

© 2004 Sri Purwaningsih
Makalah Pribadi Falsafah Sains (PPS 702)
Sekolah Pasca Sarjana / S3
Institut Pertanian Bogor

Posted: 30 April 2004

Dosen:

Prof Dr Ir Rudy C Tarumingkeng (Penanggung Jawab)
Prof. Dr. Ir. Zahrial Coto, M.Sc
Dr. Ir. Hardjanto, M.Sc

KONSEP PEMBANGUNAN RAKYAT MISKIN DI ERA OTONOMI DAERAH

Oleh:

Sri Purwaningsih
A 561030011
sripurphp@yahoo.com

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena dengan rahmat dan karunia-Nya dapat terselesaikannya penulisan tugas Mata Kuliah: **Mata Kuliah: PENGANTAR FALSAFAH SAINS (PPS 702)**

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Bapak : **Prof.Dr Rudy T Dosen dan Koordinator : Mata Kuliah PENGANTAR FALSAFAH SAINS (PPS 702)** yang telah memberikan ilmu melalui kuliah, bimbingan, dan arahan-arahan yang sangat berguna dalam menyusun tugas ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tulisan ini masih jauh dari sempurna, sehingga kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan.

Bogor, April 2004

Penulis

I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan Nasional pada hakekatnya bertujuan untuk membangun manusia dan masyarakat Indonesia seutuhnya, yang berarti menciptakan kualitas hidup manusia Indonesia agar mampu melanjutkan pembangunan guna mencapai kesejahteraan lahir dan batin. Untuk mencapai tujuan nasional tersebut perlu diselenggarakan upaya pembangunan yang menyeluruh, terarah, dan terpadu termasuk pembangunan bidang kesehatan (Depkes, 1999).

Kesehatan dan keadaan gizi masyarakat ditentukan oleh banyak faktor yang berkaitan mulai **dari produksi pangan, distribusi, dan pemasaran, hingga ke tingkat konsumsi makanan dalam keluarga yang dipengaruhi oleh pengetahuan dan perilaku.** Oleh karena itu, perbaikan gizi harus merupakan rangkaian upaya

terus menerus mulai dari perumusan masalah, tujuan yang jelas, pemilihan prioritas, penentuan strategi yang tepat, identifikasi kegiatan yang tepat, serta adanya kejelasan tugas pokok dan fungsi institusi yang berperan diberbagai tingkat administrasi (Depkes dan WHO, 2000).

Masalah kemiskinan, pangan dan gizi bersifat multi dimensi, oleh karena itu penanganannya harus bersifat multi sektoral dan multi disiplin : Pertanian, Kesehatan, Industri-Perdagangan, dan Pendidikan dengan pemberdayaan masyarakat termasuk Lembaga Swadaya Masyarakat dan Swasta. Agar pelaksanaan program pangan dan gizi serta kesehatan untuk masyarakat, khususnya masyarakat miskin baik di pedesaan maupun di perkotaan/daerah urban berdaya guna dan berhasil guna, maka upaya tersebut perlu dilaksanakan secara terkoordinasi mulai dari penetapan kebijakan, perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan sampai pada monitoring dan evaluasi.

Permasalahan kemiskinan, pangan, gizi, dan kesehatan masyarakat yang kompleks dapat diketahui dengan mudah melalui tingginya angka statistik tentang masalah yang terjadi pada ibu dan anak. Dari data Profil Kesehatan Indonesia diketahui bahwa angka kematian Balita adalah 59 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 dan angka kematian ibu maternal adalah 373 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1995 (Depkes, 2000). Disamping itu juga dapat dilihat dari besarnya anak Balita yang mengalami permasalahan gizi kurang dan gizi buruk (KEP) yaitu sebesar 4,3% pada tahun 1998 (Depkes, 2000) dan pada ibu hamil 16% (Soekirman, 2003). Tingginya angka kematian balita dan permasalahan gizi kurang dan gizi buruk sebetulnya dapat dicegah melalui melalui sistim pemantauan perkembangan anak dari Kartu Menuju Sehat di Posyandu.

1.2 Permasalahan

Pembangunan untuk masyarakat miskin setelah krisis multi dimensi di Indonesia sangat kurang, hal ini terlihat dari kondisi pada anak dan ibu. Pada tahun 1989 -1995 permasalahan gizi pada anak umur dibawah dua tahun turun dan saat terjadi krisis tahun 1998 sampai 2000 permasalahan gizi pada anak bawah dua tahun naik kembali. Hal ini terjadi karena yang paling menderita karena kurang

pangan/ kemiskinan dengan terjadinya krisis adalah pada anak dibawah dua tahun dan ibu.

