

186

Peningkatan Kesehatan Masyarakat Desa Menunjang Partisipasi Masyarakat Desa dalam Pembangunan

SUKANTO*

PENDAHULUAN

Dalam Garis-garis Besar Haluan Negara (GBHN), ditegaskan bahwa tujuan pembangunan nasional adalah untuk mewujudkan suatu masyarakat adil dan makmur yang merata material dan spiritual. Di dalam GBHN juga ditegaskan, bahwa hakikat pembangunan nasional adalah pembangunan manusia Indonesia seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat Indonesia. Untuk mewujudkan tujuan pembangunan nasional tersebut, telah disusun perencanaan pembangunan nasional, yakni dituangkan dalam Rencana Pembangunan Lima Tahun (Repelita) dan kini telah memasuki Repelita IV.

Dari pelaksanaan pembangunan nasional, terutama sejak Pelita I pada tahun 1969 hingga Pelita III, terlihat bahwa pelaksanaan pembangunan nasional telah menunjukkan hasil-hasilnya. Terutama di bidang kesehatan masyarakat, terlihat bahwa jumlah sarana fisik pelayanan kesehatan masyarakat, seperti rumah sakit, pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) dan apotik, semakin meningkat. Namun, jika diadakan penelitian yang lebih saksama terhadap kesehatan masyarakat desa, atau jika diadakan perbandingan antara tingkat kesehatan masyarakat desa dan tingkat kesehatan masyarakat kota, diperoleh kesan bahwa tingkat kesehatan masyarakat desa masih sangat sederhana dan tingkatnya lebih rendah daripada tingkat kesehatan masyarakat kota.

Kesehatan masyarakat desa tersebut perlu mendapat perhatian yang lebih besar, terutama karena sebagian besar warga masyarakat Indonesia terdiri dari masyarakat desa. Lagi pula, tingkat kesehatan masyarakat desa yang masih rendah besar kemungkinannya merupakan salah satu faktor yang me-

*Staf CSIS.

nyebabkan rendahnya partisipasi masyarakat desa dalam pembangunan. Apalagi dalam suasana perubahan-perubahan yang sangat cepat ini, dituntut ketahanan fisik dan mental masyarakat. Karena ketidakseimbangan antara kecepatan perubahan dan kemampuan menyesuaikan diri terhadap perubahan itu, dapat memperlebar jurang perbedaan kemajuan masyarakat kota dan desa, sehingga tidak mustahil timbulnya keguncangan-keguncangan dalam masyarakat.

KEADAAN KESEHATAN MASYARAKAT DESA

Sebagaimana telah diketahui, bahwa sebagian besar penduduk Indonesia berada di daerah pedesaan, yang tersebar di 931 pulau dengan keadaan geografinya yang beraneka-ragam. Keadaan geografi yang beraneka-ragam tersebut mempengaruhi keadaan masyarakatnya, sehingga kebudayaan masyarakat desa pun beraneka-ragam, baik mengenai sistem kemasyarakatan, bahasa, kesenian, religi, ekonomi, pengetahuan maupun sistem teknologinya.

Oleh karena itu, untuk memenuhi keadaan masyarakat desa diperlukan berbagai pegangan sebagai alat pengukurnya. Sehubungan dengan ini, Direktorat Jenderal Pembangunan Desa Departemen Dalam Negeri, telah menyusun faktor-faktor yang dapat digunakan sebagai indikator tingkat kemajuan suatu masyarakat desa. Faktor-faktor tersebut meliputi mata pencaharian, produksi, adat-istiadat dan kepercayaan, kelembagaan dan pemerintahan, tingkat pendidikan, swadaya masyarakat, serta prasarana dan sarana desa. Berdasarkan nilai faktor-faktor tersebut, dilakukan pengelompokan desa-desa ke dalam tiga tingkatan, yaitu desa-desa Swadaya, Swakarya dan Swasembada.¹

