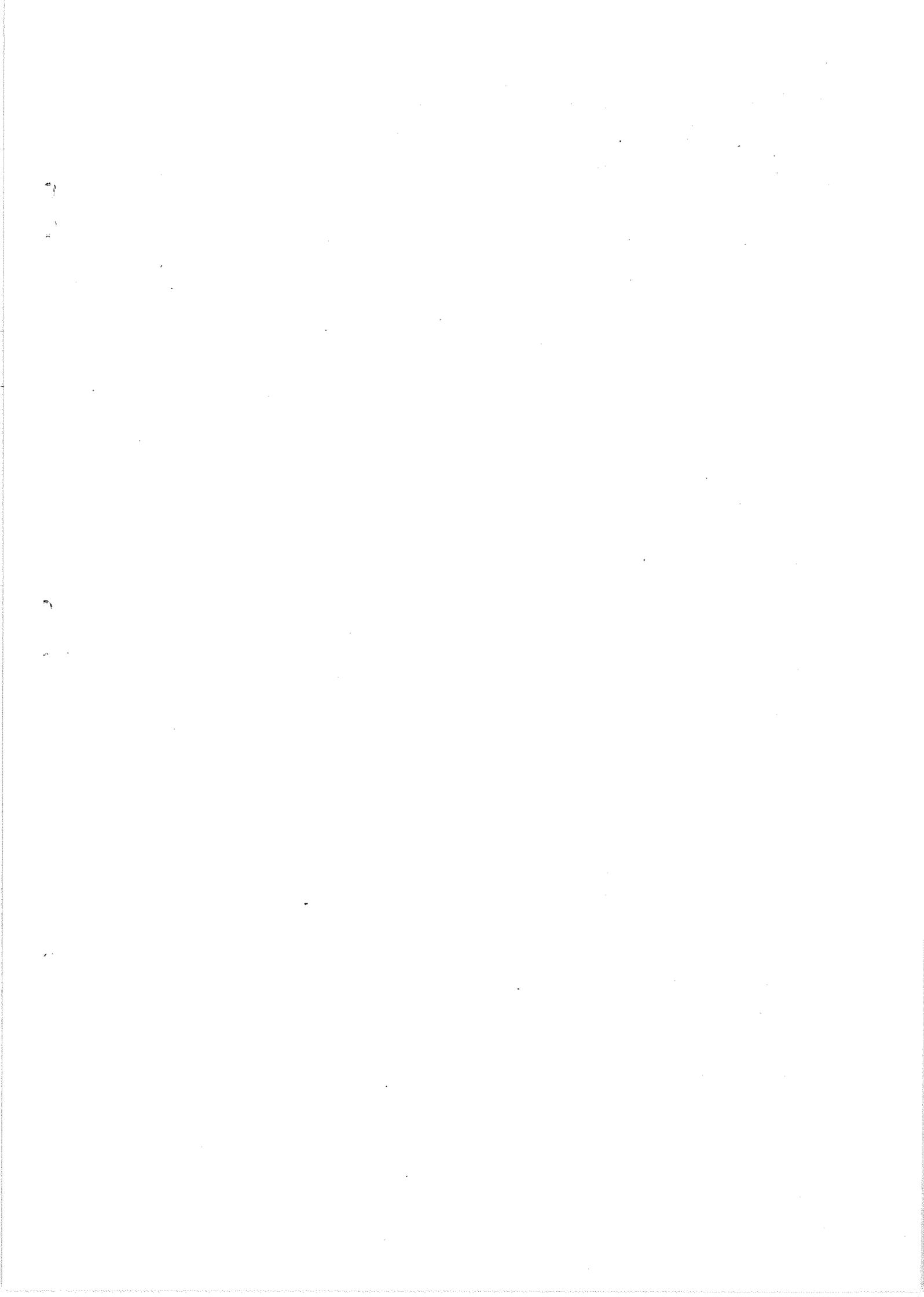
Sementara itu di lingkungan IPB khususnya dikalangan staf pengajar (panitia/pembimbing KKN) dan mahasiswa perlu diwujudkan/dikembangkan (a) kesamaan pemikiran/penafsiran tentang apa yang dimaksud dengan wawasan KESUMA dan pengintegrasian ke dalam KKN IPB; (b) kesamaan pandangan dan cara memandang tentang strategi penerapan konsep strategi dan mekanisme pengintegrasian; dan (c) pelatihan pembekalan mahasiswa KKN IPB yang lebih berorientasi pada praktis empiris ketimbang yang terlalu teoretis.