II. PENDUDUK MISKIN

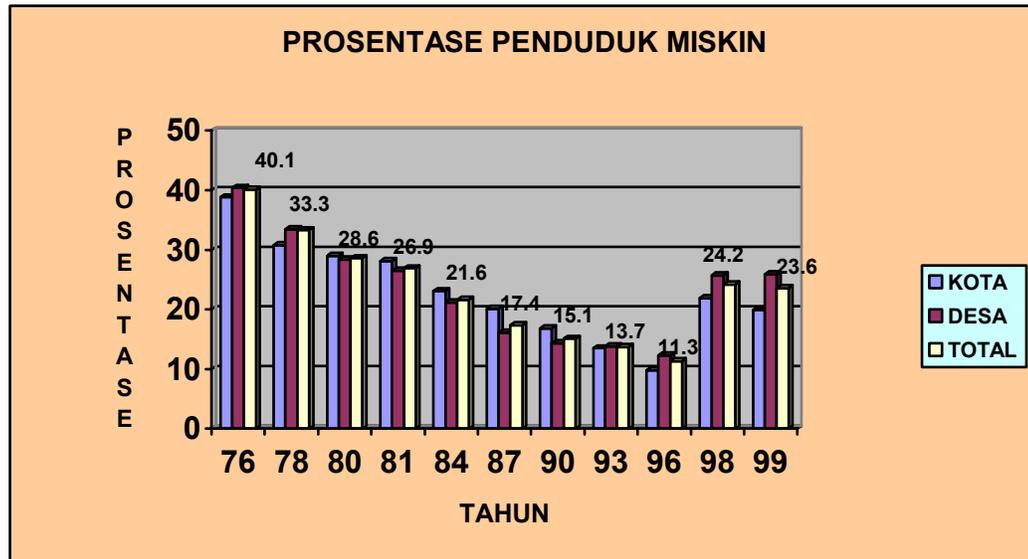
2.1 Rakyat Miskin di Desa dan di Kota

Kemiskinan menurut dalam *Millennium Development Goals* (MDG), bila seseorang berpenghasilan dibawah satu dolar US per hari. Dan setiap negara harus berusaha untuk mengurangi kemiskinan menjadi setengahnya pada tahun 2015. Setiap negara berfokus pada intervensi untuk mengangkat perekonomian supaya tumbuh dan berusaha mengurangi kemiskinan melalui intervensi yang dapat mengurangi kemiskinan secara langsung. Sebagai contoh model intervensi kesehatan dan kontrol kesehatan yang mempunyai akibat pada peningkatan produktivitas dan kapasitas individu untuk meningkatkan pendapatan (Bahadur *et al.*, 2003).

Kemiskinan bisa terjadi di pedesaan dapat juga terjadi di perkotaan, tentu saja permasalahan dan kondisinya sangat berbeda. Kemiskinan dapat terjadi secara biologis diturunkan melalui gizi. Seorang ibu yang gizinya baik akan menghasilkan anak yang sehat yang dapat tumbuh dengan baik. Tetapi seorang ibu yang tidak sehat akan menghasilkan anak yang tidak sehat bahkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) yang mempunyai resiko kematian 17 kali dibandingkan anak yang lahir normal. Hal lain pada BBLR adalah kemampuan kognitif lebih rendah dibandingkan bayi lahir normal, immunitas rendah dan morbiditas meningkat, sehingga mortalitas meningkat (Depkes, 2003). Sehingga seorang ibu dari keluarga miskin akan menghasilkan keturunan yang mutunya rendah sehingga nantinya keluarga mereka juga menjadi miskin, hal ini merupakan suatu lingkaran yang harus diputus melalui pembangunan.

Berdasarkan hasil survei oleh BPS pada bulan Agustus 1999, terdapat sekitar 37,5 juta orang atau 18 % penduduk Indonesia masih hidup dalam kemiskinan. Dari jumlah tersebut sekitar 25,1 juta orang atau 67% merupakan penduduk pedesaan, hal ini bisa dilihat pada Gambar 1. Sekitar 2,4 juta anak balita menderita

gizi buruk, 5 juta Balita menderita gizi kurang, 7,5 juta wanita usia 15-45 tahun menderita gizi kurang. Sekitar 55% ibu hamil dan 30% anak sekolah menderita anemi kurang gizi (SUSENAS,1998) dan sekita 305 000 bayi dan anak Balita meninggal setiap tahun (SDKI,1997). Menurut WHO (1998) sekitar 50% penyebab utama kematian bayi dan anak adalah kurang gizi.



Gambar1. Prosentase Penduduk Miskin

Cara memberantas kemiskinan atau penanggulangan rakyat miskin melalui beberapa hal yaitu:

- a). Usaha untuk meningkatkan kemampuan orang miskin
- b). Memberikan kesempatan untuk untuk mengumpulkan ast dalam hal:
 - Pengetahuan dan pendidikan
 - Kesehatan
 - Lahan
 - Keuangan
 - Peralatan
 - Pendidikan
 - Aset bersosial
 - Aset berpolitik

2.2 Kesehatan dan Gizi Rayat Miskin

Pada anak yang sehat, tambah umur tambah berat dan tinggi badan (Soekirman dan Jahari, 2002). Dalam hal ini pertumbuhan mempunyai ciri:

- a). Merupakan perubahan yang dapat diukur secara kuantitatif

- b). Mengikuti perjalanan waktu
- c). Dalam keadaan normal memiliki jalur tertentu untuk setiap anak (*Growth trajectory*).

Pada usia 0 sampai 24 bulan termasuk masa kritis dalam pertumbuhan sel otak, karena pada saat ini terjadi penambahan jumlah dan perkembangan sel otak yang sangat pesat. Pada saat manusia lahir, otak yang terbentuk baru 60% dari jumlah sel otak, 25% dari berat otak dan 10% mielinisasi. Sejak bayi lahir terjadi perkembangan otak secara luar biasa dengan membuat sambungan-sambungan antar sel (sinapsis) (Nash,1997).

Menurut Soekirman dan Jahari (2002), 30% anak Indonesia tumbuh tidak normal (kurang gizi) setelah usia 4-6 bulan. Mulai usia 5-6 bulan berat badan anak Indonesia tidak tumbuh dengan normal.

Anak yang tidak tumbuh normal merupakan gejala kurang gizi hal ini berarti anak tersebut berstatus gizi rendah (Soekirman dan Jahari, 2002). Kekurangan zat gizi dapat mengakibatkan timbulnya berbagai keterbatasan, antara lain laju pertumbuhan anak yang mendatar (*growth faltering*), serta berat dan tinggi badan menyimpang dari pertumbuhan normal. Padahal laju pertumbuhan yang mendatar biasanya terjadi sebelum anak menderita kurang gizi (Waterlow, Tomkins dan Grantham-McGregor, 1992).

