

# Kebijaksanaan Pembangunan Kesehatan pada Tahap Tinggal Landas dan Aspek Kebijaksanaan Pengembangan Rumah Sakit

**Broto Wasisto**

*Direktur Jendral Pelayanan Medis, Departemen Kesehatan RI, Jakarta*

---

## PENDAHULUAN

Pembangunan Kesehatan bertujuan agar setiap penduduk mampu untuk hidup sehat sehingga dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, yang merupakan salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan Pembangunan Nasional. Pola Umum Pembangunan Jangka Panjang Pertama merupakan bagian integral dari Pembangunan Nasional. Pembangunan Jangka Panjang Pertama yang meliputi jangka waktu 25 tahun telah dilaksanakan sejak 1968 dengan pentahapan lima tahunan, yang dikenal dengan Pelita, dan yang kini telah memasuki tahun-tahun terakhir Pelita V.

Pelita I lebih menekankan kepada pembangunan sarana kesehatan, Pelita II telah meningkat kepada pembangunan kesehatan, sedangkan sejak Pelita III strategi pembangunan kesehatan menjadi lebih jelas dengan diterimanya pendekatan *Primary Health Care* (PKMD). Upaya pelayanan kesehatan yang semula hanya berupa upaya penyembuhan telah berkembang menjadi kesatuan upaya kesehatan untuk seluruh masyarakat, serta dengan peran serta masyarakat yang meliputi upaya-upaya peningkatan, pencegahan, penyembuhan serta pemulihan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Penyelenggaraan upaya kesehatan yang sangat luas dan rumit ini dirasakan perlu dikelola secara berhasil guna dan berdaya guna. Untuk itu, pada tahun 1982 telah diberlakukan Sistem Kesehatan Nasional (SKN), yang memberikan kejelasan arah dan tujuan pembangunan kesehatan.

SKN telah memuat rencana pembangunan kesehatan sampai akhir Repelita VI. Pada saat itu, diharapkan bahwa kita akan berada dalam tahap tinggal landas, yang kebetulan saatnya sesuai dengan cita-cita Kesehatan Bagi Semua pada Tahun 2000 yang dicanangkan WHO pada tahun 1978. Memasuki Pelita VI,

berarti juga Indonesia memasuki masa Pembangunan Jangka Panjang Kedua, yang pelaksanaannya perlu dipersiapkan bersama-sama secara matang. Mengingat sumber daya yang dapat dimanfaatkan dalam pembangunan kesehatan sangat terbatas, perlu digali dan dikembangkan berbagai pola pemikiran serta kebijaksanaan-kebijaksanaan yang baru, yang akan mampu mencari terobosan-terobosan baru untuk mengatasi keterbatasan tersebut dan sekaligus mempercepat laju pertumbuhan pembangunan kesehatan, selaras dengan meningkatnya kesejahteraan.

Makalah ini bertujuan untuk membahas berbagai dimensi kesehatan dalam pembangunan jangka panjang yang akan datang. Secara singkat dibahas hubungan timbal balik antara kesehatan dan pembangunan, kecenderungan keadaan dan masalah kesehatan serta kecenderungan kebijaksanaannya pada waktu mendatang. Perkiraan-perkiraan yang dibuat bagi 25 tahun yang mendatang sangat kualitatif karena keterbatasan waktu untuk membuat analisis. Oleh karenanya, angka-angka yang disajikan di sinipun masih akan diperbaiki lagi kelak. Apa yang disajikan hanya memuat pokok-pokok saja dan banyak hal masih belum sempat dikemukakan. Perkiraan yang dilakukan menggunakan gabungan prinsip-prinsip kontinuitas, analogi dan kecenderungan keadaan. Dalam banyak hal, kesehatan dipandang sebagai bagian dari kesatuan sistem.

## KESEHATAN DAN PEMBANGUNAN

Pembangunan di Indonesia mulai berlangsung secara sistematis sejak 1968. Tujuannya adalah untuk mewujudkan suatu masyarakat yang adil dan makmur serta merata melalui peningkatan taraf hidup, kecerdasan dan kesejahteraan seluruh masyarakat. Untuk mencapai tujuan tersebut, kegiatan pem-

bangunan dilaksanakan di segala bidang kehidupan yang meliputi bidang sosial, ekonomi, politik, kebudayaan dan lain sebagainya. Karena keterbatasan biaya, pembangunan biasanya menetapkan prioritas-prioritas yang dapat berubah sesuai dengan perkembangan keadaan.

Berbagai data empirik di dunia menunjukkan bahwa tingkat kesehatan (yang diukur dengan indikator-indikator *crude death, child mortality, infant mortality* dan *life expectancy*) mempunyai korelasi positif terhadap tingkat GNP per kapita. Dapat diperkirakan bahwa suatu kenaikan GNP sebesar 10% akan mengakibatkan naiknya harapan hidup sebesar 1 tahun, turunnya angka kematian bayi sebanyak 8,3%, menurunnya angka kematian anak sebesar 14,2%, dan menurunnya angka kematian kasar sebanyak 1,5%.