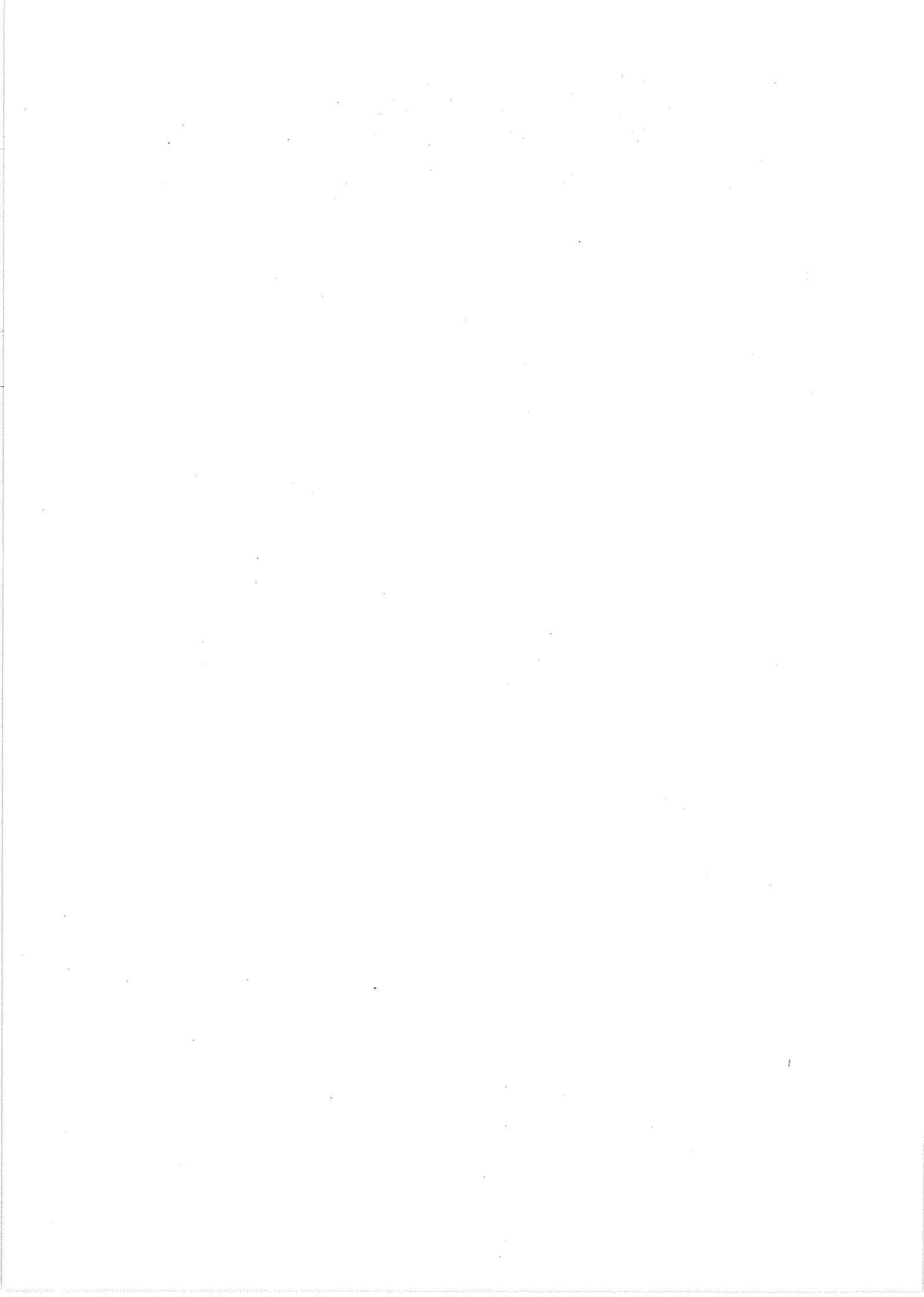
BAHAN BACAAN

DP3M-Ditjen Dikti. 1992. Petunjuk Pelaksanaan Kuliah Kerja Nyata (KKN) Di Perguruan Tinggi. Jakarta.

LPM-IPB. 1992. Petunjuk Teknis Pelaksanaan Kuliah Kerja Nyata, 1992. Bogor.

Anonymous. 1992. Pembangunan Pertanian yang Berwawasan KESUMA. Kerjasama IPB-Depkes.





**TATA TERTIB SEMILOKA PENGEMBANGAN KEPEMIMPINAN KESUMA
DI PERGURUAN TINGGI PERTANIAN
12 September 1992**

I. PENDAHULUAN

Dalam rangka melembagakan Jaringan Kepemimpinan KESUMA, perlu diselenggarakan Semiloka Pengembangan Kepemimpinan KESUMA dengan mengikutsertakan Pimpinan Kelembagaan yang ada di IPB maupun Perguruan Tinggi Pertanian se Jabotabek dan beberapa Perguruan Tinggi yang bekerjasama dengan IPB. Hasil yang diharapkan dari kegiatan tersebut adalah pelembagaan jaringan Kepemimpinan KESUMA di lingkungan IPB, serta kesepakatan mengenai kemungkinan pengintegrasian wawasan KESUMA dalam kegiatan akademik.