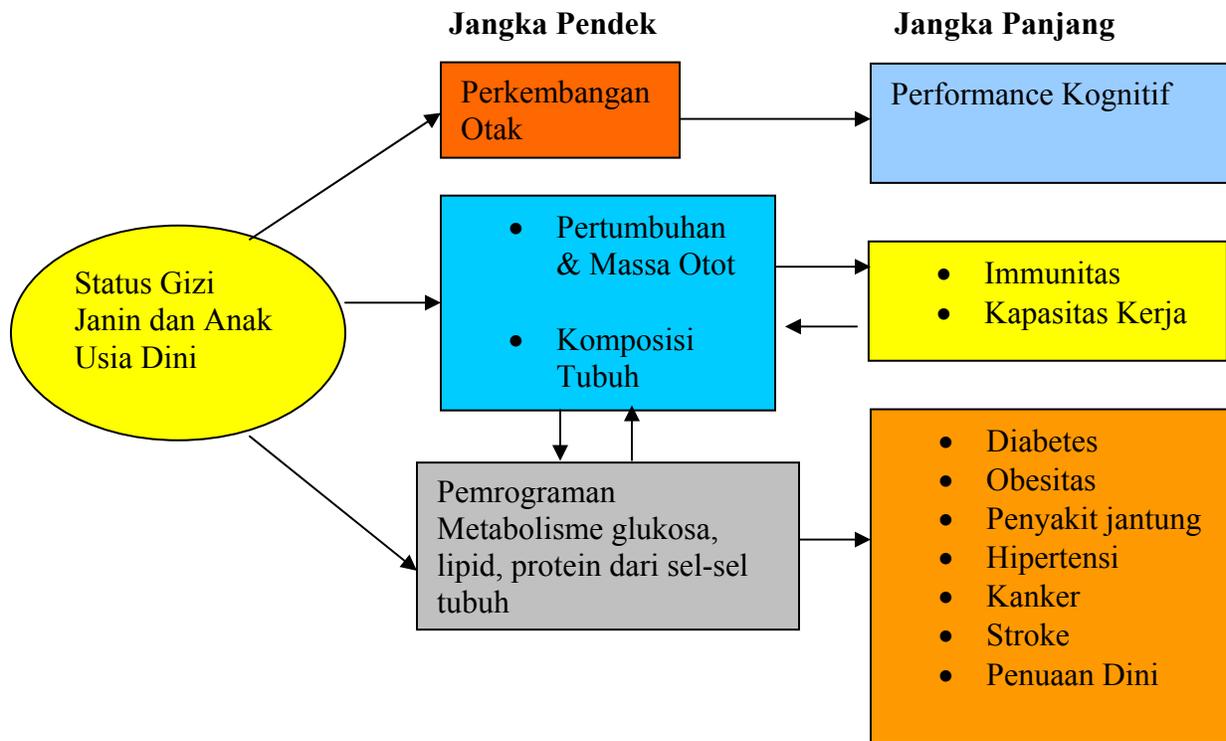
Masalah gizi dan kesehatan anak pada usia Baduta atau usia dini akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak usia dini yang akhirnya berdampak pada kualitas manusia baik jangka pendek maupun jangka panjang (ACC/SCN, 2000). Dampak dari status gizi anak usia dini dalam jangka pendek adalah:

- a. Perkembangan otak
- b. Pertumbuhan dan masa otot serta komposisi tubuh
- c. Pemrograman metabolisme zat-zat gizi yang berdampak pada jangka panjang

Adapun dampak status gizi dalam jangka panjang adalah:

- a. Performen kognitif dan tingkat kecerdasan
- b. Immunitas dan kapasitas kerja

Penyakit degeneratif yaitu: diabetes, obesitas, tekanan darah tinggi, jantung, stroke, kanker dan lain-lain. Hal ini dapat dilihat pada Gambar 2.



Gambar 2. Dampak Jangka Pendek dan Panjang Kekurangan Gizi Anak Usia Dini (Sumber:ACC/SCN, 2000).

Menurut Soekirman dan Jahari (2002), Kekurangan gizi juga berdampak terhadap perkembangan mental, hal ini dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Dampak Gizi Kurang Terhadap Perkembangan Mental

No	Masalah Gizi	Jumlah Penderita	IQ Lost Penderita	Total IQ Lost
1	Kurang Energi Protein	1,7 juta	10-13	22 juta
2	Kurang Yodium Kretin baru/tahun dan Gondok	9000 10 juta	10-50	140 juta

3	Kurang Zat Besi: Balita Usia Produktif	8,1 juta 51,8 juta	5-10	40-80 juta
			Menurunkan produktifitas 20 30 %	

III. PEMBERDAYAAN DAN PERANSERTA MASYARAKAT

3.1 Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat merupakan suatu proses mengajak atau membawa masyarakat agar mampu melakukan sesuatu (*enabling people to do something*). Paradigma pemberdayaan dalam konteks kemasyarakatan adalah mengembangkan kapasitas masyarakat yang dilakukan melalui pemihakan kepada masyarakat yang tertinggal (Sumodiningrat, 2000). Sejalan dengan berlakukya Undang-undang No 22 tahun 1999 tentang Pemerintahan daerah dan Undang-Undang No 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah, maka perlu ditingkatkan usaha pemeberdayaan masyarakat oleh pemerintah daerah melalui otonomi daerah (berupa *capacity building*).

Berdasarkan hal tersebut maka perlu suatu kerjasama yang solid antara lembaga pemeritah dan masyarakat dalam rangka pemberdayaan masyarakat untuk minghamilangkan kemiskinan yang ada, misalnya:

- a). Perlu upaya penyediaan pangan yang cukup, beragam, bermutu, bagi setiap keluarga.
- b). Perlu upaya peningkatan daya beli pangan bagi kelurga
- c). Perlu upaya dalam memilih pangan yang bermutu dan harga relatip murah untuk memenuhi kebutuhan gizi dalam keluarga.
- d). Perlu upaya dalam meningkatkan kesehatan masyarakat secara bergotong royong terutama kesehatan pada ibu dan anak usia dini.

3.2 Peranserta Masyarakat

Program Kesehatan Masyarakat adalah bagian dari program pembangunan kesehatan nasional yang tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kemandirian masyarakat dalam pemeliharaan kesehatan.

Program ini ditujukan untuk memberdayakan individu dan masyarakat dalam bidang kesehatan melalui peningkatan pengetahuan, sikap positif, pengembangan perilaku dan peran aktif individu, keluarga, dan masyarakat untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan diri dan lingkungannya menuju masyarakat yang sehat, mandiri dan produktif (Depkes, 2002).