Besarnya pengaruh pendapatan per kapita sebagai akibat pembangunan terhadap keadaan kesehatan dapat dipahami karena penduduk akan semakin mampu menyisihkan pendapatannya untuk pangan, pendidikan, tempat tinggal, sanitasi dan lain-lain, yang kesemuanya berdampak positif terhadap peningkatan keadaan kesehatan. Harus diakui pula bahwa pendapatan yang tinggi saja tidak secara otomatis menyebabkan status kesehatan penduduk menjadi lebih baik. Agaknya pemerataan peningkatan pendapatan di antara penduduk jauh lebih penting dari sekedar kenaikan nilai absolutnya.

Tidak dapat disangkal bahwa kesehatan memberikan andil yang bermakna terhadap pembangunan karena penduduk yang sehat, secara ekonomi akan lebih produktif, dan begitu pula anak-anak sekolah yang sehat akan memiliki prestasi yang lebih baik. Penelitian lain menunjukkan bahwa dengan membaiknya keadaan kesehatan, masyarakat akan cenderung untuk memilih ukuran keluarga yang lebih kecil. Hal ini pada gilirannya akan memungkinkan pendapatan yang diperoleh untuk dimanfaatkan secara lebih optimal bagi kesejahteraan keluarga.

Banyak sekali contoh klasik di mana upaya kesehatan dapat meningkatkan ekonomi keluarga dan masyarakat. Pencegahan dan pemberantasan malaria di daerah endemik malaria akan mencegah orang-orang dewasa kehilangan hari kerja sebanyak 14 hari selama 1 tahun. Pemberian pil sulfas ferrosus kepada para pemetik teh dapat meningkatkan hasil petikannya. Imunisasi memungkinkan keluarga menggunakan pendapatannya untuk hal-hal yang berkaitan dengan kesejahteraan, karena banyak anak dapat terhindar dari berbagai penyakit yang mahal pengobatannya.

Pembangunan Nasional yang telah dilaksanakan selama hampir 25 tahun ini telah menyebabkan perkembangan pesat pada hampir semua bidang industri, transportasi serta pertanian, dan dengan demikian secara umum telah mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Akan tetapi, perkembangan yang pesat ini juga telah membawa dampak yang luas kepada berbagai aspek kehidupan masyarakat, termasuk kesehatan, yang menyebabkan pergeseran pola penyakit, dan kebutuhan serta tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan.

Kemajuan pembangunan di Indonesia telah memacu perkembangan industri, transportasi, komunikasi, mekanisasi per-

tanian, perikanan, kehutanan dan lain-lain. Ini semua membawa dampak di segala aspek kehidupan masyarakat serta lingkungan. Perkembangan transportasi dan komunikasi memudahkan para petugas menanggulangi masalah kesehatan, di samping memudahkan penyebaran penyakit. Pada segi lain, kemajuan transportasi dan industri juga telah menyebabkan bertambahnya jenis dan jumlah kecelakaan akibat kerja dan lalu lintas yang semakin rumit sifatnya. Kemajuan industri dan perdagangan tidak hanya dinikmati hasilnya, akan tetapi juga dampak limbahnya dapat mengancam kehidupan. Bertambahnya lingkungan pemukiman juga berdampak luas terhadap penyediaan air bersih, pembuangan sampah serta air limbah, dan berkurangnya lahan pertanian dan kehutanan yang merubah keseimbangan ekologi. Polusi air, sampah, udara dan bunyi, serta kasus-kasus keracunan sebagai akibat sampingan meluasnya pemukiman, berbagai proses industri, transportasi maupun pertanian modern turut memper-sulit keadaan.

Kesimpulannya adalah bahwa kesehatan dan pembangunan mempunyai hubungan yang erat dan saling mempengaruhi. Hasil yang optimal dari keterkaitan tersebut dapat diperkirakan bila kita membuat kebijaksanaan-kebijaksanaan pembangunan yang diperhitungkan dengan cermat. Hal ini menjadi salah satu sebab mengapa jajaran kesehatan perlu mengkaji kembali ketepatan serta hasil dan kegunaan pelayanan kesehatan yang selama ini telah diselenggarakan, serta menetapkan pola pelayanan yang perlu dipersiapkan menjelang masa pembangunan jangka panjang ke dua.

## **KECENDERUNGAN DETERMINAN KESEHATAN**

Determinan kesehatan atau faktor-faktor yang dapat berpengaruh terhadap tingkat derajat kesehatan penduduk adalah faktor-faktor sosial, ekonomi, demografi, lingkungan, upaya kesehatan dan faktor genetik. Dari sekian banyak faktor yang dapat berpengaruh tadi, empat faktor pertama mempunyai peran yang lebih penting. Pada hakekatnya determinan kesehatan tersebut saling berkaitan dan saling mempengaruhi serta dapat berubah-ubah.