II. WAKTU DAN TEMPAT.

Semiloka ini dilaksanakan selama sehari yaitu pada tanggal 12 September 1992, dari pukul 8.00 s/d 17.45 WIB. Tempat pelaksanaan Semiloka di "Auditorium GMSK", Fakultas Pertanian IPB, Jl.Puspa Darmaga, Bogor.

III. TATA TERTIB PESERTA

1. Peserta dimohon hadir dan menempati tempat yang telah disediakan 5 menit sebelum sidang dimulai.
2. Tanda peserta harus dipakai selama acara Semiloka berlangsung.

IV. PERSIDANGAN

1. Sidang terdiri dari sidang pleno dan diskusi kelompok.
2. Sidang pleno dan diskusi kelompok dipimpin oleh seorang Ketua Sidang yang bertindak sebagai moderator, dan dibantu oleh seorang sekretaris sidang.
3. Waktu untuk menyampaikan makalah serta waktu untuk diskusi ditetapkan sesuai dengan jadwal semiloka.
4. Pada diskusi kelompok peserta dibagi menjadi beberapa kelompok. Daftar nama peserta dan tempat sidang untuk masing-masing kelompok ditetapkan oleh panitia dan akan diumumkan kemudian
5. Pertanyaan dari peserta pada sidang pleno dapat disampaikan secara lisan atau tertulis dalam lembar pertanyaan yang disediakan .