Sasaran program adalah terciptanya keberdayaan individu dan masyarakat dalam bidang kesehatan yang ditandai oleh peningkatan perilaku hidup sehat dan peran aktif dalam memelihara, meningkatkan, dan melindungi kesehatan diri dan lingkungan sesuai dengan sosial budaya setempat. Adapun unit-unit penanggung jawab pengembangan program kesehatan masyarakat adalah :

1. Pusat

Sesuai dengan SK Menkes No. 1277/Menkes/SK/XI/2001 tahun 2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan RI disebutkan bahwa Unit kerja Eselon I Depkes sebagai penanggung jawab utama program Kesmas adalah Ditjen Bina Kesmas yang dilaksanakan oleh Direktorat dan Setditjen.

2. Propinsi

Sesuai dengan UU No.22 tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah disebutkan bahwa penanggung jawab program Kesmas di tingkat propinsi adalah Gubernur yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Propinsi

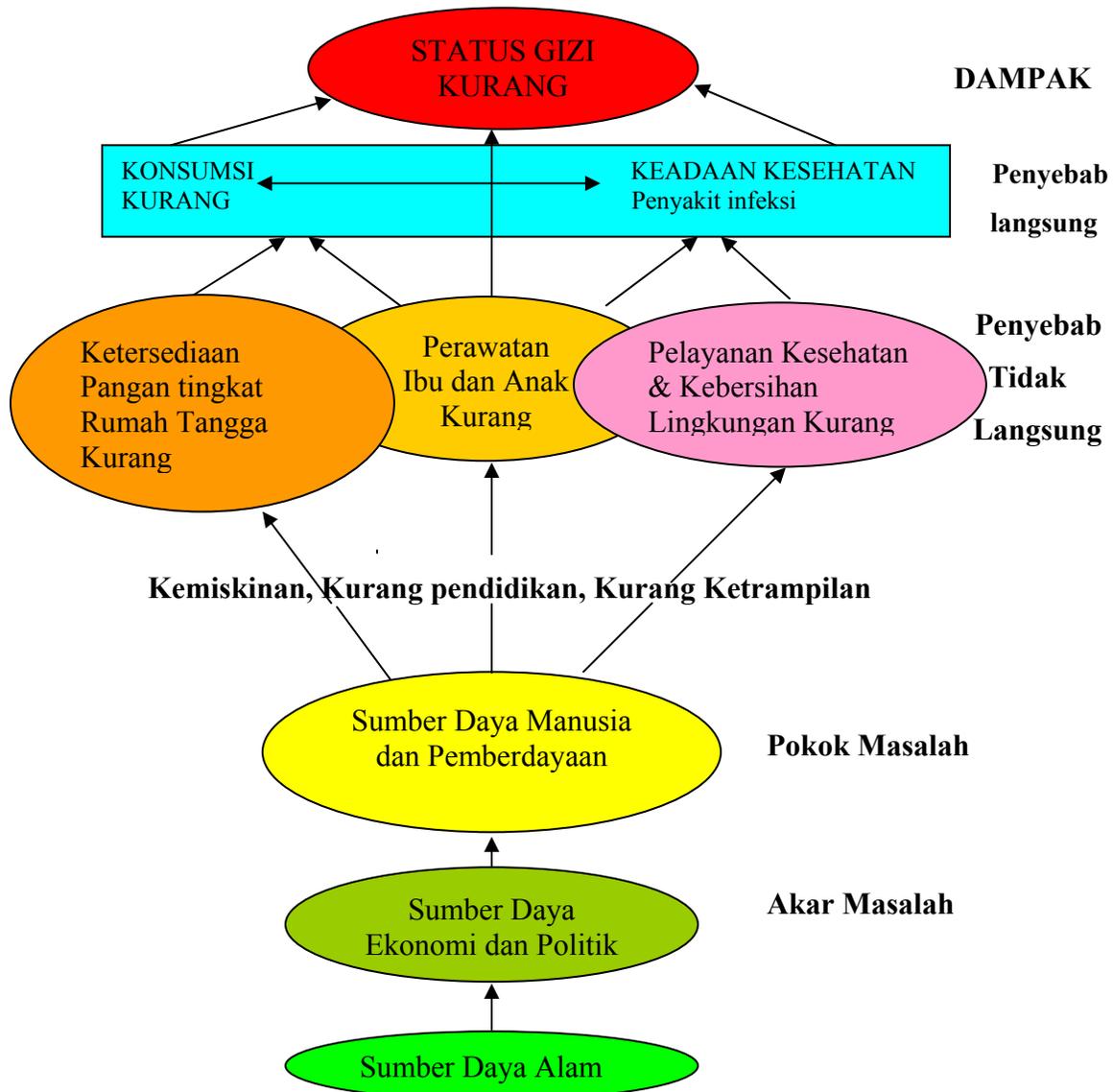
3. Kabupaten / Kota

Sesuai dengan UU No.22 tahun 1999 tentang Pemerintah Daerah disebutkan bahwa penanggung jawab program kesmas di Kabupaten/Kota adalah Bupati/Walikota yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Dalam rangka membangun sumberdaya manusia maka ada beberapa hal yang sangat mendasar dan tidak dapat ditinggalkan adalah masalah gizi dan kesehatan masyarakat. Kita tidak bisa mengatakan punya sumberdaya manusia yang baik bila generasi kita tumbuh terhambat dengan IQ rendah dan kondisi sakit, hal ini

menunjukkan ada permasalahan gizi pada generasi kita sebagai akibat dari kemiskinan.

UNICEF telah memperkenalkan model konseptual berbagai faktor yang berpengaruh terhadap status gizi, pertumbuhan, perkembangan dan survival anak, model tersebut telah dipergunakan secara internasional (Engle, Menon & Haddad, 1997; UNICEF, 1998).