Dari faktor-faktor tersebut terlihat bahwa faktor kesehatan belum dimasukkan. Tingkat kesehatan suatu masyarakat memang dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti tingkat sosial budaya dan sosial ekonomi. Namun, pembangunan tidak akan berjalan lancar jika kesehatan masyarakat terganggu, karena tingkat kesehatan masyarakat yang rendah mempunyai kaitan dengan produktivitas kerja masyarakat yang rendah pula. Untuk memahami tingkat kesehatan masyarakat, termasuk tingkat kesehatan masyarakat desa, WHO telah mengeluarkan suatu pedoman, yang mencakup faktor-faktor kesehatan yang dapat digunakan sebagai indikator kesehatan, yaitu: (1) faktor-faktor yang berkaitan dengan keadaan kesehatan masyarakat, yakni meliputi data demografi, kematian, penyakit dan gizi; (2) faktor-faktor yang berkaitan dengan keadaan lingkungan hidup, yakni meliputi data penyediaan air bersih, perumahan sehat dan pembuangan sisa; (3) faktor-faktor yang berkaitan

¹Lihat Departemen Dalam Negeri, Direktorat Jenderal Pembangunan Desa, *Tipe dan Klasifikasi Tingkat Perkembangan Desa 1977/1978*.

dengan fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat, yakni meliputi sarana fisik pelayanan kesehatan, penghargaan masyarakat terhadap sarana fisik pelayanan kesehatan dan pengelolaan usaha penyehatan masyarakat.¹

Sensus Penduduk 1980 menyebutkan, bahwa penduduk Indonesia berjumlah 146.776.473 orang, yaitu terdiri dari 32.845.769 orang (22,37%) penduduk daerah kota dan 113.930.704 orang (77,62%) penduduk daerah pedesaan. Ditinjau dari segi ketenagakerjaan, dari jumlah penduduk daerah pedesaan itu, 42.419.958 orang (37,23%) merupakan angkatan kerja.² Sensus penduduk itu juga menyebutkan, bahwa jumlah rumah tangga penduduk Indonesia yang mengusahakan tanah pertanian kurang dari 0,50 ha dan yang berkedudukan sebagai buruh tani, buruh tambak, buruh nelayan dan buruh peternakan, merupakan sebagian besar dari penduduk di daerah pedesaan.³ Karena lapangan usaha pertanian merupakan sumber penghasilan yang utama, data demografi itu menunjukkan bahwa jumlah penduduk daerah pedesaan yang menjadi beban fisik dan mental penduduk daerah pedesaan yang produktif masih sangat besar.

Keadaan sosial ekonomi masyarakat pedesaan yang masih rendah itu, agaknya berkaitan erat dengan tingkat pendidikan masyarakat pedesaan pula. Sensus Penduduk 1980 menyebutkan, bahwa sebagian besar angkatan kerja di daerah pedesaan berpendidikan rendah, yaitu 32,92% tidak pernah sekolah, 40,20% tidak tamat SD dan 20,20% tamat SD (lihat Tabel 1). Tingkat pen-

Tabel 1

BHAKTI - DHARMA - WASPADA

**PERSENTASE ANGKATAN KERJA 1980
MENURUT PENDIDIKAN TERTINGGI YANG DITAMATKAN**

| Pendidikan | Kota | Pedesaan | Kota + Pedesaan |
|-------------------------|-------|----------|-----------------|
| 1. Tidak pernah sekolah | 14,85 | 32,92 | 29,47 |
| 2. Tidak tamat SD | 26,06 | 40,20 | 37,51 |
| 3. SD | 25,73 | 20,20 | 21,25 |
| 4. SLP Umum | 10,28 | 2,54 | 4,02 |
| 5. SLP Kejuruan | 2,59 | 0,80 | 1,14 |
| 6. SLA Umum | 8,85 | 0,96 | 2,47 |
| 7. SLA Kejuruan | 8,31 | 2,10 | 3,28 |
| 8. Akademi | 1,68 | 0,13 | 0,43 |
| 9. Universitas | 1,59 | 0,09 | 0,37 |