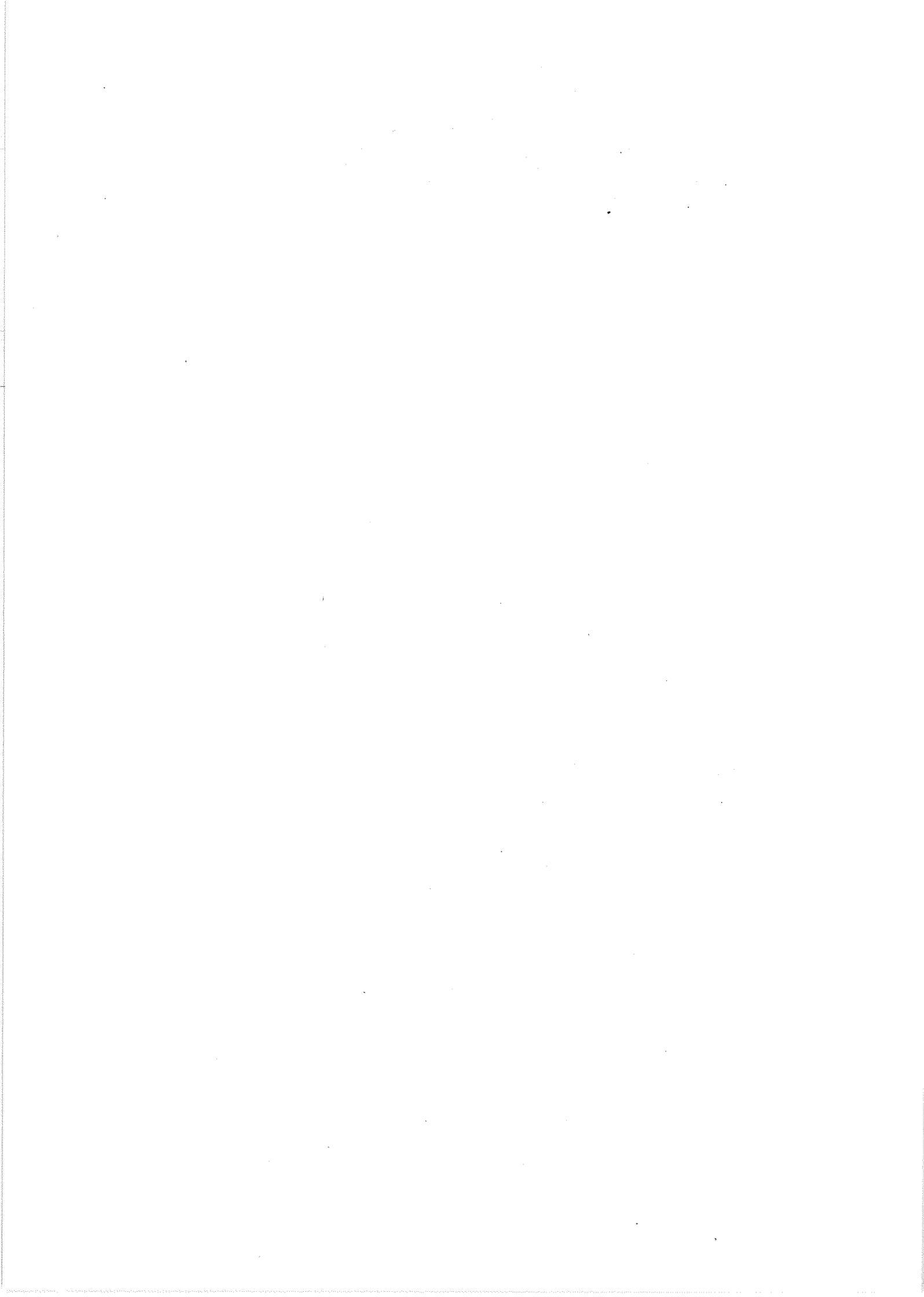
V. LAIN-LAIN

1. Perlengkapan seminar. Setiap peserta diberi sebuah tanda pengenal (name tag) dan map yang berisi satu berkas makalah .
2. Sertifikat dapat diambil setelah lokakarya selesai, di Sekretariat/Tata Usaha Jurusan GMSK, Faperta-IPB. (Panitia tidak akan mengirimkannya)
3. Panitia hanya menyediakan snack dan makan siang bagi peserta.



**ACARA SEMILOKA
PENGEMBANGAN JARINGAN KEPEMIMPINAN KESUMA
DI PERGURUAN TINGGI PERTANIAN
BOGOR, 12 SEPTEMBER 1992**

07.30 - 08.30	Daftar Ulang
08.30 - 08.40	Laporan Ketua Panitia
08.40 - 09.00	Sambutan Dirjen Binkesmas, Depkes R.I.
09.00 - 09.20	Sambutan Rektor IPB, sekaligus Pembukaan
09.20 - 10.00	Pidato Pengarahan Guru Besar Luar Biasa IPB/Deputi Bidang Sosial Budaya Bappenas (Prof. DR. Soekirman)
10.00 - 10.20	Rehat kopi
10.20 - 12.40	SEMINAR Ketua Sidang : Ir. M. Khumaidi, M.Sc Sekretaris : Suprijadi, SKM
10.20 - 10.50	Makalah I : Dr. Widyastuti Wibisana, M.Sc (PH)
10.50 - 11.20	Makalah II : DR. Fasli Djalal
11.20 - 11.50	Makalah III : DR. Ascobat Gani
11.50 - 12.40	Diskusi
12.40 - 13.30	Istirahat (Makan siang)
13.30 - 16.00	LOKAKARYA Ketua Sidang : DR. Ir. Hidayat Syarief, M.S. Sekretaris : Drs. Dachroni, MPH
13.30 - 13.50	Makalah IV : Dr. Brahim
13.50 - 14.10	Makalah V : DR. Ir. Syafrida Manuwoto
14.10 - 14.30	Makalah VI : DR. Ir. H. Syafri Mangkuprawira
14.30 - 16.00	Diskusi Kelompok
16.00 - 17.30	PENYAMPAIAN HASIL DISKUSI KELOMPOK Ketua Sidang : Dra. Emma S. Wirakusumah, M.Sc. Kelompok Kelembagaan : DR. Ir. Hidayat Syarief, M.S. Kelompok Tridharma : Ir. Suprihatin Guhardja, M.S.
17.30 - 17.45	PENUTUPAN (Dekan Fakultas Pertanian IPB)



**DAFTAR PESERTA SEMILOKA
PENGEMBANGAN JARINGAN KEPEMIMPINAN KESUMA
DI PERGURUAN TINGGI PERTANIAN
AUDITORIUM GMSK, 12 SEPTEMBER 1992**

