

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Pokok Bahasan

##### 1. Sasaran MDGs Dalam Pelayanan Kesehatan Dasar

Kesejahteraan masyarakat menurut *United Nations Development Program* (UNDP) diukur oleh Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau *Human Development Index* (HDI). IPM merupakan indikator komposit dari tiga indikator sektor pembangunan yaitu : pendidikan, kesehatan, dan ekonomi. Indikator kesehatan dipergunakan untuk menentukan hidup sehat dan panjang umur, diukur dengan Angka Harapan Hidup (AHH), dihitung dari Angka Kematian Bayi (AKB). IPM Indonesia tahun 2010 berada pada peringkat 108, sementara tahun 2011 turun keperingkat 124 dan tahun 2012 peringkat 121 dari 187. Fakta ini menunjukkan makin merosotnya kualitas hidup manusia Indonesia (UNDP, 2011).

Pada September 2000 dalam Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) sebanyak 189 negara anggota PBB sepakat untuk mengadopsi Deklarasi Milenium. Tujuan Deklarasi disebut Tujuan Pembangunan Milenium (*Millennium Development Goals-MDGs*), menempatkan manusia sebagai fokus utama pembangunan dan mengartikulasi satu gugus tujuan yang berkaitan satu sama lain ke dalam agenda pembangunan dan kemitraan global. Komitmen Indonesia untuk mencapai MDGs mencerminkan komitmen Indonesia untuk meningkatkan kesejahteraan rakyatnya dan memberikan kontribusi pada peningkatan kesejahteraan masyarakat dunia. Karena itu, MDGs telah menjadi arus utama dalam Rencana Pembangunan dan dokumen Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional BAPPENAS, 2010).

Tiga diantara delapan tujuan MGDs terkait dengan pelayanan kesehatan dasar, yaitu MGDs 1 : Menurunkan prevalensi balita kekurangan gizi, telah berkurang hampir setengahnya, dari 31% pada

### Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

tahun 1989 menjadi 18,4% pada tahun 2007, target pada tahun 2015 sebesar 15,5%. MDGs 4 : Mengurangi angka kematian anak (*reduce child mortality*) yakni sebesar dua pertiganya antara tahun 1990-2015, yaitu : mengurangi AKB, telah menurun dari 68 pada tahun 1991 menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup (KH) pada tahun 2007. Target pada tahun 2015 sebesar 32 per 1.000 KH; Mengurangi angka kematian balita (AKBA), telah menurun dari 97 per 1.000 kelahiran pada tahun 1991 menjadi 44 per 1.000 KH pada tahun 2007. Target pada tahun 2015 sebesar 32 per 1.000 KH. MDGs 5 : Memperbaiki kesehatan maternal (*improve maternal health*) yakni menurunkan angka kematian ibu (AKI) sebesar tiga perempatnya antara tahun 1990-2015, telah menurun dari 390 pada tahun 1991 menjadi 228 per 100.000 KH. Diperlukan upaya keras untuk mencapai target pada tahun 2015 sebesar 102 per 100.000 KH (Keleher *et al.*, 2009; SDKI, 2007; Riskesdas, 2010; Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional BAPPENAS, 2010).

Indonesia berkali-kali masuk kategori negara yang lamban langkahnya dalam mencapai MDGs. Sumber kelambanan ditunjukkan dari masih tingginya AKI dan AKB, belum teratasinya laju penularan HIV/AIDS, makin meluasnya laju deforestasi, rendahnya pemenuhan air bersih dan sanitasi yang buruk, beban utang luar negeri yang terus menggunung, belum adanya pengakuan inisiatif masyarakat, baik organisasi masyarakat sipil maupun sektor swasta, yang selama ini berperan dalam upaya pencapaian MDGs. Pemerintah RI belum pernah mendorong rasa kepemilikan bersama (*ownership*) MDGs kepada seluruh rakyatnya. Laporan yang disusun oleh Pemerintah RI sangat kuat kesan bahwa pencapaian MDGs identik dengan pelaksanaan program pemerintah (Susilo, 2010). Dengan kata lain pencapaian MDGs belum melalui pendekatan pemberdayaan masyarakat.