Sumber: BPS, *Sensus Penduduk 1980, Seri S.2*

¹Lihat WHO, *Technical Report Series No. 137, 1957.*

²Lihat BPS, *Sensus Penduduk 1980, Seri S.2.*

³Lihat BPS, *Sensus Penduduk 1980, Seri L.3.*

didikan masyarakat pedesaan yang rendah itu agaknya mempunyai kaitar positif dengan rendahnya pengetahuan masyarakat pedesaan terhadap kemajuan jaman. Walaupun sifat-sifat tertutup masyarakat pedesaan sudah banyak dibuka oleh berbagai jenis media massa modern, tetapi nilai-nilai primordial dan tradisional yang sudah tidak sesuai dengan tingkat kemajuan sekarang ini masih berkembang, sehingga menghambat kemajuan masyarakat pedesaan sendiri. Beberapa penelitian dan pemberitaan surat-surat kabar sering menyebutkan, bahwa di beberapa desa, para penduduknya masih ada yang terlalu berorientasi pada nasib, ada yang berpandangan banyak anak banyak rejeki, melarang anak-anak masuk sekolah, melarang anak-anak gadis keluar rumah, melarang makan jenis makanan tertentu, menolak Tabanas dan bahkan menolak hal-hal yang berbau asing.

Tingkat sosial budaya dan sosial ekonomi masyarakat yang rendah, mempunyai korelasi positif dengan rendahnya kemampuan masyarakat dalam menyajikan makanan yang bergizi. Dalam Seminar Nasional "Kualitas Manusia dalam Pembangunan" di Palembang tanggal 19-22 Maret 1984, Dr. Ascobat Gani mengungkapkan, bahwa dalam Pelita III diperkirakan terdapat 30% anak balita menderita kekurangan energi dan protein, 16,4 per 1.000 anak balita kekurangan Vitamin A, 70% wanita hamil, 40% anak prasekolah, 70% anak usia 6-14 tahun dan 40% pria pekerja kasar menderita anemia gizi, serta 50% murid-murid SD di daerah Karanganyar menderita kekurangan zat yodium. Beberapa pemberitaan surat-surat kabar mengungkapkan, bahwa 30% anak balita di daerah Jambi, 1 juta anak di DKI Jaya dan sekitar 34% anak balita di daerah Tangerang menderita kekurangan gizi.¹

Para ahli gizi menyatakan, bahwa kekurangan gizi dapat menyebabkan mudah terserang penyakit, bahkan kurang motivasi, apatis dan reaksinya terhadap perubahan sangat lamban sehingga menurunkan prestasi belajar dan bekerja. Sensus Penduduk 1980 menyebutkan, bahwa jumlah penduduk pedesaan yang pernah sakit sebanyak 6.362.977 orang (5,58%), sedangkan penduduk kota yang pernah sakit sebanyak 1.732.107 orang (5,27%). Dari penduduk pedesaan yang pernah sakit, 1.568.754 orang diobati sendiri dan 388.472 orang tidak diobati. Sedangkan dari jumlah penduduk kota yang pernah sakit, 364.458 orang diobati sendiri dan 39.806 orang tidak diobati.² Dilihat dari persentase dan perbedaan persentasi penduduk pedesaan dengan penduduk kota, sangat kecil. Namun, dilihat secara absolut, jumlah penduduk yang pernah sakit yang dicacah hanya selama seminggu sebelum pelaksanaan sensus, merupakan hal yang sangat memprihatinkan.

¹Lihat *Kompas*, 22 Oktober 1983; *Pelita*, 25 Oktober 1983; dan *Warta Berita Antara*, 15 Nopember 1983.

²Lihat BPS, *Sensus Penduduk 1980, Seri S.2*.