No. Nama	Instansi	No. Nama	Instansi
1. Abdul Rosad, SH.	HUMAS IPB	2. Dr. H. Achmad Azof, MPH	W.I. Pusdiklat Depkes
3. Ir. Agus Hikmat	F. Kehutanan IPB	4. Ir. Ahmad S.	GMSK-Faperta IPB
5. Dr. Ir. Ali Khomsan, M.S.	GMSK-Faperta IPB	6. Ir. Amini Nasoetion, M.S.	GMSK-Faperta IPB
7. Ir. Anies Irawati	Puslitbang Gizi	8. Ir. Arnelia	Puslitbang Gizi Depkes
9. Drh. Asep Rustiawan	GMSK-Faperta IPB	10. Ir. Asmah	Universitas Nasional
11. Dr. Brahim	Pusdiklat, Depkes	12. Ir. Budi Setiawan, M. S.	GMSK-Faperta IPB
13. Ir. Burhanuddin, SH	Faperta U.Tadulako	14. Ir. Cesilia Meti Dwiriani	GMSK-Faperta IPB
15. Dr. Clara M. K., M.Sc.	GMSK-Faperta IPB	16. Drs. Dachroni	Pusdiklat, Depkes
17. Drs. Vet. Darsono	Sema FKH-IPB	18. Ir. Diah K. Pranadji, M.S.	GMSK-Faperta IPB
19. Ir. Dian Anggari	Puslitbang Gizi	20. Ir. Dodik Briawan	GMSK-Faperta IPB
21. Dr. Doti Indrasanto, MPH	Depkes	22. Ir. Drajat Martianto	GMSK-Faperta IPB
23. Dr. Ir. Dudung Darusman	Fak. Kehutanan IPB	24. Ir. Dwi Hastuti	GMSK-Faperta IPB
25. Dyah Santi P., B.Sc.	Puslitbang Gizi	26. Eddy Lekatompessy, SE	W.I. Pusdiklat Depkes
27. Ir. Eddy S. Mudjajanto	GMSK-Faperta IPB	28. Edwi Saraswati, MPS	Puslitbang Gizi Depkes
29. Dra. Emma S. W. M.Sc.	GMSK-Faperta IPB	30. Ir. Emmy Sulasmi Karsin, M. S.	GMSK-Faperta IPB
31. Erna Luciasari	Puslitbang Gizi	32. Ir. Etty Hesthiati	Universitas Nasional
33. Ir. Evie Nurvidya Arifin	Lemb Demografi FE-UI	34. Evodia Almawaty, S., SKM	Pusdiklat, Depkes
35. Ir. Evy Damayanti, M. S.	GMSK-Faperta IPB	36. Ir. Fahren Bukhari, M.Sc.	IPB
37. Ir. Faisal Anwar, M.S.	GMSK-Faperta IPB	38. Dr. Fasli Jalal	Biro Kesehatan Gizi Bappenas
39. Dr. F. Tanjung	W.I. Pusdiklat D.kes	40. Ir. G.N. Wididana, M.Agr.	Universitas Nasional
41. Ir. Hadi Riyadi, M. S.	GMSK-Faperta IPB	42. Drs. Hamli	W.I. BLKM Lemah Abang
43. Hartanti Santoso, M.Sc.	GMSK-Faperta IPB	44. Ir. Hartoyo, M.Sc.	GMSK-Faperta IPB
45. Drs. Haryoto .S, SKM	W.I. BLKM L. Abang	46. Hasan Tahir, SH.	W.I. BLKM Lemah Abang
47. Dra. Helena V. Opit	FPTK IKIP Menado	48. Ir. Herien Puspitawati, M.Sc.	GMSK-Faperta IPB
49. Herlinawati	BPSM, Depkes	50. Ir. Heryudarini	Puslitbang Gizi Depkes
51. Dr. Hidayat Syarief, M.S.	GMSK-Faperta IPB	52. Drs. H. Sudijono	BLKM Cilandak
53. Ir. H. Tedjo K., MPS, MSc	UPMMR Dep. Pertanian	54. Ir. I. Gede Agung Y.	Majalah Intisari
55. Ir. I.G.S. Sukartono	Universitas Nasional	56. Ir. Irma S. Loupatty	Depkes
57. Ir. D. Roedjito, DA.Nutr.	GMSK-Faperta IPB	58. Dr. Kardijo	Fakultas Perikanan IPB
59. Ir. Kasno, M.Sc.	Fakultas Kehutanan IPB	60. Dr. Khairil A. Notodiputro	IPB
61. Kuasa Bukit	W.I. BLKM Cilandak	62. Ir. Liliek Noor Yuliaty	GMSK-Faperta IPB