Gambar 3. Determinasi Masalah Gizi (UNICEF, 1998)

Model ini dapat dilihat pada Gambar 3. Pada model tersebut memperlihatkan tahapan-tahapan penyebab masalah gizi, yaitu penyebab langsung, tidak langsung, pokok masalah, dan akar masalah. Kecukupan pangan rumah tangga, faktor pengasuhan, dan lingkungan kesehatan merupakan tiga faktor penyebab tidak langsung yang menentukan intake zat gizi dan tingkat kesehatan anak, yang selanjutnya berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak. **Suatu hal perlu digairisbawahi Sumberdaya, kondisi sosial dan politik merupakan akar masalah dari kemiskinan.**

Masyarakat masih banyak yang mengesampingkan pentingnya masalah perkembangan dan pertumbuhan, serta kesehatan anak. Gizi kurang atau malnutrisi yang tidak disadari akan membawa kesakitan individu dan masyarakat bahkan akan menurunkan indeks kualitas hidup bangsa. Kasus keterpurukan bangsa Indonesia yang tiada henti-hentinya akibat krisis ekonomi menyebabkan penerusan indeks kualitas hidup. Indeks kualitas hidup (*Human Development Indeks = HDI*) meliputi: a) Ekonomi (GDP/kapita dalam US); b) Kesehatan (Usia Harapan Hidup); c) Pendidikan (tingkat bebas buta aksara pada orang dewasa). Pada tahun 2001 HDI untuk Indonesia adalah 0,682 atau peringkat ke 109 dari 117 negara, dan pada tahun 2002 turun menjadi 0,684 atau peringkat 110 dari 174 negara. Diantara negara-negara ASEAN untuk tahun 2002, peringkat Indonesia tidak jauh dari Vietnam (HDI= 0,688, peringkat 109) dan sedikit lebih baik dari Laos (HDI= 0,485, peringkat 143). Hal ini sangat jauh jika dibandingkan dengan China yang penduduknya jauh lebih besar (1,2 milyar), dengan HDI adalah 0,726 peringkat 96 (Sunaryo, 2003).

Salah satu upaya dalam pembangunan kesehatan adalah dengan melakukan tindakan preventif berupa pencegahan terjadinya penyakit terutama pada anak usia dini. Tindakan preventif tersebut dilakukan antara lain dengan memantau pertumbuhan dan perkembangan anak, hal ini dapat dilakukan di Posyandu.

Posyandu merupakan tempat yang paling baik dalam rangka membangun kesehatan masyarakat, sebab posyandu **merupakan salah satu bentuk peran serta masyarakat**, masalahnya Program Posyandu harus dikembalikan pada fungsi semula supaya kader sebagai petugas sukarela tidak terlalu berat dan mampu melaksanakan tugasnya dengan baik. Untuk tugas-tugas yang lain hendaknya dibebankan pada petugas kesehatan dari Puskesmas, yang terjadi sekarang bidan desa tidak sesuai dengan tujuan program semula, **kebanyakan bidan desa membuka praktek swasta dan merupakan tempat/toko dari perusahaan swasta (susu, makanan bayi, makanan kesehatan, dan obat-obatan) dalam memasarkan produknya untuk mencapai bonus-bonus tertentu sehingga masyarakat pedesaan semakin terjajah.**

Hal diatas tentu saja sangat tergantung pada pemeritahan di daerah sesuai dengan UU otonomi daerah. Untuk itu diperlukan komitmen yang tinggi dari pemerintahan daerah dalam mengembangkan Posyandu untuk membangun kesehatan masyarakat, dan bila perlu **HASIL PEMANTAUAN ANAK MELALUI KMS DI POSYANDU DAPAT DIGUNAKAN SEBAGAI SALAH SATU INDIKATOR/ALAT DALAM MENGUKUR KEBERHASILAN PEMBANGUNAN .**

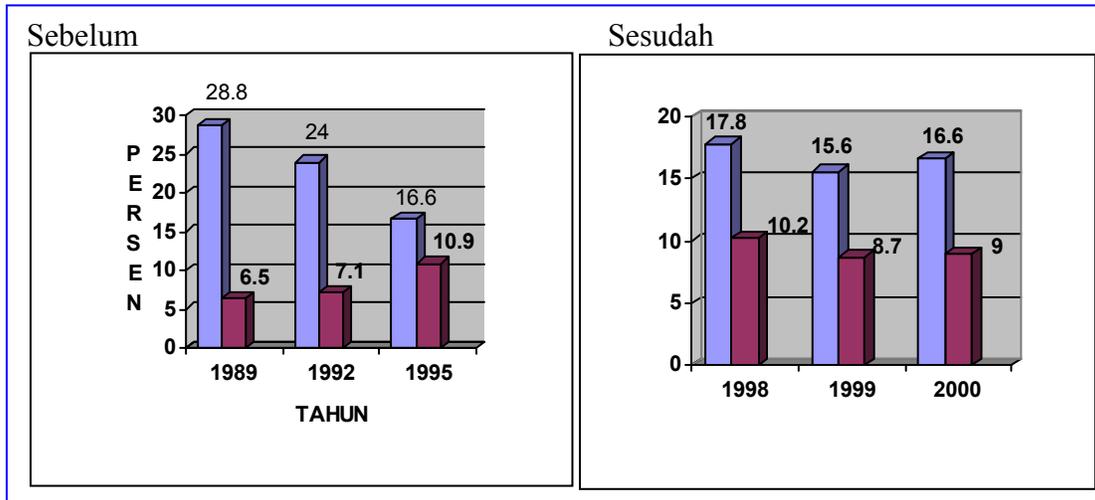
IV. KONSEP PEMBANGUNAN RAKYAT MISKIN

4.1 Konsep Pembangunan

Permasalahan kemiskinan, pangan, gizi dan kesehatan masyarakat yang komplek dapat diketahui dengan mudah melalui tingginya angka statistik tentang masalah yang terjadi pada ibu dan anak. Dari data Profil Kesehatan Indonesia diketahui bahwa angka kematian Balita adalah 59 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 dan angka kematian ibu maternal adalah 373 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1995 (Depkes, 2000). Disamping itu juga dapat dilihat dari

besarnya anak Balita yang mengalami permasalahan gizi kurang dan gizi buruk (KEP) yaitu sebesar 4,3% pada tahun 1998 (Depkes, 2000) .