Lagi pula, Indeks Mutu Hidup (Physical Quality of Life Index = PQLI) masyarakat desa masih rendah dibandingkan dengan masyarakat kota, apalagi dibandingkan dengan negara-negara ASEAN. Indeks Mutu Hidup yang mencakup angka kematian bayi, harapan hidup dan kemampuan membaca, mempunyai hubungan yang kait-mengait. Angka kematian bayi menunjukkan adanya jaminan kesehatan dan pencegahan penyakit. Angka harapan hidup menunjukkan jaminan makanan yang bergizi, lingkungan hidup yang sehat dan kesehatan masyarakat yang baik. Sedangkan angka kemampuan membaca menunjukkan jangkauan sarana pendidikan dan tingkat pendidikan dalam kaitannya dengan kesempatan kerja. Selama dasawarsa 1971-1980, Indeks Mutu Hidup masyarakat pedesaan meningkat dari 41 menjadi 53, sedangkan Indeks Mutu Hidup masyarakat kota meningkat dari 59 menjadi 69. Hal itu menunjukkan, bahwa selama tahun 1971 hingga 1980 terdapat pengurangan kesenjangan antara masyarakat kota dan desa dari 18 menjadi 16. Namun, jika memakai target Indeks Mutu Hidup setinggi 77 untuk negara berkembang pada tahun 2000, dengan satuan propinsi yang diperinci atas pedesaan dan kota serta berdasarkan patokan prestasi laju pengurangan kesenjangan semasa 1971 hingga 1980, dapat diperkirakan hanya sebagian kecil propinsi yang penduduk desanya dapat mencapai target tersebut, yaitu hanya 1/3 (sepertiga) jumlah penduduk desa.¹

Tabel 2

ANGKA KEMATIAN BAYI, HARAPAN HIDUP DAN KEMAMPUAN MEMBACA

| Negara | Angka Kematian | | | | Angka Harapan | | Angka Kemampuan | |
|--------------|----------------|------|----------|------|---------------|------|-----------------|------|
| | Usia 0-1 | | Usia 1-4 | | Hidup | | Membaca (%) | |
| | 1960 | 1981 | 1960 | 1981 | 1960 | 1981 | 1960 | 1980 |
| 1. Indonesia | 150 | 105 | 23 | 14 | 41 | 54 | 39 | 62 |
| 2. Malaysia | 72 | 30 | 7 | 2 | 53 | 65 | 53 | 60 |
| 3. Muangthai | 103 | 53 | 13 | 4 | 52 | 63 | 68 | 86 |
| 4. Pilipina | 106 | 53 | 14 | 4 | 53 | 63 | 72 | 75 |
| 5. Singapura | 36 | 12 | 2 | — | 64 | 72 | — | 83 |

Sumber: World Bank, *World Development Report 1983*.

KEADAAN LINGKUNGAN HIDUP MASYARAKAT DESA

Telah disinggung di atas, bahwa lingkungan hidup masyarakat pedesaan beraneka-ragam, sehingga daya dukung lingkungan bagi kehidupan masya-

¹Lihat Sayogyo, "Persyaratan Untuk Lepas Landas dalam Pembangunan," *Berita Ilmu Pengetahuan dan Teknologi*, No. 1 Tahun 1984, hal. 5.

rakat pedesaan pun berbeda-beda. Selama ini, masih sering ditonjolkan bahwa keadaan alam Indonesia kaya-raya. Namun, kekayaan alam tersebut tidak merata dan sebagian besar belum dapat dibudidayakan untuk sebesar-besar kemakmuran masyarakat. Lagi pula, alam Indonesia sangat dipengaruhi oleh musim dan cuaca setempat, seperti sering terjadinya bencana banjir, kekeringan, letusan gunung berapi dan serangan hama, sehingga mempersulit kehidupan masyarakat setempat. Beberapa pemberitaan surat kabar mengungkapkan, bahwa sebagian penduduk Kecamatan Padang Tepong Kabupaten Lahat terpaksa memakan gadung akibat musim kering yang berkepanjangan.¹ Sekitar 3.100 orang penduduk Kecamatan Gununghalu Kabupaten Bandung kekurangan pangan, karena lahan pertanian di daerah itu kurang sesuai untuk tanaman padi.² Beberapa desa di Kabupaten Cirebon mengalami masa paceklik, karena selama 4 tahun berturut-turut tanaman padinya ter-serang hama wereng dan hasil tambaknya sulit dipasarkan.³ Sekitar 15.000 orang penduduk Kabupaten Kutai terancam kelaparan, akibat musim kemarau yang sangat panjang.⁴ Demikian juga di daerah Kabupaten Muna dan Lombok Selatan, banyak penduduk pedesaannya yang mengalami kekurangan pangan akibat kekeringan.⁵ Beberapa kasus tersebut merupakan indikasi pula, bahwa masyarakat pedesaan masih berorientasi pada nasib dan belum mampu menguasai alam lingkungannya.