No. Nama	Instansi	No. Nama	Instansi
63. Ir. Lilik Kustiyah	GMSK-Faperta IPB	64. Ir. Ma'mun Sarma, M.S.	Lembaga Penelitian IPB
65. Dr. Mangasa Siregar	W.I. BLKM Cilandak	66. Dra. Mazarina Devi	FPTK IKIP Malang
67. Ir. M.D. Djamaludin, M.Sc.	GMSK-Faperta IPB	68. Ir. Melly latifah	GMSK-Faperta IPB
69. Ir. Mewa Arifin	FPS - IPB	70. Dr.Ir. M.F. Rahardjo	Fakultas Perikanan IPB
71. M. Nurul Anwar	Sema Faperta IPB	72. Drs. M. Tuah	W.I. BLKM Cilandak
73. Ir. Muhammad Akbar	PSKPG-LP IPB	74. Muhammad Irfan	Sema Fateta IPB
75. Ir. M. Khumaidi, M.Sc.	GMSK-Faperta IPB	76. Ir. Mukson	FPS - IPB
77. Nengah Ladra	W.I. BLKM Ciloto	78. Ir. Nino Yayah Sa'diyah	GMSK-Faperta IPB
79. Ir. Nurheni Sri Palupi	FPS - IPB	80. Nurlaila Abdullah	FPS - IPB
81. P.A.Kodrat P. SKM	BPSM, Depkes	82. Ir. Prihantoro	FPS - IPB
83. P. Sembiring	W.I. BLKM Cilandak	84. Ir. Rabiatul Adawiyah	Faperta Universitas Lampung
85. Dra. Rahayu Dewi	FPS - IPB	86. Drs. Radjin Sinulingga	W.I. BLKM Ciloto
87. Dr. Ratna Widi Yanti	BLKM Cilandak	88. Ratnawilis	FPS - IPB
89. Ir. Retnaningsih	GMSK-Faperta IPB	90. Rimun Wibowo	HIMAGITA GMSK Faperta IPB
91. Dra. Rini Sudjarwati	FPTK IKIP Malang	92. Ir. Rusiana	W.I. BLKM Cilandak
93. Ir. Sam Sumastono	Fak. Pertanian UMM	94. Ir. Sihadi	Puslitbang Gizi Depkes
95. Prof.Dr.Ir.Sitanala Arsyad	IPB	96. Ir. Siti Madanijah, M. S.	GMSK-Faperta IPB
97. Dr.Ir.Sjafrida Manuwoto	Faperta IPB	98. Dr.Ir.Sjafri Mangkuprawira	LPM - IPB
99. Dr. S.L. Leimena, MPH	Binkesmas, Depkes	100. Dr. Soedirno	BLKM Ciloto
101. Prof.Dr. Soekirman	Bappenas	102. Dra. Sri Andyani	FPTK IKIP Surabaya
103. Ir. Sri Anna Marliyati	GMSK-Faperta IPB	104. Dr. Sri Hastuti, MPH	Depkes
105. Sri Mulyati, SKM	Puslitbang Gizi D.kes	106. Ir. Sri Rihati Kusno	GMSK-Faperta IPB
107. Dr.Ir. Sri Setyati Harjadi	Jur. BDP Faperta IPB	108. Ir. Sriyanto	W.I. BLKM Ciloto
109. Suaspendi	BLKM Cilandak	110. Drs. Sudirman, MPH	Depkes
111. Drs. Suhartato	Puslitbang Gizi Depkes	112. Sudjasmin	Puslitbang Gizi Depkes
113. Drs. Sumali M. A., M. S.	GMSK-Faperta IPB	114. Sunarno, R.W., MPH	BGM, Depkes
115. Ir. Suprihatin. G. M.S.	GMSK-Faperta IPB	116. Suprijadi, SKM	BPSM, Depkes
117. Dr. Ir. Surdiding Ruhendi	Pusat P.P.KKN, IPB	118. Ir. Suryati Situmorang	Faperta Universitas Lampung
119. Susirah Soetardjo, M.Sc.	Pusdiklat Depkes	120. Syaiful Arumasyah	Sema F.Perikanan IPB
121. Dr. T. Christian, MPH	W.I. Pusdiklat Depkes	122. Ir. Titi Riani	GMSK-Faperta IPB
123. Ir. Triasih Djutaharta	Lemb.Demografi FEUI	124. Dr. Trihono, M.Sc.	BPSM, Depkes
125. Untung S. Widodo, MPS	Puslitbang Gizi Depkes	126. Dra. Vanda Julita Yahya	GMSK-Faperta IPB
127. dr. Vera Urip	GMSK-Faperta IPB	128. Dr. Wahyu Q. Mugnisjah	Fak. Pertanian Unas

Daftar Peserta Semi

No.Nama	Instansi	No.Nama	Instansi
129. Ir. Wayan Rawiniwati	Universitas Nasional	130. Dr.Widyastuti. W M.Sc(PH)	BPSM, Depkes
131. Drs. Winarno	Pusdiklat, Depkes	132. Ir. Yayuk F. Baliwati, M. S.	GMSK-Faperta IPB
133. dr. Yekti Hartati Effendi	GMSK-Faperta IPB	134. Dr. Y.M. Kaleb	W.I. Pusdiklat Depkes



DAFTAR KELOMPOK :

Daftar Peserta Kelompok I : Kelembagaan

Ketua : Dr. Ir. Hidayat Syarief, M.S.

Sekretaris : Evodia Almawati S, SKM

Anggota :

- | | | | |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| 1. Dr. Brahim | 2. Dr. Ir. Syafrida M. | 3. Ir. Amini Nasoetion, M.S. | 4. Dr. Mangasa Siregar |
| 5. Drs. Suaspendi | 6. Dr. F. Tanjung | 7. Ir. H. Tedjokusumo, M.Sc. | 8. Dr. Drh. Clara M. K., M.Sc |
| 9. Dr. Doti Indrasanto, MPH | 10. Ir. Cesilia Meti D. | 11. Dr. Ir. Sri Setiyadi Haryadi | 12. Ir. I. Gede Ngurah W, M.Sc |
| 13. Ir. IGS. Sukartono | 14. Ir. Retnaningsih | 15. Herlina wati | 16. Dra. Helena V. Opit |
| | 17. Dra. Sri Andayani | 18. Dra. Mazarina Devi | 19. Dra. Rahayu Dewi Y. Mer |

Daftar Peserta Kelompok II : Pendidikan

Ketua : Ir. Suprihatin Guhardja, M.S.