Pada permasalahan yang terjadi pada Baduta dari tahun 1989 ke 1995 mengalami penurunan dan setelah terjadi krisis pada tahun 1997 masalah gizi pada Baduta terjadi kenaikan. Hal ini menunjukkan bahwa keadaan gizi dan kesehatan Baduta dipengaruhi oleh kondisi ekonomi (Hardinsyah, 2003) Gambar 4.



Keterangan:



Gambar 4. Masalah Gizi pada Baduta Sebelum dan Sesudah Krisis Ekonomi (Hardinsyah, 2003).

Padahal permasalahan Baduta ini dapat dipantau di Posyandu, sehingga permasalahan masyarakat dapat diketahui. Misalnya bila sebagian besar anak grafiknya di KMS tidak naik, hal ini mungkin disebabkan oleh kurangnya konsumsi, kurang sanitasi di masyarakat, tidak teredianya air bersih dimasyarakat, tidak diimunisasi, dan lain-lain.

Pembangunan kesehatan masyarakat miskin perlu adanya intervensi dalam rangka meningkatkan sumberdaya manusia disesuaikan dengan kebutuhan daerahnya masing-masing. Intervensi yang dipilih harus sesuai dengan tujuan program dan secara garis besarnya dalam pembangunan kesehatan kita dapat

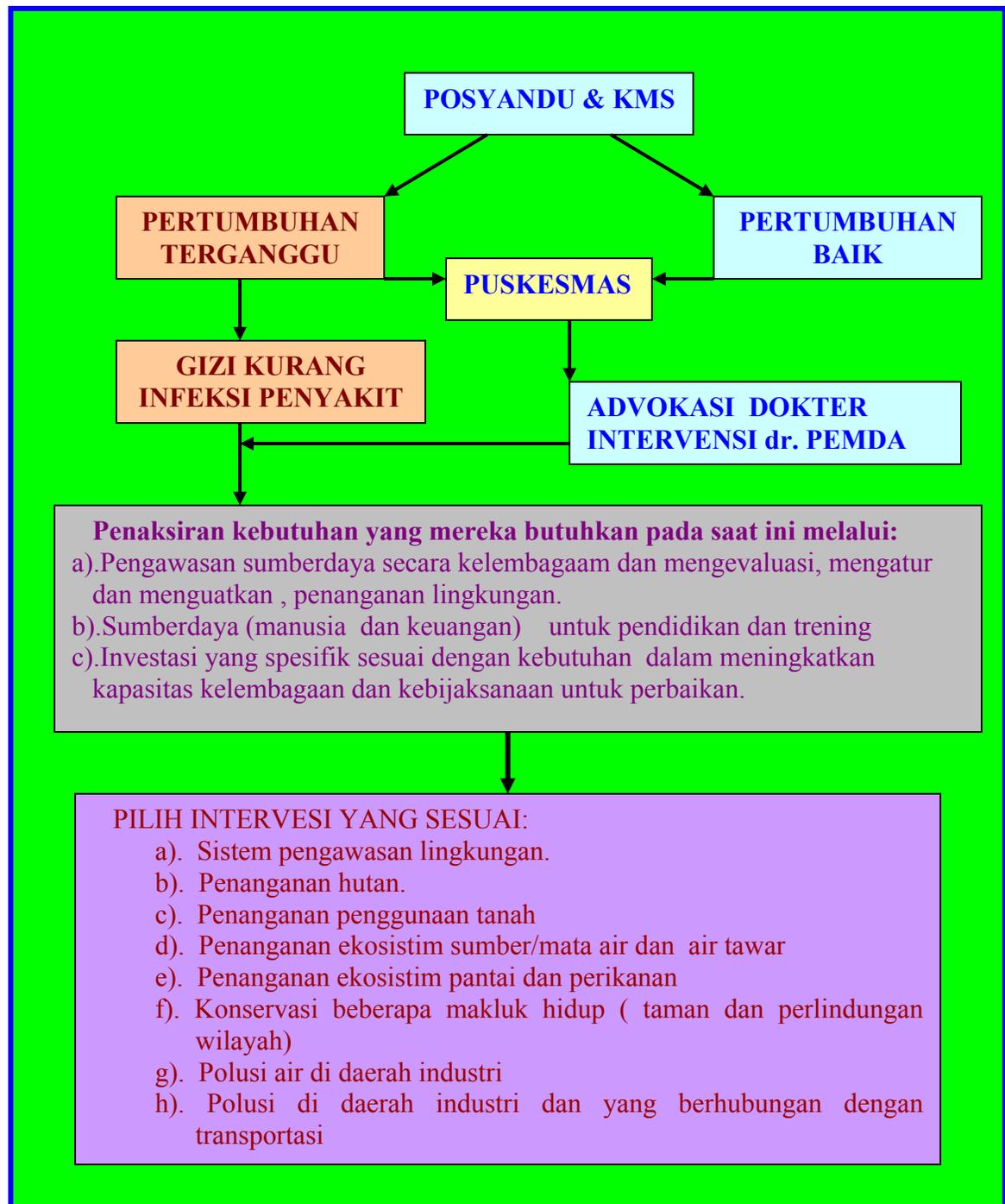
memilih intervensi sesuai dengan yang ada dalam *Mellennium Development Goal/ MDG* (Bahadur *et al*, 2003) , yaitu:

- a). Sistem pengawasan lingkungan.
- b). Penanganan hutan.
- c). Penanganan penggunaan tanah
- d). Penanganan ekosistem sumber/mata air dan air tawar
- e). Penanganan ekosistem pantai dan perikanan
- f). Konservasi beberapa makluk hidup (taman dan perlindungan wilayah)
- g). Polusi air di daerah industri
- h). Polusi di daerah industri dan yang berhubungan dengan transportasi

Sesuai dengan MDG (Bahadur *et al*, 2003) dalam melakukan intervensi pada masyarakat harus melihat hal-hal yang ada dimasyarakat sebab setiap wilayah mempunyai permasalahan dan penyebab yang berbeda maka perlu penanganan yang berbeda, sehingga kita harus menaksir kebutuhan yang mereka butuhkan pada saat ini melalui:

- a). Pengawasan sumberdaya secara institusional dan mengevaluasi, mengatur dan menguatkan , penanganan lingkungan.
- b). Sumberdaya (manusia dan keuangan) untuk pendidikan dan trening
- c). Investasi yang spesifik sesuai dengan kebutuhan dalam meningkatkan kapasitas kelembagaan dan kebijaksanaan untuk perbaikan.