Akibat lain dari kekurangan pengetahuan dan kemampuan masyarakat pedesaan dalam menguasai alam, ialah banyak penduduk desa yang justru merusak lingkungan hidupnya, misalnya perusakan kawasan hutan. Padahal, kawasan hutan mempunyai arti penting bagi kehidupan masyarakat, yakni sebagai sumber bahan bangunan, bahan bakar serta sumber air bagi usaha pertanian, air minum dan kesehatan lingkungan. Data BPS menyebutkan, bahwa persentase rumah tangga yang menggunakan kayu bakar untuk memasak masih lebih tinggi daripada mereka yang menggunakan bahan bakar lainnya (lihat Tabel 3). Apabila penggunaan kayu bakar masih semakin besar, maka fungsi hutan sebagai penunjang kehidupan masyarakat pun akan semakin berkurang. Bahkan, jika penebangan kayu tersebut semakin besar dapat mengakibatkan gundulnya hutan-hutan serta bahaya banjir dan kekeringan yang berkepanjangan.

¹Lihat *Berita Buana*, 7 Februari 1983.

²Lihat *Berita Buana*, 26 Maret 1982.

³Lihat *Berita Buana*, 8 April 1983.

⁴Lihat *Sinar Harapan*, 12 April 1983.

⁵Lihat *Sinar Harapan*, 28 Maret 1983; dan *Kompas*, 25 Maret 1983.

Tabel 3

M. PERSENTASE RUMAH TANGGA PEMAKAI BAHAN BAKAR

| Bahan Bakar untuk Masak | 1971 | 1978 | 1980 |
|-------------------------|------|------|------|
| 1. Kayu bakar | 87,4 | 75,5 | 74,5 |
| 2. Minyak tanah | 11,7 | 23,5 | 24,4 |
| 3. Listrik | 0,1 | 0,0 | 0,2 |
| 4. Gas | 0,0 | 0,2 | 0,4 |
| 5. Lain-lain | 0,0 | 0,7 | 0,4 |

Sumber: BPS, *Indikator Kesejahteraan Rakyat 1982*.

Namun, perusakan lingkungan hidup tidak hanya dilakukan oleh warga masyarakat pedesaan, melainkan juga dilakukan oleh warga masyarakat kota, misalnya pendirian pabrik-pabrik industri yang mengakibatkan pencemaran lingkungan. Sebagaimana diketahui, bahwa letak suatu kota dan desa ada yang di bagian hulu dan hilir sungai. Pembuangan sisa pabrik-pabrik di suatu kota yang letaknya lebih tinggi atau di bagian hulu sungai, dapat mengakibatkan pencemaran daerah kota itu sendiri dan daerah-daerah pedesaan yang dilalui sungai yang airnya telah tercemar limbah industri. Oleh karena itu, pencemaran air sungai, banjir dan kekeringan tidak hanya menimbulkan masalah bagi usaha-usaha pertanian, melainkan juga dapat mengakibatkan masalah penyediaan air minum yang sehat, kebersihan dan kesehatan lingkungan desa-desa.

