

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 rancak.

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

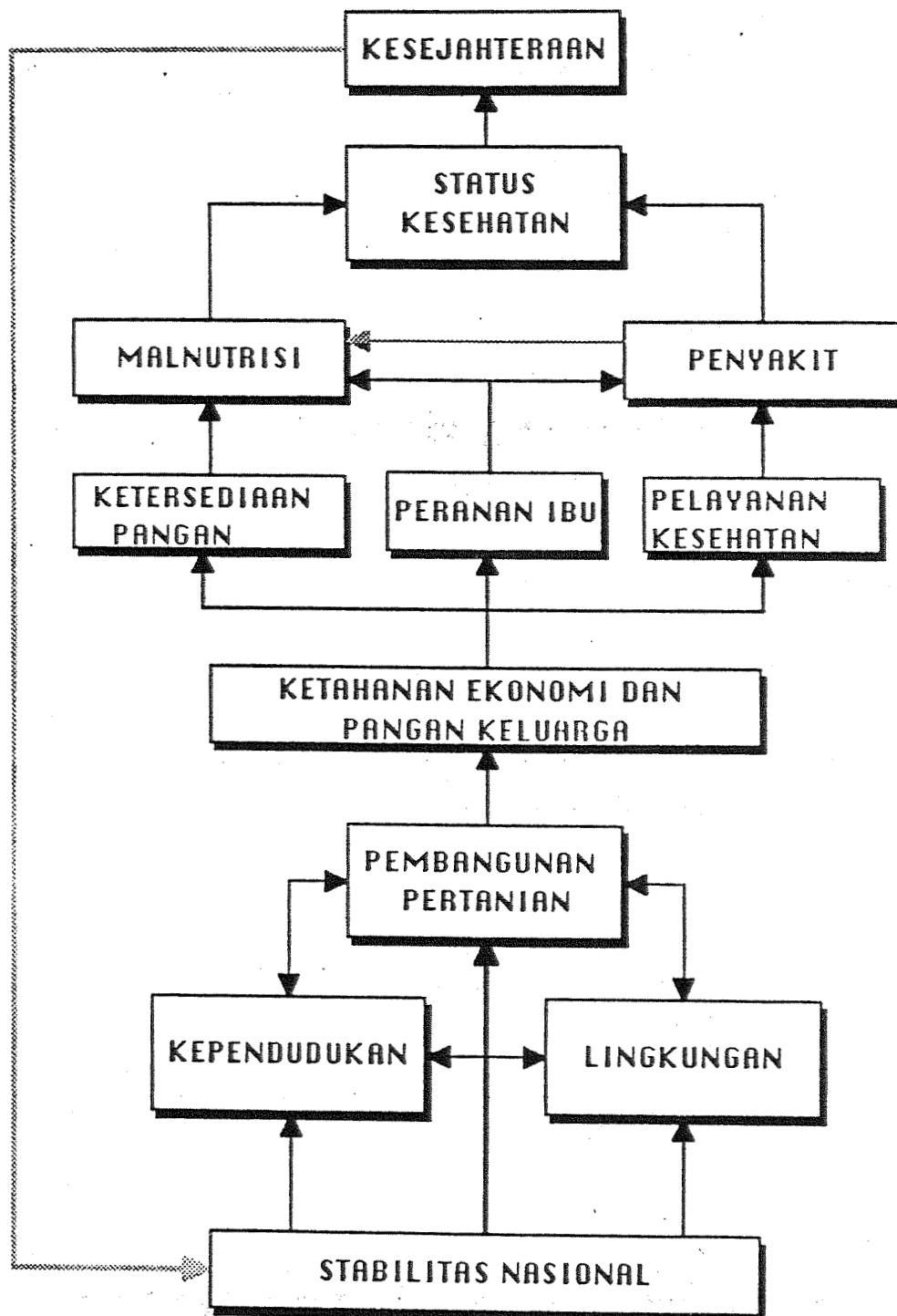
Derajat kesehatan masyarakat ditentukan oleh berbagai faktor. Di tingkat individu derajat kesehatan ini dipengaruhi oleh keadaan gizi dan ada atau tidaknya penyakit yang diderita. Hal ini dipengaruhi juga oleh peran ibu dalam pengasuhan anak. Di tingkat keluarga, faktor ketahanan ekonomi dan pangan keluarga 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 lambat 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 Pendu
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	NKE	% NKE	Score Pangan
	(Kalori)	(Kalori)		
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