Jadi bila kita ingin mengetahui kondisi suatu masyarakat maka Kartu Menuju Sehat dari Posyandu dapat kita gunakan sebagai indikator, karena permasalahan pada anak dan ibu merupakan gambaran nyata kondisi masyarakat konsep pembangunan masyarakat miskin dapat dilihat Gambar 5.



Gambar 5. Konsep Pembangunan Rakyat Miskin

Dari Gambar 5. dapat diketahui bahwa hasil penimbangan anak yang diplotkan pada KMS di Posyandu digunakan untuk melihat permasalahan yang ada dan menentukan pembangunan/intervensi yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Misalnya dari hasil pemantauan ternyata 30% anak tidak naik berat badannya, maka harus dilihat permasalahan yang ada di masyarakat tersebut, bila disebabkan kurang pangan/konsumsi padahal sebagian besar masyarakat bertani maka diperlukan pembangunan/intervensi pada masyarakat berupa:

- a). Pemberian kredit mikro
- b). Pembangunan infrastruktur berupa pembangunan jalan supaya agar masyarakat mudah mendapatkan asset pangan, menjual hasil pertanian dan menambah penghasilan.
- c). Pengelolaan air untuk pertanian
- d). Trening dalam rangka meningkatkan kemampuan para petani yang ada di masyarakat mengenai pertanian dan perikanan untuk meningkatkan produksi dan teknologi pengolahan serta penyimpanan.
- e). Pemberian peralatan dan bibit untuk meningkatkan hasil pertanian supaya pendapatan meningkat.

Hal lain lagi bila tidak naiknya berat badan pada anak karena infeksi dan penyakit karena sanitasi dan lingkungan yang buruk, maka intervensi yang dilakukan antara lain:

- a). Pengadaan infrastruktur untuk suply air bersih
- b). Pengadaan fasilitas sanitasi yang baru
- c). Pengadaan fasilitas perlakuan pembuangan limbah cair
- d). Rehabilitasi suply air yang kurang baik dan infrastruktur sanitasi
- e). Pengadaan suply air bersih yang mencukupi
- f). Pendidikan dan menimbulkan rasa kepemilikan dalam penggunaan air dan sanitasi
- g). Manajemen terpadu dalam pengelolaan sumber air.

Hal ini akan lain lagi bila tidak naiknya berat badan pada anak terjadi di masyarakat urban yang cenderung hidup dengan lingkungan terpolusi, masyarakat pantai yang kurang pendidikan dan penghasilan.

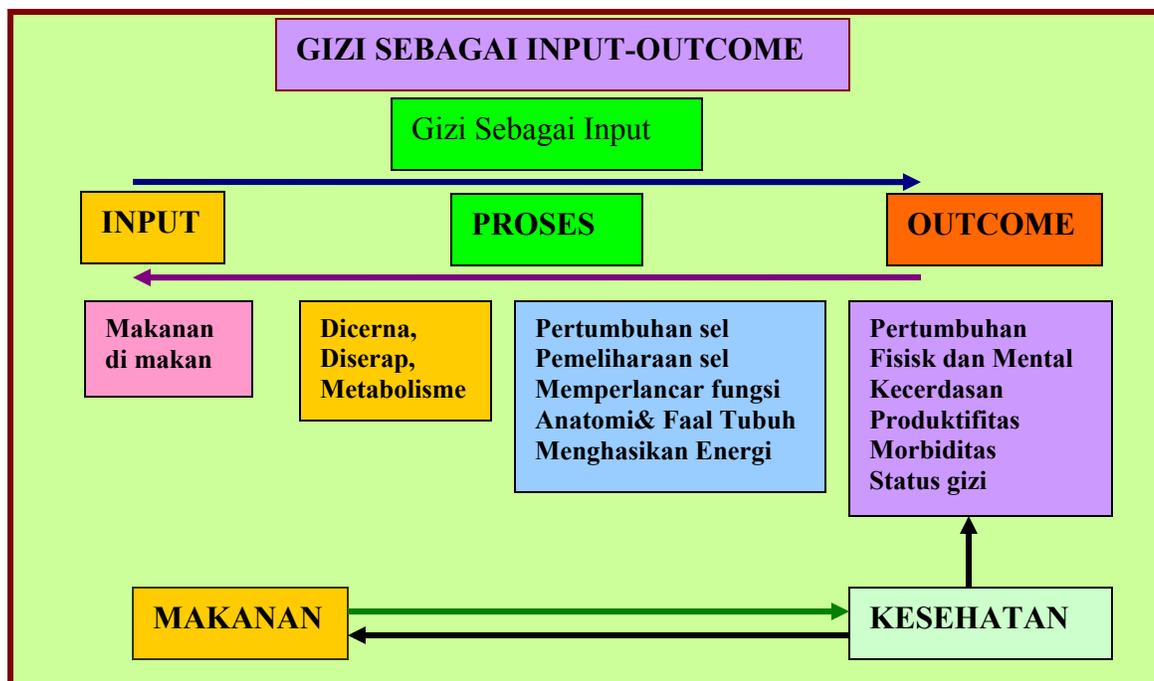
Hal-hal diatas bisa diselesaikan bila ada kerjasama antara masyarakat, pamong praja, dokter Puskesmas, Camat dan Kepala pemerintah Daerah. Dokter Puskesmas hendaknya mengelola Posyandu dengan baik sehingga dalam

melakukan advokasi pada pemerintahan daerah dapat berjalan dengan baik dan dapat dipercaya karena menggunakan data dasar yang benar dan valid dari Posyandu binaannya. Keterpaduan ini akan menghasilkan pembangunan masyarakat yang sesuai dengan kebutuhannya dan bila dalam pelestarian program dana menjadi kendala maka masyarakat bisa berswadaya.