Keadaan sosial masyarakat Indonesia terutama tingkat pendidikannya akan terus membaik. Bila pada tahun 1980 hanya 85% anak umur-sekolah (7 – 12 th) dapat memasuki sekolah dasar, maka pada tahun 1990 ia telah meningkat menjadi lebih dari 95%. Diduga bahwa pada tahun 2015 rata-rata tingkat pendidikan masyarakat Indonesia sudah mencapai SLTA, sedangkan buta huruf di kalangan wanita dewasa dapat dikatakan tidak ada lagi. Tingkat pendidikan yang meningkat ini menyebabkan masyarakat Indonesia menjadi lebih berpengetahuan dan lebih pandai memilih alternatif yang baik bagi dirinya serta lebih mudah menyerap informasi.

Walaupun tingkat pendidikan menjadi lebih baik, dikhawatirkan bahwa pada sebagian masyarakat akan timbul sikap hidup yang tak menguntungkan seperti misalnya kenakalan remaja, kecanduan obat, alkoholisme, merokok, *permissiveness* dan lain sebagainya. Keadaan ini dapat meluas dengan semakin tingginya tingkat urbanisasi yang tak seimbang dengan tingkat pertum-

buhan ekonomi masyarakat tadi.

Keadaan ekonomi Indonesia dalam 20 tahun terakhir telah semakin membaik. Dalam tahun 1984 dan 1990 Indonesia mengalami pertumbuhan ekonomi lebih dari 7% pertahunnya. Pertumbuhan ini termasuk yang paling tinggi di dunia. Hal ini tidak lepas dari tersedianya sumberdaya alam yang melimpah, penduduk yang semakin mampu mengolah dan mengelola sumberdaya alam tadi dan perkembangan teknologi serta kebijaksanaan pembangunan. Meskipun mengalami krisis pada tahun 1982 dan 1987, GNP dan pendapatan per kapita terus meningkat. Begitu pula pemerataan pendapatan semakin membaik walaupun dirasakan agak lambat.

Kecenderungan membaiknya keadaan ekonomi tadi akan tetap berlangsung dalam 25 tahun mendatang. Krisis ekonomi dunia masih dapat terjadi tetapi dampaknya terhadap Indonesia mungkin akan terbatas. Pada dekade 90-an ini, Indonesia akan masuk dalam kelompok negara-negara industri baru (NIC). Timbulnya konglomerasi akan tetap berlangsung karena keadaan pasar dan kebijaksanaan ekonomi yang memungkinkannya. Namun demikian gerakan koperasi yang timbul dari bawah akan dapat semakin memperkuat ketahanan ekonomi masyarakat strata menengah ke bawah. Harus diakui kantong-kantong kemiskinan masih akan dijumpai terutama di kota-kota dan daerah terpencil. *Women labor participation* akan meningkat. Pasangan suami-istri muda yang kedua-duanya bekerja akan meningkatkan jumlahnya. Hal ini dapat menimbulkan dampak luas terhadap perkembangan kesehatan jiwa anak-anak yang ditinggalkan di rumah.

Perbaikan ekonomi yang menggembirakan tadi akan memungkinkan bangsa dan negara Indonesia memobilisasi lebih banyak dana untuk upaya kesehatan. Penduduk akan semakin mampu untuk membeli pelayanan yang tersedia terutama melalui sistem asuransi. Meningkatnya tingkat pendapatan per-kapita, tingkat *employment rate* serta pemerataan yang lebih baik dapat lebih mendorong berkembangnya asuransi kesehatan.

Jumlah penduduk dan struktur demografi sangat erat kaitannya dengan kesehatan karena ia akan mempengaruhi volume pelayanan dan pola pelayanan kesehatan. Dalam 30 tahun akhir jumlah penduduk Indonesia meningkat sangat cepat yakni dari 97 juta pada tahun 1961, menjadi 119 juta pada tahun 1971, 146,8 juta pada tahun 1980 dan 179,3 juta pada tahun 1990. Yang cukup menggembirakan adalah bahwa angka pertumbuhan menurun dengan pesat yakni dari 2,31% pada dekade 70-an turun menjadi 1,9% pada dekade 80-an. Angka kematian yang menurun lebih cepat dari angka kelahiran menyebabkan Indonesia mengalami ledakan penduduk antara tahun-tahun 60 – 80.