Sekretaris : Ir. Drajat Martianto

Anggota :

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Drs. Dachroni | 2. Dr. Surdiding Ruhendi | 3. Susirah Soetardjo, M.Sc. | 4. Drs. Radjin Sinulingga |
| 5. Dr. H. Achmad Azof, MPH. | 6. E. Lekatompessy, SE. | 7. Drs. Hamli | 8. Ir. Siti Madanijah, M.S. |
| 9. Ir. Emmy S. Karsin, M.S. | 10. Ir. Sri Rihati Kusno | 11. Dr. Wahyu G. Mugnisyah | 12. Drs. Sudijono |
| 13. Ir. Burhanuddin Samad, SH. | | 14. Ir. Samsumastono | 15. Ir. Ety Hesthiati |

Daftar Peserta Kelompok III : Penelitian

Ketua : Ir. M. Khumaidi, M.Sc.

Sekretaris : Ir. Hartoyo, M.Sc.

Anggota :

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1. Dr. Srihastuti | 2. Nengah Ladra | 3. Drs. M. Tuah | 4. Hasan Tahir, SH. |
| 5. Drs. Haryoto Sidik, SKM. | 6. Ir. Sriyanto | 7. Dra. Emma S. W. M.Sc. | 8. Ir. Djiteng Roedjito, DNutr. |
| 9. Ir. Ahmad Sulaeman | 10. Dr. Ir. Ali K. M.Sc. | 11. Ir. Hadi Riyadi | 12. Ir. Budi Setiawan, M.S. |
| 13. Ir. Dodik Briawan | 14. Kodrat P., SKM. | 15. Ir. Herien Puspitawati, M.Sc. | 16. Nurlaela Abdullah |
| 17. Ir. Lasno Buchori, M.Sc. | 18. Ir. Asmah | 19. Ir. Wayan Rawiniwati | 20. Ir. Eddy Setiyo Mudjajanto |

Daftar Peserta Kelompok IV : Pengabdian Pada Masyarakat

Ketua : dr. Yekti Hartati Effendi

Sekretaris : dr. Vera Urip

Anggota :

- | | | | |
|-----------------------------|-------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Drh. Asep Rustiawan | 2. Dr. Ir. Sjafrli M. | 3. Drs. Andreas Winarno, MPH. | 4. Hartanti Santoso, M.Sc. |
| 5. Sudirno, SKM. | 6. Dr. Sri Hastuti | 7. Ir. Evi N. Arifin | 8. Kodrat Pramudho, SKM. |
| 9. Dr. Y. M. Kaleb | 10. Dr. Christian, MPH. | 11. Dr. Trihono, M.Sc. | 12. Dra. Ratna Widiyanti |
| 13. Ir. M.Djamaludin, M.Sc. | 14. Ir. Irma Loupatty | 15. Drs. Sumali Atmojo, M.S. | 16. Dr. Ir. Surdiding Ruhendi |

SALINAN

K E P U T U S A N
DEKAN FAKULTAS PERTANIAN
INSTITUT PERTANIAN BOGOR

Nomor : 92/PT39.H4.FP.1.1/H/1992

tentang

Susunan dan Personalia Panitia Penyelenggara
Seminar dan Lokakarya Pengembangan Jaringan
Kepemimpinan Kesehatan Untuk Semua (KESUMA)
Di Perguruan Tinggi Pertanian

Tema : "Pembangunan Pertanian Berwawasan
Kesehatan Untuk Semua (KESUMA)"

DEKAN FAKULTAS PERTANIAN IPB

- Menimbang :
1. U.U. Pokok Kesehatan No. 9/1960 bahwa setiap warga negara berhak mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dan wajib diikuti-sertakan dalam kegiatan yang diselenggarakan oleh Pemerintah.
 2. Cita-cita Kesehatan Untuk Semua (KESUMA) adalah untuk peningkatan pemerataan dan keadilan dalam bidang kesehatan yang disertai dengan kemandirian masyarakat.
 3. IPB sebagai salah satu Perguruan Tinggi yang mengembangkan bidang-bidang ilmu yang berkaitan dengan kesehatan antara lain pangan dan gizi dapat berperan serta di dalam pengembangan Jaringan Kepemimpinan KESUMA.

- Memperhatikan :
1. Surat Sekretaris Jenderal Departemen Kesehatan kepada Rektor IPB No. 1685/SJ/Diklat/XII/1991 tanggal 12 Desember 1991 tentang permohonan bantuan Rektor untuk mengizinkan dan mendorong kerjasama antara Diklat Depkes dan Diklat di lingkungan Perguruan Tinggi dalam rangka pengembangan kepemimpinan Kesuma.
 2. Surat Rektor IPB No. 185/PT39.H/I/91 tanggal 27 Desember 1991 tentang kesediaan Institut Pertanian Bogor melalui koordinasi Dekan Fakultas Pertanian IPB untuk bekerjasama dalam pembinaan dan pelaksanaan program Diklat Pengembangan Kepemimpinan Kesehatan untuk Semua.