4.2 Tolok Ukur

Salah satu keberhasilan pembangunan di negara lain misalnya Thailand karena menggunakan status gizi anak sebagai salah satu indikator kemiskinan. Ukuran kemajuan kesejahteraan rakyatnya antara lain dengan menggunakan indikator pertumbuhan berat badan anak. Paradigma pembangunan disana adalah menggunakan paradigma outcome berupa pertumbuhan anak dan status gizi. Sedangkan di kita masih menggunakan pangan dan makanan.

Tolok ukur pembangunan bisa menggunakan paradigma Outcome, dalam hal ini kita dapat memisahkan input dan outcome. Bila masalah gizi merupakan input berarti masalah yang ada berupa pangan, makanan (pangan yang diolah), dan dikonsumsi. Dan masalah gizi yang dianggap sebagai outcome maka identifikasi masalah adalah pertumbuhan dan status gizi anak (Soekirman, 2003). Hal ini dapat dilihat pada Gambar 6.



Gambar 6. Konsep Gizi sebagai Input-Outcome

Berdasarkan konsep di atas maka hasil pembangunan dalam mengatasi kemiskinan dapat dilihat dari outcome, berupa kesehatan dan gizi pada anak-anak. Bila dari hasil pemantauan dari KMS terlihat banyak anak yang timbangan berat badanya tidak bertambah maka dapat diartikan dimasyarakat terjadi masalah yang harus segera ditangani.

V. KESIMPULAN

Kemiskinan menurut dalam Millennium Development Goals (MDG), bila seseorang berpenghasilan dibawah satu dolar US per hari. Dan setiap negara harus berusaha untuk mengurangi kemiskinan menjadi setengahnya pada tahun 2015.

Pada tahun 2001 HDI untuk Indonesia adalah 0,682 atau peringkat ke 109 dari 117 negara, dan pada tahun 2002 turun menjadi 0,684 atau peringkat 110 dari 174 negara. Diantara negara-negara ASEAN untuk tahun 2002, peringkat Indonesia tidak jauh dari Vietnam (HDI= 0,688, peringkat 109) dan sedikit lebih baik dari Laos (HDI= 0,485,

peringkat 143). Hal ini sangat jauh jika dibandingkan dengan China yang penduduknya jauh lebih besar (1,2 milyar), dengan HDI adalah 0,726 peringkat 96 (Sunaryo, 2003).

Permasalahan kemiskinan, pangan, gizi dan kesehatan masyarakat yang kompleks dapat diketahui dengan mudah melalui tingginya angka statistik tentang masalah yang terjadi pada ibu dan anak.

Hasil penimbangan anak yang diplotkan pada KMS di Posyandu digunakan untuk melihat permasalahan yang ada dan menentukan pembangunan/intervensi yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Misalnya dari hasil pemantauan ternyata 30% anak tidak naik berat badannya, maka harus dilihat permasalahan yang ada di masyarakat tersebut, bila disebabkan kurang pangan/konsumsi padahal sebagian besar masyarakat bertani maka diperlukan pembangunan/intervensi pada masyarakat

Berdasarkan konsep di atas maka hasil pembangunan dalam mengatasi kemiskinan dapat dilihat dari outcome, berupa kesehatan dan gizi pada anak-anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Abunain, D. 1981. Kartu Menuju Sehat (KMS) Peranannya Dalam Bidang Gizi. Pusat Penelitian Gizi. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. Bogor.
- ACC/SCN. 2000. Ending Malnutrition by 2020: An Agenda for Change in The millennium. Food and Nutrition Bulletin. 21 (3 Suppl).: 18-34. Toronto: United Nation University.
- Bahadur, C., M.Faye, M.Kruk, J. McArthur, J. Sachs, and G. Schmidt-Traub. 2003. Millennium Projek MDG Country Case Studies: Methodology and Very Preliminary Results. UN Secretary General and UN Development Group.
- Depkes, RI. 2003. Gizi dalam Angka. Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat. Direktorat Gizi Masyarakat. Jakarta.
- Depkes, RI. 2000. Profil Kesehatan Indonesia 2000. Depkes RI dan Departemen Kesejahteraan Sosial RI. Jakarta.
- Depkes, RI and WHO. 2000. Rencana Aksi Pangan Dan Gizi Nasional 2001-2005. Direktorat Jengral Kemasyarakatan. Depkes RI. Jakarta.

- Depkes, RI. 1999. Rencana Pembangunan kesehatan Menuju Indonesia Sehat Tahun 2010. Depkes. Jakarta.
- Depkes, RI. 1999 b. Pedoman Manajemen Peran serta Masyarakat. Cetakan ke 5. Ditjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat. Depkes RI. Jakarta.
- Depkes, RI. 1997. Pendekatan Kemasyarakatan. Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat. Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Hardinsyah. 2003. Manfaat MP-ASI & Strategi Perbaikan Gizi Baduta. Seminar Nasional Teknologi, Regulasi, dan Review Muthir Peran Makanan Pendamping ASI. Program Studi Teknologi Hasil Pertanian. Fakultas Pertanian. Universitas Andalas Padang. Sumatra.
- Living Standards Three Years After The Crisis: Evidence form The Indonesia Family Life Survey. Rand Corporation, Santa Monica. California.
- Soekirman. 2003. Ilmu Gizi dan Aplikasinya untuk Keluarga dan Masyarakat. Dirjen Pendidikan Tinggi. Departemen Pendidikan Nasional. Jakarta.
- Soekirman dan Jahari. 2002. Masalah Gizi serius Negara Berkembang/Miskin: Pertumbuhan Anak Tidak Normal dan Konsekwensinya Bagi Mutu SDM. Hari anak 2002. Jakarta.
- Sunaryo, E.S. 2003. Regulasi dan Teknologi Makanan Pendamping ASI. Seminar Nasional Teknologi, Regulasi, dan Review Mutahir Peran Makanan pendamping ASI. Program Studi Teknologi Hasil Pertanian. Fakultas Pertanian. Universitas Andalas. Padang. Sumatra.
- Unicef. 1998. The State of The World Children 1998. New York. Oxford university. Press.