Letak desa-desa tidak seluruhnya berada di daerah aliran sungai, bahkan ada desa yang sumber airnya tergantung dari curah hujan dan ada yang daerahnya tidak mengandung zat yodium. Desa-desa yang letaknya jauh dari aliran sungai, kali atau selokan, juga menuntut kemampuan warganya dalam membina lingkungannya, terutama dalam hal penyediaan air minum yang sehat dan pembuangan sisa. Sensus Penduduk 1980 menyebutkan, bahwa sumber air minum sebagian besar penduduk pedesaan adalah sumur, mata air dan sungai (lihat Tabel 4). Di samping itu, sebagian besar penduduk pedesaan tidak mempunyai kakus (tempat buang air besar) yang dilengkapi dengan tangki-septik (sekitar 96% jumlah rumah tangga). Tempat buang air besar yang tidak dilengkapi dengan tangki septik, mudah sekali mencemarkan sumber air minum, bahkan menjadi tempat berkembang-biaknya kuman-kuman penyakit. Data BPS menunjukkan, bahwa sebagian besar kematian penduduk disebabkan oleh penyakit yang erat kaitannya dengan keadaan lingkungan yang buruk (lihat Tabel 5).

Tabel 4

PERSENTASE RUMAH TANGGA PEMAKAI SUMBER AIR MINUM

| Sumber Air Minum | Pedesaan | Kota |
|-------------------|----------|-------|
| 1. Leding | 2,06 | 26,44 |
| 2. Pompa air | 2,11 | 11,16 |
| 3. Sumur (perigi) | 58,63 | 52,72 |
| 4. Mata air | 21,03 | 2,72 |
| 5. Sungai | 12,68 | 2,10 |
| 6. Air hujan | 1,52 | 1,41 |

Sumber: BPS, Sensus Penduduk 1980, Seri S.2.

Tabel 5

PERSENTASE KEMATIAN PENDUDUK MENURUT PENYEBABNYA

| Diagnose Penyebab Kematian | 1972 | 1980 |
|--|------|------|
| 1. Radang akut saluran pernapasan | 12,0 | 19,9 |
| 2. Penyakit diare | 17,0 | 18,8 |
| 3. Penyakit kardiovaskuler | 5,1 | 9,9 |
| 4. TBC | 6,0 | 8,4 |
| 5. Tetanus | 4,6 | 6,5 |
| 6. Penyakit susunan syaraf | 5,1 | 5,0 |
| 7. Tipus perut | 2,1 | 3,3 |
| 8. Komplikasi kehamilan dan persalinan | 2,2 | 2,5 |

Sumber: BPS, Indikator Kesejahteraan Rakyat 1982.

Dari Tabel 5 terlihat, bahwa persentase kematian penduduk karena penyakit radang akut saluran pernapasan paling tinggi dan peningkatannya pun paling besar. Penyakit itu mudah sekali berjangkit dalam suatu daerah yang padat penduduknya serta udaranya kotor, lembab atau sangat kering. Dengan demikian, semakin banyaknya kematian penduduk akibat penyakit itu, mungkin sekali karena ketidakseimbangan lingkungan hidup, misalnya semakin luasnya tanah kritis, kurang atau berlebuhnya pepohonan, kekeringan dan banjir yang berkepanjangan. Di samping itu, mungkin juga karena sistem pergantian udara pada rumah-rumah penduduk pedesaan kurang baik, misalnya rumah-rumah yang tidak dilengkapi dengan jendela, rumah-rumah yang dindingnya terbuat dari bilik atau daun-daunan, rumah-rumah yang tidak terkena sinar matahari ataupun karena terlalu dekat dengan kandang hewan dan pembuangan sisa yang tidak dirawat secara baik.

FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT DESA

Pembangunan kesehatan masyarakat secara berencana dan berkesinambungan telah dilaksanakan bersama-sama dengan pembangunan bidang-bidang lainnya sejak Pelita I. Lebih-lebih setelah dicanangkannya pemerataan kesempatan untuk memperoleh pendidikan dan pelayanan kesehatan sebagai salah satu jalur dari 8 (delapan) jalur pemerataan, pelaksanaan pembangunan fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat semakin luas (lihat Tabel 6). Di samping itu, pelayanan kesehatan dan medis, seperti pemberantasan penyakit menular, perbaikan gizi dan penyuluhan kesehatan masyarakat, juga semakin digalakkan. Salah satu hasil Sensus Penduduk 1980 yang menyebutkan bahwa jumlah penduduk yang tidak pernah sakit selama seminggu sebelum pencacahan sebanyak 94.50%, menunjukkan bahwa keadaan kesehatan masyarakat, termasuk masyarakat pedesaan, telah semakin meningkat.