Dalam 25 tahun mendatang jumlah penduduk Indonesia masih akan bertambah dengan tingkat pertumbuhan yang semakin menurun. Pada tahun 2015 diduga jumlah penduduk Indonesia sekitar 245 juta dengan angka pertumbuhan yang akan mendekati 1%. Menurunnya angka kelahiran dan angka kematian serta mengecilnya jumlah anggota keluarga menyebabkan struktur umur penduduk Indonesia menjadi lebih tua, mereka yang berumur lebih dari 16 tahun jumlahnya akan lebih banyak daripada yang berumur kurang dari 15 tahun. Persentase kelompok lanjut usia (> 65 th) semakin lama semakin tinggi, sedangkan

rata-rata harapan hidup waktu lahir pada tahun 2015 akan lebih dari 70 tahun. Angka ketergantungan (*dependency ratio*) pada tahun 1990 adalah 66% dan angka ini menurun terus sehingga pada tahun 2000 akan menjadi 46,6%. Mulai tahun 1990–1995 jumlah anak sekolah SD dan SLTP akan menurun terus. Dengan demikian beban dan pola pelayanan kesehatan akan sangat berubah.

Urbanisasi akan meningkat. Pada tahun 2000, sekitar 40% penduduk Indonesia tinggal di kota-kota dan pada tahun 2015 meningkat sampai sekitar 50%. Akan timbul kantong-kantong kumuh di banyak kota. Migrasi penduduk dari Jawa masih akan terjadi terutama menuju pulau-pulau Kalimantan, Sulawesi dan Irian. Migrasi keluar pulau Jawa masih lebih besar dari pada imigrasi, tetapi lebih dari 50% penduduk Indonesia masih tinggal di pulau Jawa yang kepadatannya mungkin akan mencapai 1000 per km<sup>2</sup>. Kota metropolitan dengan penduduk lebih dari 1 juta akan semakin banyak dan Jakarta akan menjadi mega metropolitan.

Lingkungan hidup khususnya lingkungan fisik mempunyai arti penting bagi kelangsungan keadaan kesehatan dan kesejahteraan manusia. Persediaan air minum bersih semakin tinggi cakupannya dalam 25 tahun mendatang. Sebagian besar penduduk yang hidup di kota-kota akan menikmati air minum yang lebih layak, namun demikian di beberapa tempat air minum bersih masih menjadi masalah. Pulau Jawa dapat mengalami kesulitan air minum bila pengelolaan sumber-sumber yang ada tidak cermat. Pemanfaatan jamban keluarga akan lebih meningkat.

Industrialisasi yang akan berkembang cepat pada masa mendatang dapat menyebabkan timbulnya polusi udara, air, suara dan thermal. Polusi limbah rumah tangga terhadap air sungai akan tetap terjadi meskipun sudah diambil langkah-langkah program kali bersih. Pengelolaan sampah akan semakin baik tetapi pengotoran kimiawi yang berasal dari insektisida pupuk dan bahan lain dapat lebih sering terjadi.

Krisis energi yang terjadi menyebabkan Indonesia harus mencari sumber energi alternatif. Pada dekade 90-an Indonesia akan memiliki sebuah Pembangkit Tenaga Listrik Nuklir (PLTN). Walaupun PLTN sebenarnya sangat aman namun kewaspadaan akan bencana tetap akan harus dipersiapkan. Ada kemungkinan PLTN akan bertambah lagi menjelang tahun 2015, begitu juga penggunaan zat-zat radioaktif akan meningkat, baik untuk kebutuhan industri maupun kesehatan.

Bertambah baiknya komunikasi dan transportasi akan mempunyai dampak positif maupun negatif terhadap keadaan kesehatan.

## **KECENDERUNGAN PELAYANAN KESEHATAN**

Pelayanan kesehatan di Indonesia dalam 20 tahun terakhir berkembang sangat pesat sehingga pada tahun 1990 telah terdapat 15.000 Puskesmas Pembantu, sekitar 6000 Puskesmas dan 1500 R.S. swasta dan pemerintah, serta peningkatan jenis-jenis pelayanan lain yang diselenggarakan oleh pihak swasta. Masyarakat secara bersama-sama telah berhasil membangun lebih dari 200.000 Posyandu. Sarana tersebut telah tersebar lebih

merata sampai ke kabupaten, kecamatan dan desa-desa. Pada umumnya sarana-sarana ini telah dilengkapi dengan tenaga dokter, dokter spesialis; dokter gigi, apoteker, paramedis perawatan, paramedis non perawatan dan tenaga non medik. Kesemuanya tadi telah dijalin dalam sistem rujukan tinjau balik dari bawah ke atas.

Dalam 25 tahun mendatang jumlah dan jenis pelayanan kesehatan akan sangat berkembang karena jumlah populasi yang meningkat, permintaan (*demand*) yang tinggi, transportasi dan komunikasi yang mudah, berubahnya pola penyakit dan lain sebagainya. Pelayanan kuratif akan semakin menonjol karena permintaan akan pelayanan preventif sudah menyatu (*ter-integrasi*) dalam kehidupan sehari-hari.