M E M U T U S K A N

Menetapkan :

1. Guna pelaksanaan kegiatan pengembangan Jaringan Kepemimpinan KESUMA di IPB, perlu diselenggarakan Seminar dan Lokakarya (SEMILOKA) Pengembangan Jaringan Kepemimpinan Kesehatan Untuk Semua (KESUMA) Di Perguruan Tinggi Pertanian dengan tema: "Pembangunan Pertanian Berwawasan KESUMA".
2. Membentuk dan mengangkat Panitia Penyelenggara "Semiloka Pengembangan Jaringan Kepemimpinan Kesehatan Untuk Semua (KESUMA) Di Perguruan Tinggi Pertanian dengan susunan keanggotaan seperti tercantum dalam lampiran Surat Keputusan ini :
3. Panitia Penyelenggara tersebut berkewajiban :
 - a. Merencanakan dan menyelenggarakan Semiloka
 - b. Menyusun rencana anggaran kebutuhan penyelenggaraan
 - c. Menyusun rumusan hasil Lokakarya
 - d. Menyusun dan mencetak Laporan Semiloka
 - e. Mempertanggungjawabkan semua kegiatan kepada Dekan Fakultas Pertanian IPB atas pelaksanaan tugasnya.

Ditetapkan di : B o g o r
Pada tanggal : 19 Agustus 1992

D e k a n,

ttd.

Dr. Ir. SYAFRIDA MANUWOTO
NIP. 130350039



Salinan sesuai dengan aslinya
Kepala Bagian TU Faperta IPB,

ANAM SUDJANA
NIP. 130256342

SALINAN Keputusan ini disampaikan kepada :

1. Yth. Rektor IPB
2. Yth. Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan R.I.
3. Yth. Pembantu Rektor di lingkungan IPB
4. Yth. Dekan Fakultas di lingkungan IPB
5. Yth. Kepala Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat, Departemen Kesehatan R.I.
6. Yth. Kepala Pusat Pendidikan dan Latihan, Departemen Kesehatan R.I.
7. Yth. Yang bersangkutan untuk dilaksanakan

Lampiran Salinan Keputusan Dekan Fakultas Pertanian IPB
Nomor : 92/PT39.H4.FP.1.1/H/1992;
Tanggal : 19 Agustus 1992

SUSUNAN PANITIA SEMINAR DAN LOKAKARYA
PENGEMBANGAN JARINGAN KEPEMIMPINAN KESEHATAN UNTUK SEMUA (KESUMA)
DI PERGURUAN TINGGI PERTANIAN

Tema : "Pembangunan Pertanian Berwawasan
Kesehatan Untuk Semua (KESUMA)"

Penasehat : 1. Rektor Institut Pertanian Bogor
2. Direktur Jenderal Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan R.I.

Penanggung Jawab : Dr. Ir. Syafrida Manuwoto
(Dekan Fakultas Pertanian, IPB)

Panitia Pengarah
Ketua : Ir. Amini Nasoetion, M.S.
(Ketua Jurusan GMSK, FAPERTA IPB)

Wakil Ketua : dr. Brahim
(Kepala Pusdiklat Depkes R.I.)

Sekretaris : Dr. Drh. Clara M. Kusharto, M.Sc.

Anggota : dr. Widyastuti Wibisana, M.Sc. (PH)
(Kepala Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat, Ditjen Binkesmas, Depkes R.I.)
Ir. Suprihatin Guhardja, MS.
Ir. Mariyati Sukarni, M.Sc.
Drs. Dachroni, MPH.
Drs. Winarno, M.Sc.

Panitia Pelaksana
Ketua : Dr. Drh. Clara M. Kusharto, M.Sc.
Wakil Ketua : Ir. Siti Madanijah, M.S.
Sekretaris : 1. dr. Vera Urip
2. Ir. Cesilia Meti Dwiriani

Bendahara : 1. dr. Yekti Hartati Effendi
2. Ir. Diah K. Pranadji, M.S.

Seksi-seksi
Acara / Persidangan : Drh. Asep Rustiawan *, Ir. Emmy Karsin, MS.,
Ir. M.D. Djamaludin, M.Sc. Ir. Melly Latifah,
Evodia Almawaty S., SKM., Suprijadi, SKM.

Makalah/Prosiding : Dr. Ir. Ali Khomsan MS.*, Ir. Rihati Kusno
Ir. Drajat Martianto, Ir. Hartoyo, M.Sc.,
P.A. Kodrat Pramudho, SKM., dr. Trihono, M.Sc.

Publikasi dan Dokumentasi : Ir. Budi Setiawan, MS.*

Konsumsi : Ir. Dwi Hastuti *, Ir. Nino Yayah Sa'diyah
Yati Sufiati

Perlengkapan dan Tataruang : Ir. Dodik Briawan *, Dra. Vanda Yulita,
Lili Sarwali

Ditetapkan di : B o g o r
Pada tanggal : 19 Agustus 1992

D e k a n,
ttd.

Dr. Ir. SYAFRIDA MANUWOTO
NIP. 130350039



* Penanggungjawab