Peta jalan (*road map*) untuk percepatan MDGs di Indonesia telah dituangkan dalam Peraturan Presiden Nomor 15 Tahun 2010 mengenai Percepatan Penanggulangan Kemiskinan. Bahkan Presiden RI Susilo Bambang Yudoyono telah menunjuk Utusan Khusus Presiden untuk MDGs (*Special Envoy for President on MDGs*). Namun langkah tersebut belum memadai jika hanya ditindaklanjuti dengan pendirian Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan Nasional dan institusi sejenis di tingkat daerah tanpa disertai dengan perubahan format penganggaran pembangunan, baik pada APBN maupun APBD yang berbasis pada pencapaian MDGs. Selama ini indikator-indikator yang dipakai dalam penyusunan APBN dan APBD hanya indikator-indikator makroekonomi tanpa menyertakan indikator target MDGs dan IPM (Susilo, 2010).

## Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

Menyimak kenyataan tersebut, sejak tahun 2006 Departemen Kesehatan RI melakukan upaya terobosan yang memiliki daya ungkit bagi peningkatan derajat kesehatan penduduk Indonesia dan untuk akselerasi pencapaian MDGs yaitu melalui program Desa Siaga. Desa Siaga adalah suatu kondisi masyarakat desa/kelurahan yang memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan serta kemauan untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan, bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri (Departemen Kesehatan RI, 2006).

Pengembangan program Desa Siaga sebagai upaya untuk lebih mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat desa, menyiapiagakan masyarakat menghadapi masalah kesehatan, memandirikan masyarakat dalam mengembangkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), merekonstruksi berbagai Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) dan merevitalisasi Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). PKMD sebagai pendekatan edukatif yang perlu dihidupkan kembali, dipertahankan, dan ditingkatkan. Program Desa Siaga merupakan bentuk implementasi PKMD sebagai pendekatan kunci (*key approach*) untuk mencapai Kesehatan Untuk Semua (*Health For All*).

### 2. Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan mengemuka sejak dideklarasikannya Piagam Ottawa (WHO, 1986 *cit.* Lewis *et al.*, 2008; Germov, 2002), yang menyatakan perlunya (a) membangun kebijakan publik yang sehat (*build healthy public policy*), (b) menciptakan lingkungan yang mendukung (*create supportive environments*), (c) menata kembali pelayanan kesehatan ke arah pencegahan dan promosi kesehatan (*reorient health services toward prevention and health promotion*), (d) memperkuat gerakan masyarakat (*strengthen community action*), dan (e) mengembangkan kemampuan perorangan dalam kesehatan (*develop personal skills for health*). Selanjutnya Piagam Ottawa menegaskan bahwa partisipasi masyarakat merupakan elemen utama dan kunci dalam pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan. Piagam Ottawa (1986) menegaskan bahwa pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan merupakan inti dari promosi kesehatan (*health promotion*).

Promosi kesehatan didefinisikan oleh WHO *Regional Office for Europe* (1985) sebagai : "*the process of enabling people to control over and improve their health*" (proses yang memungkinkan seseorang untuk menjaga dan meningkatkan kesehatannya). Definisi tersebut mengandung arti sebagai suatu proses dan juga sebagai suatu tujuan dengan basis filosofi mengenai pemberdayaan diri sendiri (*self empowerment*). Dengan

### Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

demikian pendekatan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat adalah melalui pemberdayaan baik individu, kelompok-organisasi, maupun masyarakat, sehingga warga masyarakat mempunyai kendali yang lebih besar atas aspek-aspek kehidupan masyarakat yang berhubungan dengan kesehatan.

Sementara itu pengertian pemberdayaan didefinisikan oleh WHO (*cit. Natbeam et al.*, 1991) sebagai suatu proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol lebih besar atas keputusan dan tindakan yang mempengaruhi kesehatan masyarakat, bertujuan untuk memobilisasi individu dan kelompok rentan dengan memperkuat keterampilan dasar hidup mereka dan meningkatkan pengaruh mereka pada hal-hal yang mendasari kondisi sosial dan ekonomi.

Selanjutnya Konferensi Internasional Promosi Kesehatan ke-7 di Nairobi, Kenya (WHO, 2009) menegaskan kembali pentingnya pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan, dengan menyepakati perlunya (a) membangun kapasitas promosi kesehatan, (b) penguatan sistem kesehatan, (c) kemitraan dan kerjasama lintas sektor, (d) pemberdayaan masyarakat, serta (e) sadar sehat dan perilaku sehat.