Majunya ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran serta derasnya arus informasi menyebabkan timbulnya sofisticasi pada banyak rumah sakit dan sarana pelayanan. Akan timbul fenomena seperti *home-care*, *day-care*, *diagnostic center*, dan mungkin *abortion center* (dalam arti positif) dan lain-lain. Rumah sakit yang spesialis akan lebih banyak jumlahnya. Perkembangan ini dapat mengubah fungsi Puskesmas menjadi semacam *consultative center*, sedangkan Posyandu secara alamiah akan berkurang sampai tidak ada lagi. Puskesmas yang berada pada tempat dengan lingkungan sosial ekonomi yang sangat berkembang, dapat berubah menjadi rumah sakit.

Pelayanan kesehatan swasta akan lebih banyak dari pada pemerintah menjelang tahun 2000 nanti, dan rumah sakit pemerintah akan cenderung menjadi swadana. Rumah sakit pemerintah akan tampil bersaing terhadap swasta dalam artian penampilan fisik, pelayanan (*service*) dan kualitas. Perlunya pelayanan yang bermutu dan persaingan yang ketat mengakibatkan rumah sakit harus dikelola oleh direktur-direktur yang profesional yang didukung oleh staf *middle-management* yang tangguh.

Ongkos-ongkos umum yang meningkat dan introduksi teknologi baru menyebabkan ongkos pelayanan kesehatan akan semakin mahal. Keadaan ini dapat mempercepat tumbuhnya asuransi kesehatan. Namun demikian perlu diperhatikan pula bahwa asuransi kesehatan yang tidak dikelola dengan baik akan mendorong ongkos-ongkos pelayanan untuk meningkat pula. Tingkat *employment-rate* pada sektor formal yang tinggi dan pendapatan per kapita yang semakin meningkat serta kesadaran akan perlunya jaminan yang pasti di masa mendatang akan menumbuhkan asuransi kesehatan yang dapat menjangkau lebih banyak penduduk. Pada saatnya, asuransi kesehatan harus ditetapkan menjadi suatu kewajiban dan dampaknya terhadap kesehatan akan menjadi bermakna.

Masalah pelayanan kesehatan yang dapat lebih rumit pada 25 tahun mendatang adalah hal-hal yang berhubungan dengan pelanggaran etik, *malpractice* serta tuntutan di pengadilan terhadap para dokter.

Berkembangnya pelayanan kesehatan akan diikuti oleh berkembangnya tenaga kesehatan yang jumlah dan jenisnya akan meningkat dalam 25 tahun mendatang. Dokter dan perawat yang spesialis, sarjana elektromedik, *hospital pharmacist*, *clinical epidemiologist*, ahli *industrial health*, *occupational health*, dan

spesialisasi lainnya akan lebih banyak dibutuhkan. Tenaga kesehatan wanita akan melebihi pria sedangkan penyebarannya akan cenderung mengelompok di kota-kota. Ketimpangan distribusi tenaga tetap akan terjadi sedangkan rasio tenaga terhadap populasi akan membaik.

Bila dilihat kualifikasi pendidikan, tenaga kesehatan lulusan D3, S 1 dan S2 jumlahnya akan lebih dominan pada masa mendatang baik pada sarana pemerintah maupun swasta. Tenaga fungsional pada rumah sakit pemerintah akan semakin banyak jumlah dan ragamnya, sedangkan golongan II dan III akan merupakan kelompok yang paling besar jumlahnya. Kantor administrasi kesehatan (Depkes, dll.) akan lebih banyak diisi oleh tenaga fungsional yang profesional sedangkan tenaga pendukung akan minimal jumlahnya. Desentralisasi kepada Daerah Tingkat II akan lebih luas. *Career planning* tenaga kesehatan menjadi lebih terbuka antara swasta dan pemerintah serta antara sektor yang satu dengan yang lainnya. Keadaan tadi semuanya menyebabkan berubahnya sistem pendidikan dan latihan tenaga serta sistem rekrutmen.

Teknologi kedokteran akan tetap meningkat kemajuannya, tetapi kemajuan dalam teknologi diagnostik akan jauh melebihi kemajuan dalam teknologi terapeutik. Bioteknologi semakin berperan terutama dalam produksi vaksin, hormon, obat dan prosedur diagnostik. Penggunaan obat juga cenderung meningkat baik jumlah maupun jenisnya. Obat-obatan baru untuk penyakit-penyakit menahun akan semakin banyak jenisnya. Penggunaan analgetika, vitamin dan obat *adjuvant* (penguat) akan terus meningkat, sedangkan penggunaan antibiotika relatif akan menurun atau menetap sesudah tahun 2000. Namun demikian antibiotika baru tetap akan bermunculan dan yang lama ditinggalkan. Bioteknologi akan meningkat peranannya dalam produksi obat-obatan. Kapasitas produksi obat jadi dan bahan baku obat Indonesia akan meningkat terus, sesuai dengan kemajuan ekonomi secara umum dan kenaikan permintaan akan obat-obatan. Mutu produk akan bertambah baik dan kompetitif di dunia internasional. Arus globalisasi ekonomi yang masuk Indonesia menyebabkan harga obat-obatan akan tetap meningkat.