Tabel 6

JUMLAH RUMAH SAKIT DAN PUSKESMAS

| Fasilitas Kesehatan | 1978/79 | 1982/83 | Kenaikan (%) |
|-----------------------------|--------------------|---------|--------------|
| 1. Rumah Sakit Umum (RSU) | 612 | 661 | 8,91 |
| 2. Tempat tidur RSU | 72.315 | 77.913 | 7,74 |
| 3. Rumat Sakit Khusus (RSK) | 557 | 576 | 3,41 |
| 4. Tempat tidur RSK | 22.316 | 23.116 | 3,58 |
| 5. Puskesmas | 4.353 | 5.153 | 18,37 |
| 6. Puskesmas Pembantu | 6.592 ¹ | 12.343 | 87,24 |
| 7. Puskesmas Keliling | 604 | 1.979 | 227,64 |

¹ Berupa Balai Pengobatan dan BKIA.

Sumber: Lampiran Pidato Kenegaraan Presiden 16 Agustus 1983.

Namun, dalam pembangunan kesehatan selama ini juga diperoleh kesan, bahwa pelayanan kesehatan dan medis terhadap masyarakat belum merata dan mutu pelayanan kesehatan terhadap masyarakat desa belum memenuhi harapan. Hal itu terlihat, bahwa hingga dewasa ini rumah-rumah sakit umum dan rumah-rumah sakit khusus, berada di kota-kota. Demikian juga tentang Puskesmas, dapat dikatakan bahwa setiap kecamatan baru mempunyai satu Puskesmas. Lagi pula, jumlah tenaga kesehatan, seperti dokter, perawat, bidan dan penjenjang kesehatan, relatif masih sedikit, sehingga belum mampu menjangkau seluruh masyarakat desa. Data Repelita IV menunjukkan, bahwa jumlah tenaga kesehatan sampai akhir Repelita III baru mencapai 162.129 orang, yaitu terdiri dari 11.554 dokter, 1.219 sarjana kesehatan lain, 44.651 perawat kesehatan, 12.011 tenaga para medis non-perawat, 29.473 pembantu para medis dan 63.221 tenaga non-medis.

Sensus Penduduk 1980 menyebutkan, bahwa penduduk pedesaan yang pernah sakit selama seminggu sebelum pelaksanaan sensus penduduk, berjumlah 6.362.977 orang. Dari jumlah itu, 1.568.754 orang (24,65%) diobati sendiri dan 388.472 orang (6,10%) tidak diobati. Masih adanya penderita sakit yang diobati sendiri dan bahkan tidak diobati itu, kiranya bukan karena faktor kemiskinan semata-mata, tetapi mungkin sekali karena tempat berobat jauh dari tempat tinggalnya, serta karena daya tampung, kemampuan dan mutu pelayanan kesehatan masyarakat kurang memuaskan penduduk pedesaan. Faktor-faktor itu rupanya memperkuat kebiasaan banyak orang pedesaan terhadap sistem pengobatan tradisional. Oleh karena itu, warga masyarakat pedesaan yang belum bersedia memberi penghargaan sepenuhnya terhadap sistem pengobatan modern masih banyak.

PENUTUP

Dari uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa tingkat kesehatan masyarakat pedesaan masih rendah. Tingkat kesehatan masyarakat pedesaan yang masih rendah itu, terutama karena nilai faktor-faktor kesehatannya masih rendah, yaitu tingkat sosial ekonomi, pendidikan, penyediaan makanan yang bergizi, lingkungan hidup dan fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat pedesaan, sangat rendah. Hal itu juga diperkuat dengan angka Indeks Mutu Hidup masyarakat pedesaan yang masih rendah, yaitu hanya sebesar 53 pada tahun 1980, dibandingkan dengan Indeks Mutu Hidup masyarakat kota yang telah mencapai 69 pada tahun yang sama.