WHO (2008) melakukan reformasi PHC, meliputi (a) reformasi cakupan universal (*universal coverage reforms*) yang menjamin sistem kesehatan berkontribusi pada keadilan kesehatan, keadilan sosial dan akhirnya pada pengeluaran, (b) reformasi pemberian pelayanan (*service delivery reforms*) yang mereorganisasi pelayanan kesehatan tentang kebutuhan dan harapan rakyat, sehingga menjadi lebih relevan secara sosial dan lebih responsif pada perubahan dunia, dengan menghasilkan keluaran (*outcome*) yang lebih baik, (c) reformasi kebijakan publik (*public policy reforms*) yang menjamin kesehatan komunitas, melalui aksi kesehatan publik yang terintegrasi dengan pelayanan kesehatan primer, menerapkan kebijakan kesehatan lintas sektor dan memperkuat intervensi kesehatan nasional dan transnasional, serta (d) reformasi kepemimpinan (*leadership reforms*) yang menempatkan kembali ketidaksepadanan kepercayaan pada komando dan kontrol pada satu tangan, dan “*cuek*” (*laissez-faire*) melepaskan pada Negara atau pada orang lain, melalui kepemimpinan terbuka, partisipatif, negosiasi berdasarkan pada kepemimpinan kesehatan visioner yang menunjukkan kompleksitas sistem kesehatan kontemporer.

Sementara itu, Sistem Kesehatan Nasional (2009) disusun dengan memperhatikan pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar, meliputi (a) cakupan pelayanan kesehatan yang adil dan merata, (b) pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat, (c) kebijakan pembangunan nasional, dan (d) kepemimpinan (Departemen Kesehatan RI, 2009).

### Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

Sanders (1958 *cit.* Wass, 1997) berpendapat bahwa pemberdayaan masyarakat dapat dilihat sebagai proses, metode, program, dan gerakan. Pemberdayaan masyarakat sebagai proses yaitu serangkaian langkah-langkah di luar kebiasaan yang dilakukan dalam membangun pemberdayaan masyarakat. Langkah-langkah pemberdayaan masyarakat meliputi menentukan kebutuhan yang dirasakan, menggunakan kepemimpinan lokal, menumbuhkan kemampuan menolong diri sendiri, dan menindaki lanjutan dengan sebuah lembaga/organisasi untuk meneruskan pencapaian tujuan pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan masyarakat sebagai metode yaitu cara yang digunakan untuk meningkatkan otonomi dan kemampuan masyarakat, melalui keikutsertaannya dalam proses pengambilan keputusan dan pemecahan masalah. Pemberdayaan masyarakat sebagai program yaitu program-program yang dalam pelaksanaannya menggunakan metode dan proses pemberdayaan masyarakat. Sementara itu, pemberdayaan masyarakat sebagai gerakan yaitu landasan kebersamaan dan pemberdayaan dalam pengembangan masyarakat melalui pendekatan filosofi tertentu yang sejalan dengan pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*).

### 3. Model Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan

Model adalah konstruksi kerangka teoritis yang menggambarkan hubungan variabel-variabel yang kompleks dengan lebih sederhana agar lebih mudah dipahami dari suatu masalah yang mewakili sejumlah objek atau aktivitas keseluruhan. Dengan demikian model pemberdayaan masyarakat harus memperlihatkan interaksi diantara faktor-faktor yang berpengaruh terhadap hasil pemberdayaan yang dihubungkan dengan proses pemberdayaan.

Rothman *et al.*, (1995 *cit.* Fleming *et al.*, 2007) membagi tiga model, yaitu : model pengembangan lokal (*the locality development model*), model perencanaan sosial (*social planning model*), dan model aksi sosial (*social action model*). Model pengembangan lokal sesuai dengan pemberdayaan masyarakat. Beattie (1991) merumuskan model promosi kesehatan mewakili teori modern mencakup lingkup antara otoritas dan individu dengan pendekatan *bottom up*". Secara garis besarnya model promosi kesehatan Beattie dilakukan melalui empat pendekatan, yaitu : persuasi kesehatan, konseling kesehatan personal, aksi legislatif, dan pemberdayaan masyarakat. Selanjutnya Ewles *et al.*, (2003 *cit.* Lewis *et al.*, 2008) mengusulkan model pendekatan promosi kesehatan perspektif multidisiplin. Model ini mempertimbangkan promosi kesehatan dari perspektif multidisiplin, meliputi : aspek medis, perilaku, pendidikan, pemberdayaan, dan perubahan sosial.