Distribusi obat di Indonesia akan tetap bertambah baik sehingga cakupannya lebih merata. Konsumsi obat per kapita juga akan meningkat karena pola penyakit yang berubah dan masyarakat yang lebih mampu membelinya. Dikhawatirkan penjualan obat di pasar gelap akan bertambah begitu pula obat tentangan dan selundupan. Dengan demikian *incidence* dari intoksikasi dan efek samping obat dapat meningkat, karenanya dibutuhkan pusat informasi obat untuk mengatasi hal ini.

Obat-obat tradisional masih tetap akan dikonsumsi oleh sebagian masyarakat Indonesia tetapi jumlahnya tak akan meningkat dan relatif mungkin menurun. Kedokteran alternatif dapat timbul.

## KECENDERUNGAN DERAJAT KESEHATAN

Keadaan serta masalah kesehatan yang dihadapi jajaran penyelenggara pelayanan kesehatan senantiasa mengalami perubahan dari masa ke masa. Faktor lingkungan, perilaku dan pelayanan kesehatan saling berkaitan dan mempengaruhi se-

hingga sangat menentukan tinggi rendahnya derajat kesehatan masyarakat. Derajat kesehatan yang tinggi membantu meningkatkan produktivitas masyarakat yang pada gilirannya membawa nilai ekonomi bagi masyarakat sendiri.

Derajat kesehatan penduduk yang biasanya dinilai melalui indikator morbiditas, mortalitas, status gizi, telah membaik dalam 25 tahun terakhir. Berbagai penyakit menular telah hilang atau mulai menghilang, begitu pula keadaan gizi masyarakat yang membaik. Kurang kalori protein telah turun prevalensinya, kebutaan karena kurang Vitamin A sudah sangat rendah begitu pula gondok karena defisiensi yodium).

Angka Kematian Bayi (AKB) merupakan salah satu indikator yang peka dan spesifik untuk mengukur derajat kesehatan dan yang secara tak langsung juga mampu menunjukkan tingkat kesejahteraan masyarakat. AKB di Indonesia yang tinggi telah mengalami penurunan yang cukup tajam antara tahun 1975 – 1985, dari 107 menjadi 70 kematian bayi per 1000 kelahiran hidup<sup>1)</sup>. Akan tetapi angka ini masih cukup tinggi bila dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya. Sebagai contoh, pada tahun 1987 AKB di Malaysia adalah 24, Singapura 9, Thailand 40 dan Filipina 46 per 1000 kelahiran hidup<sup>2)</sup>.

Penurunan AKB di Indonesia tidak merata dan cukup bervariasi di antara propinsi dan juga di antara daerah perkotaan dan pedesaan. AKB di DI Yogyakarta pada tahun 1985 merupakan yang terendah, yaitu 29 per 1000 kelahiran hidup, sedangkan Nusa Tenggara Barat memiliki AKB tertinggi yakni 144<sup>3)</sup>. Diperkirakan AKB di daerah perkotaan adalah 57 dan untuk daerah pedesaan 76 per 1000 kelahiran hidup. Karena tingkat kesehatan antar berbagai propinsi yang belum merata, prioritas penanggulangan masalah kesehatan di masing-masing propinsi tentunya akan berbeda.

Menurunnya AKB mengakibatkan meningkatnya Angka Harapan Hidup (AHH). AHH yang pada tahun 1970 diperkirakan 48.2 tahun untuk wanita dan 45 tahun untuk pria telah berubah menjadi masing-masing 61 tahun dan 58 tahun pada tahun 1985<sup>4)</sup>.

Angka kematian ibu karena kehamilan, melahirkan dan masa nifas (MMR) juga akan menurun tetapi tingkat penurunannya akan lambat. Untuk ini dibutuhkan sistem rujukan yang mantap dan dukungan rumah sakit terhadap upaya kesehatan masyarakat.