Indeks Mutu Hidup masyarakat pedesaan yang masih rendah itu, menunjukkan bahwa angka kematian bayi dan anak-anak balita masih tinggi, sedangkan angka harapan hidup dan kemampuan membaca huruf Latin masih rendah. Angka kematian bayi dan anak-anak balita yang masih tinggi itu menunjukkan, bahwa kemampuan sosial ekonomi dan pendidikan masyarakat pedesaan masih rendah, sehingga kemampuan dalam menyajikan makanan yang bergizi dan perawatan kesehatannya, terutama pada para ibu, bayi dan anak-anak balita, juga rendah. Angka harapan hidup yang rendah, menunjukkan bahwa kemampuan sosial ekonomi, sosial budaya, penyediaan makanan yang bergizi, pembinaan lingkungan hidup dan kesehatannya, masih rendah. Sedangkan angka kemampuan membaca huruf Latin yang rendah, menunjukkan bahwa di samping rendahnya kemampuan sosial ekonomi, jangkauan fasilitas atau sarana pendidikan dan kesempatan kerja dalam masyarakat pedesaan, masih terbatas kemampuannya. Hal itu terlihat, bahwa sebagian besar penduduk pedesaan tidak tamat SD, sehingga tidak mampu memperoleh kesempatan bekerja yang lebih baik dan produktivitas kerjanya pun sangat rendah.

Keadaan itu menunjukkan, bahwa tingkat kesehatan masyarakat pedesaan berkaitan erat dengan tingkat pendidikan, sosial budaya dan sosial ekonomi masyarakat pedesaan. Karena keadaan pendidikan, sosial budaya dan sosial ekonomi masyarakat pedesaan sangat lemah, maka peningkatan kesehatannya dapat dikatakan tidak mungkin dilakukan berdasarkan kemampuan masyarakat pedesaan sendiri. Hal itu berarti, keberhasilan penyelesaian masalah kesehatan masyarakat pedesaan sangat tergantung pada negara, terutama pada dana-dana APBN dan APBD serta tergantung pada para penyelenggara negara, khususnya aparatur pemerintah yang berkaitan dengan bidang kesehatan.

Dalam GBHN dinyatakan, bahwa pembangunan nasional dilaksanakan berdasarkan urutan prioritas dan dilakukan secara bertahap. Lagi pula, pembangunan merupakan proses dan melibatkan perubahan-perubahan, sehingga tidak mungkin mampu menyelesaikan seluruh masalah secara sempurna dalam waktu yang singkat. Namun, sesuai dengan tujuan dan hakikat pembangunan nasional, serta karena fasilitas-fasilitas yang menunjang kemajuan masyarakat pedesaan sangat kurang dibandingkan dengan masyarakat kota, maka kini sudah saatnya untuk memberi perhatian yang lebih besar pada pembangunan masyarakat pedesaan, khususnya mengenai pembangunan kesehatannya.

Sehubungan dengan itu, sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat pedesaan, serta jumlah dan mutu para tenaga kesehatannya, perlu ditingkatkan. Peningkatan sarana dan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut diharapkan akan menggairahkan kerja para tenaga kesehatan, sehingga mutu pelayanan kesehatan terhadap masyarakat pedesaan semakin meningkat. terciptanya iklim seperti itu kiranya akan meningkatkan kemampuan dan citra lembaga-lembaga kesehatan di mata masyarakat pedesaan, sehingga makin menumbuhkan penghargaan masyarakat pedesaan terhadap usaha peningkatan kesehatan, baik mengenai peningkatan pengetahuan akan bahan makanan yang bergizi, lingkungan hidup yang sehat, maupun kesadaran akan arti pentingnya penyembuhan penyakit. Jika keadaan itu terus bertambah baik, maka kesehatan masyarakat pedesaan pun akan semakin meningkat, yang pada gilirannya akan meningkatkan partisipasinya dalam pembangunan nasional.