Menurunnya angka kematian yang kemudian disusul dengan menurunnya angka kelahiran telah mengubah struktur umur penduduk Indonesia (transisi demografi). Keadaan ini ditambah dengan perubahan lingkungan, perubahan gaya hidup, dan menurunnya morbiditas penyakit menular menyebabkan pola penyakit di Indonesia berubah (transisi epidemiologi). Perubahan-perubahan nyata akan semakin nampak menjelang tahun 2000 nanti. Penyakit-penyakit menular yang akan hilang menjelang tahun 2000 nanti antara lain morbili, pertussis, poliomielititis, tetanus neonatorum, difteria, frambusia dan kusta. Berbagai penyakit menular lainnya dapat juga menurun morbiditas dan mortalitasnya. Begitu pula penyakit karena gangguan kurang gizi sudah akan sangat menurun sampai tidak ada lagi (PCM, Xerophthalmia, anemia kurang besi serta defisiensi

Berbagai penyakit menahun atau penyakit tidak menular akan sangat meningkat seperti penyakit kanker, penyakit kardiovaskuler, gangguan endokrin, artritis rematoid, gangguan jiwa, gangguan akibat rudapaksa/kecelakaan dan lain-lain. Pada tahun 2015, kanker dan penyakit kardiovaskuler akan menjadi penyebab utama kematian. Penyakit akibat gizi-lebih (*overnutrition*) dan obesitas dapat pula meningkat.

Pada masa 25 tahun yang terakhir, dunia telah mengenal paling sedikit tiga penyakit baru yang mewabah, yakni Demam Berdarah Dengue, Legionnaire's Disease serta AIDS. Dalam 25 tahun mendatang dapat pula timbul wabah penyakit baru yang disebabkan oleh virus. Penyakit karena toksoplasmosis akan mendapat perhatian lebih besar.

Penambahan jumlah penduduk sangat berpengaruh terhadap beban kerja pelayanan kesehatan, dan struktur umur masyarakat mempengaruhi jenis pola pelayanan kesehatan. Pola pelayanan kesehatan orang dewasa dan lanjut usia akan menjadi lebih penting di masa mendatang karena struktur penduduk Indonesia yang menjadi lebih tua. Prioritas pelayanan kesehatan yang semula terhadap bayi dan anak akan bergeser menjadi terhadap usia dewasa dan lanjut.

Perbaikan derajat kesehatan yang berbeda antar berbagai daerah akan berdampak luas bagi pelayanan kesehatan. Pada daerah yang sudah lebih baik dan maju telah berkembang penyakit tak menular dan khronis serta penyakit pada usia lanjut, dan penyakit-penyakit infeksi serta gangguan gizi menurun. Sebaliknya pada daerah yang belum sedemikian maju akan tetap didominasi oleh pola penyakit infeksi dan gangguan gizi. Oleh karena itu, transisi epidemiologi ini akan menimbulkan beban ganda yang cukup berat bagi pelayanan kesehatan di masa mendatang.

## KECENDERUNGAN KEBIJAKSANAAN JANGKA PANJANG

Kebijaksanaan dapat diartikan sebagai petunjuk-petunjuk umum bagi kegiatan atau pengambilan keputusan lebih lanjut. Kebijakan, termasuk kebijaksanaan pembangunan kesehatan, biasanya dipengaruhi oleh *political commitment* yang lebih tinggi, aspirasi masyarakat, permasalahan yang dihadapi dan potensi kemampuan yang ada. Struktur kebijaksanaan menyangkut tujuan, strategi atau langkah pokok, prioritas dan lain sebagainya.

Dalam memasuki tahap proses tinggal landas mulai Pelita VI sampai dengan Pelita X, kebijaksanaan pokok sebagaimana tertera dalam pemikiran dasar Sistem Kesehatan Nasional tetap berlaku. Tahap Tinggal Landas pembangunan kesehatan adalah suatu tahap dimana bangsa Indonesia telah mampu untuk tumbuh kembang melanjutkan pembangunan kesehatan, dengan sandaran utama kekuatan sendiri, menuju tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum. Diperlukan kemampuan-kemampuan untuk dapat tinggal landas, yakni :

1. Kemampuan masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan

yang optimal;

2. Kemampuan masyarakat dan swasta untuk memikul pembiayaan kesehatan melalui program asuransi Jaminan Pemeliharaan Kesehatan;
3. Kemampuan sarana kesehatan, termasuk rumah sakit untuk berfungsi efisien dan efektif.

Dari penjelasan-penjelasan sebelumnya, nampak bahwa dalam 25 tahun mendatang, Indonesia akan mengalami perubahan-perubahan yang besar, termasuk pada bidang kesehatan. Karena itu perlu diadakan penyesuaian kebijaksanaan agar Indonesia dapat memanfaatkan peluang yang ada serta mengatasi masalah dan kendala yang mungkin menghadang. Kebijakan-kebijaksanaan penting di bidang kesehatan yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut :

1. Upaya kesehatan;
2. Ketenagaan;
3. Obat-obalan;
4. Gizi dan Lingkungan;
5. Manajemen dan hukum; serta
6. Pembiayaan.

Upaya kesehatan, prioritas dan sasarannya akan bergeser pada kelompok remaja dan usia produktif, sedangkan upaya promotif dan kuratif akan lebih meningkat. Organisasi dan kegiatan rumah sakit-rumah sakit perlu ditata untuk disesuaikan guna perawatan dan penanggulangan penyakit tidak menular. Guna mendukung industrialisasi perlu dikembangkan kegiatan-kegiatan yang berkaitan dengan *industrial and occupational health*. Jumlah rumah sakit dan tempat tidurnya perlu ditingkatkan terutama di kota-kota dengan tingkat pertumbuhan yang tinggi. Pelayanan bagi penduduk miskin di kota-kota juga akan diperhatikan. Kesemuanya ini terutama melibatkan peran serta masyarakat termasuk swasta. Rujukan pelayanan ditingkatkan dengan mengaitkannya dengan swadana, akreditasi, mutu, dan sistem asuransi kesehatan.

Guna menjamin dukungan tenaga kesehatan yang memadai, jumlah sekolah dan ragam sekolah perlu ditambah. Pendidikan dan pelatihan untuk sebagian besar agar dialihkan kepada pihak swasta dan ikatan profesi. Pendidikan dan latihan tenaga diarahkan terutama untuk menghasilkan tenaga-tenaga fungsional yang lebih profesional dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Ikatan kerja harus lebih luwes tetapi yang memungkinkan dikembangkannya jaminan sosial hari depan. Sistem karir yang terbuka dapat dikembangkan dengan mengaitkannya dengan sistem penggajian yang sama adilnya.

Produksi obat harus ditingkatkan jumlah dan jenisnya sesuai dengan pola penyakit yang ada dan tuntutan akan pelayanan kesehatan. Sistem distribusi hendaknya disederhanakan sedangkan sistem penatalaksanaan resep yang sudah ada tetap

dijalankan karena mekanismenya sudah baik. Peranan BUMN dalam produksi obat harus tetap dipertahankan, khususnya dalam produksi obat generik. Karena semakin luasnya penggunaan obat, perlu dikembangkan *drug intoxication center*, khususnya pada rumah sakit-rumah sakit pendidikan.

Perbaikan gizi akan lebih ditekankan kepada pendidikan atau penyuluhan untuk mencegah *overnutrition* atau mencegah risiko timbulnya penyakit-penyakit menahun. Penganekaragaman menu makanan sehat terus dikembangkan. *Monitoring* keadaan lingkungan ditingkatkan untuk mencegah timbulnya polusi, dengan prioritas utama diberikan kepada pencemaran air.

Manajemen pembangunan kesehatan menitikberatkan kepada desentralisasi pelaksanaan yang lebih luas kepada daerah tingkat II. Sesuai dengan pengembangan tenaga, jabatan-jabatan fungsional tetap di tingkatkan jumlah dan jenisnya. Otonomi juga diberikan secara luas kepada unit-unit pelaksana sehingga dapat beroperasi secara mandiri tanpa meninggalkan fungsi sosial dari pelayanan kesehatan. Penyederhanaan organisasi dilakukan terutama pada tingkat pusat dan propinsi. Kegiatan limas sektoral tetap diintensifkan untuk mengatasi hal-hal yang berkaitan dengan lingkungan, gizi, obat, makanan dan tenaga kesehatan.

Peraturan perundang-undangan yang ada perlu ditelaah lagi dan disesuaikan dengan perkembangan keadaan. Dengan demikian pelayanan kesehatan dan konsumsi akan lebih terlindungi. Pembinaan dan pengaturan penggunaan teknologi kedokteran dilaksanakan demi keuntungan dan kesejahteraan masyarakat.

Pembiayaan kesehatan ditingkatkan terutama melalui sistem asuransi kesehatan yang dapat menjamin pelayanan yang layak dan menghindarkan dari peningkatan ongkos-ongkos pelayanan. Bersamaan dengan itu unit-unit swadana terus dikembangkan secara bertahap. Premi asuransi pegawai negeri dinaikkan sesuai dengan perkiraan ongkos pelayanan. Untuk menjamin terlindunginya mereka yang tak mampu dan tercapainya azas pemerataan, subsidi kesehatan oleh pemerintah temp diberikan. Sarana-sarana pelayanan hendaknya diorganisasi sehingga dana-dana yang ada dapat digunakan secara lebih efisien.

#### KEPUSTAKAAN

1. Perkiraan dengan cara Trussell, West Model, dihitung oleh Sumantri.
2. Situasi Anak-anak di Dunia 1989, laporan James P. Grant, Direktur Unicef.
3. Analisa Situasi Derajat Kesehatan, disusun dalam rangka Penyusunan REPELITA V Kesehatan.
4. Djuhari Wirakartakusumahcs. "Masalah Kependudukan dan Prospek Jangka Panjang, kaitannya dengan pembangunan di Indonesia 1989-2005" disampaikan pada Seminar Penyusunan Kerangka Landasan Pembangunan Jangka Panjang Tahap Kedua 17 Februari 1989,